



**GUIDE PRATIQUE
DES PSYCHOTHERAPIES
les plus utilisées en
ADDICTOLOGIE**

Mai 2022

Coordination : François PAILLE

Préface

Une mobilisation exceptionnelle des compétences et des énergies a produit cet ouvrage tant attendu sur les psychothérapies les plus utilisées en Addictologie. Je ne doute pas qu'il deviendra dès sa publication un guide de référence pour tous les acteurs de notre champ, mais certainement bien au-delà. Je tiens à saluer la qualité des contributions qui permettent sur un sujet aussi sensible d'aborder avec la rigueur de l'esprit scientifique ce qui a souvent par le passé donné lieu à des débats éthers et loin des pratiques.

Ce travail remarquable doit beaucoup aux compétences professionnelles et à l'expérience universitaire du Professeur François Paille. Sur ce projet de long terme, il a fait preuve de ténacité, de méthode mais aussi de pédagogie et de diplomatie. Il a su pendant plusieurs années garder le cap et amener chacun des contributeurs à son meilleur niveau.

Mais je voudrais aussi souligner que si ce projet a pu aboutir, au-delà des compétences individuelles, c'est grâce au creuset que constitue la Fédération Française d'Addictologie (FFA). Seul un lieu d'échange et de débats comme la FFA pouvait fournir une telle opportunité car elle regroupe en son sein les acteurs et représentants de toutes les dimensions de l'addictologie en France, qu'il s'agisse de la prévention, des soins, de la réduction des risques, de l'enseignement, de la formation et de la recherche, les professionnels comme les usagers. Elle constitue un réseau d'expériences et de connaissances dont ce guide sur les psychothérapies utilisées en addictologie en est le résultat.

Je remercie encore et félicite chaleureusement François Paille, les auteurs, mais aussi tous ceux, en particulier au sein de la FFA, qui ont contribué, chacun à sa manière à l'écriture de ce guide sur les psychothérapies.

Professeur Amine Benyamina
Président de la Fédération Française d'Addictologie

SOMMAIRE

Introduction	6
Les déterminants de l'efficacité des psychothérapies	9
Qu'est-ce qu'une psychothérapie ? Essai de définition	13
Self-Help	15
Remédiation cognitive	21
Approche motivationnelle	26
Interventions motivationnelles	26
Approche éducative	37
L'éducation thérapeutique du patient en addictologie – La psychoéducation.....	37
Approche humaniste	46
Relation d'aide	46
Psychothérapie de soutien.....	49
Counseling.....	51
Approche cognitive et comportementale	55
Thérapies cognitivo-comportementales	55
Approche cognitive et comportementale	65
Thérapies basées sur la pleine conscience. Programme MBRP (Mindfulness Based Relapse Prevention). 65	
Approche cognitive et comportementale	71
Thérapie ACT, pour <i>Acceptance and Commitment Therapy (Thérapie d'acceptation et d'engagement)</i> ... 71	
Approche cognitive et comportementale	77
Thérapies centrées sur les émotions.....	77
Approche cognitive et comportementale	81
Gestion des contingences	81
Approche psycho-corporelle	88
EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) et Addiction.....	88
Approche psychodynamique	98
Psychothérapies psychodynamiques	98
Approche systémique	103
Thérapies Systémiques Brèves (TSB).....	103
Thérapies Orientées Solution (TOS)	103
Approche systémique	109
Hypnothérapie Ericksonienne	109
Approche systémique	112

Thérapie narrative.....	112
Approche systémique.....	115
Thérapies familiales.....	115
Approche basée sur les pairs	121
12 étapes de facilitation - TSF (Twelve Step Facilitation) / FDE (Facilitation en Douze Etapes).....	121
Approche basée sur les pairs	125
Thérapies communautaires intégratives.....	125
Approche avec support.....	131
Psychothérapies à médiation : sociothérapie, ergothérapie, musicothérapie, art-thérapie.	131
Vers une médecine des addictions personnalisée	134
Conclusion.....	138

Groupe de travail

Pierre ARWIDSON

Marc AURIACOMBE

Bernard BASSET

Isabelle BOULZE- LAUNAY

George BROUSSE

Micheline CLAUDON

Olivier COTTENCIN

Jean-Pierre DAULOUEDE

Maurice DEMATTEIS

Alain DERVAUX

Benoît FLEURY

Geneviève LAFAYE

Yann LE STRAT

Amandine LUQUIENS

Fabrice OLIVET

Gérard OSTERMANN

François PAILLE

Ariane POMMERY

Philippe SAYER

Didier TOUZEAU

Introduction

François Paille

Ce document constitue le 2^{ème} volet d'un travail mené par la Fédération Française d'Addictologie (FFA), après l'enquête effectuée conjointement avec Association Addictions France pour faire un état des lieux des pratiques psychothérapeutiques utilisées par les professionnels de l'addictologie.

Le traitement des conduites addictives repose certes sur des médicaments mais, malgré leur intérêt, ils restent d'efficacité limitée et ne constituent qu'une part des soins. L'essentiel du traitement repose sur un accompagnement psycho-social adapté à chaque patient. Cet accompagnement, plus ou moins intensif selon les besoins du patient, fait intervenir des méthodes à visée psychothérapeutiques nombreuses et variées.

Si certaines de ces méthodes ont fait l'objet d'études cliniques scientifiquement valides et pertinentes, comme par exemple les thérapies cognitives et comportementales (TCC), d'autres méthodes ont été peu évaluées dans les conditions scientifiques actuellement acceptées (thérapies à media par exemple). Ces méthodes « historiques » constituent cependant souvent la base des programmes thérapeutiques proposés par de nombreuses structures en France. Peu évaluées, elles sont peu codifiées, utilisées dans un cadre pragmatique par des professionnels dont la formation est elle-même variable et parfois faite sur le terrain. A l'inverse, les équipes s'approprient parfois (trop ?) rapidement d'autres méthodes, récentes et apparemment prometteuses, mais encore insuffisamment validées. Soulignons d'ailleurs les problèmes posés par l'évaluation scientifique de ces méthodes, pour des raisons méthodologiques, mais aussi parce qu'elles ne sont pratiquement jamais utilisées seules, mais intégrées dans des programmes de soins rendant difficile des conclusions sur un seul élément du programme en termes d'efficacité voire d'efficience.

Enfin, dans les structures addictologiques, les méthodes à visée psychothérapeutique sont souvent proposées par des professionnels dont la formation initiale, la qualification et la fiche de poste peuvent en être assez éloignées, même s'ils sont formés selon des modalités d'ailleurs très diverses.

Ainsi, on n'est pas étonné de la disparité dans l'utilisation de ces méthodes, ni de la mauvaise connaissance que l'on a de leur utilisation. Il est parfois difficile de se comprendre, beaucoup de personnes parlent de choses similaires avec des termes différents ou de choses différentes avec les mêmes termes. Utiliser des outils dérivés d'une méthode n'est pas la même chose que de proposer un programme complet et structuré.

Ainsi, il n'est pas toujours facile de s'y retrouver. C'est pourquoi la Fédération Française d'Addictologie a souhaité faire un point sur les méthodes les plus utilisées dans le traitement des patients addicts de manière à fournir aux professionnels les meilleures données conceptuelles, descriptives, scientifiques et pratiques dans l'optique d'une aide concrète à leur pratique quotidienne.

Le NICE, en Angleterre, a fait un travail considérable sur l'alcool, publié en 2011, ré-analysant entre autres les principales méthodes psychothérapeutiques (1).

Par ailleurs la grande étude MATCH a tenté de rechercher s'il existe des profils de patients répondant mieux à certaines méthodes. Le résultat a été décevant, mais il est possible voire probable que les critères de jugement utilisés n'aient pas été adaptés (2). Il faut poursuivre des recherches sur la nécessaire personnalisation des traitements en fonction de chaque patient à un moment de sa trajectoire.

Les enjeux d'une optimisation de l'utilisation des méthodes à visée psychothérapeutiques sont multiples :

Pour les patients tout d'abord, l'amélioration des pratiques professionnelles a pour objectif d'améliorer la qualité des soins. On a longtemps vécu sur des modèles uniques, théoriques. On comprend mieux la nécessité d'aller vers une médecine personnalisée, la plus adaptée à chaque patient, à ses besoins, capacités et souhaits à un moment donné. Car ce qui est proposé aujourd'hui repose davantage sur les méthodes auxquelles sont formés les professionnels que sur leur adéquation avec les besoins du patient. D'où l'importance d'une analyse multidimensionnelle et fonctionnelle précise permettant d'orienter chaque patient vers les méthodes les plus à même de l'aider dans le cadre d'un parcours de soins optimisé intégrant différentes méthodes et professionnels pour agir plus efficacement sur l'ensemble des dimensions altérées. Cela implique aussi une offre suffisamment large de méthodes et un travail en réseau.

Mais si les prises en charge psychothérapeutiques sont la base des soins addictologiques, la question de leur remboursement en dehors des structures et d'un cadre médical se pose, en particulier lorsque des suivis par des psychologues lors de relais en ville sont indiqués, ce qui pose problème pour des patients souvent en situation de précarité. Une réflexion sur le remboursement de certaines méthodes scientifiquement validées devrait être menée.

Pour les professionnels.

Il s'agit d'améliorer leurs pratiques. Celles-ci se sont souvent installées au fur et à mesure du temps, reposant parfois davantage sur des arguments théoriques ou l'expérience clinique de chacun que sur des données de l'expérimentation scientifique. Globalement, ces approches pragmatiques n'ont d'ailleurs pas démerité, même si certaines mériteraient d'être revues et modifiées (parfois supprimées). Mais il convient de resituer les niveaux de preuve des méthodes ainsi que leur place dans l'offre de soins : objectifs thérapeutiques, modalités des soins, formation adaptée des professionnels...

Clarifier les connaissances sur les différentes méthodes psychothérapeutiques permettra d'orienter ces praticiens vers les méthodes reconnues et vers des formations de qualité.

Dans le cadre d'un accès optimisé aux soins, il conviendra de prévoir la formation d'un nombre suffisant de personnes aux méthodes de référence. Les TCC sont très illustratives de cette situation : considérée comme une méthode de référence, son accès reste souvent difficile, notamment lors de relais en ville (psychiatres ou psychologues).

Le 3^{ème} enjeu est de susciter des travaux de recherche : plus personne ne remet en cause l'importance d'évaluer les psychothérapies dans un cadre scientifique adapté. Pourtant on ne dispose pas de suffisamment de données sur la validation scientifique des méthodes non médicamenteuses dans le traitement des conduites addictives. Des travaux complémentaires de qualité sont nécessaires pour mieux connaître l'efficacité de ces méthodes, leur place par rapport aux médicaments (leur complémentarité éventuelle), leurs mécanismes d'action, l'intérêt de leur

association dans le cadre de programmes intégratifs, leur rapport bénéfice/risque, l'existence de patients répondeurs, leur rapport coût/efficacité...

Ce guide s'adresse à tous les soignants concernés par les conduites addictives. **Il n'a pas la prétention d'une revue systématique ou d'une recommandation de bonne pratique, mais propose un outil simple, pragmatique, sous la forme de 19 fiches structurées portant sur les méthodes** parmi les plus utilisées apportant aux professionnels de l'addictologie des éléments de connaissance et de jugement concrets et pratiques. A noter que certaines méthodes ne sont pas à proprement parler à visée psychothérapeutique, mais plutôt des outils utilisant des éléments de psychothérapie ou permettant l'accès à une psychothérapie, comme par exemple l'éducation thérapeutique du patient ou la remédiation cognitive.

Il propose aussi des éléments de réflexion sur les mécanismes d'action de ces méthodes et, dans le cadre d'une médecine des addictions personnalisée, un schéma sur leurs points d'impact de façon à aider les professionnels à orienter le patient vers la ou les méthodes les plus aptes à améliorer sa situation.

Enfin, chez beaucoup de patients, plusieurs dimensions fonctionnelles sont altérées et on dispose de données dans les maladies chroniques indiquant que les résultats thérapeutiques sont meilleurs s'ils peuvent bénéficier de programmes thérapeutiques à visée multidimensionnelle, multicomposants et pluriprofessionnels (3).

D'un point de vue pratique, un groupe de travail a été constitué pour coordonner cet ouvrage. Il a défini la liste, nécessairement limitative des méthodes traitées. Un membre du groupe au moins a été chargé de rédiger une (ou plusieurs) fiche(s) en s'entourant si besoin de professionnels compétents et expérimentés sur le sujet. Les fiches sont construites selon le même plan. Synthétiques, elles apportent sous un format court les meilleures connaissances et données sur ces méthodes dans l'objectif d'aider les professionnels du champ de l'addictologie à acquérir une culture et un langage commun et à améliorer leurs pratiques.

Pour finir, un grand merci à toutes celles et ceux qui ont accepté de participer et de consacrer de leur temps à ce travail dans une période difficile.

Références bibliographiques

1. Alcohol-use disorders. Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. National Clinical Practice Guideline 115, 2011. Psychological and psychosocial interventions 229-356. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115/evidence/full-guideline-136423405>
2. Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. J Stud Alcohol. 1997 Jan;58(1):7-29.
3. Lagger G, Pataky Z, Golay A. Efficacy of therapeutic patient education in chronic diseases and obesity. Patient Educ Couns 2010 Jun;79(3):283-6.

Les déterminants de l'efficacité des psychothérapies

Jean-Bernard Daepfen

Les modèles de psychothérapie ont été construits à partir d'hypothèses relatives à leurs mécanismes d'efficacité, par exemple la résolution du conflit œdipien en psychanalyse, l'apprentissage de stratégies comportementales dans les thérapies cognitives, la clarification des rôles dans la thérapie familiale, la motivation pour une récompense dans la thérapie des contingences. Afin d'être légitimés, les modèles de psychothérapie ont fait l'objet de recherches visant à démontrer leur efficacité, en comparant des patients qui ont bénéficié du traitement à un groupe contrôle qui ne l'a pas reçu. Ces travaux se sont focalisés sur l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies en fonction des symptômes qui devaient être améliorés par l'intervention, par exemple, en termes de symptômes de dépression, d'anxiété ou de comportement : alimentaire, consommation d'alcool ou de drogues. Une revue approfondie de cette recherche est résumée dans l'ouvrage récent de Jean-Nicolas Despland et coll. (1).

Plusieurs centaines d'études dont les résultats ont été regroupés dans de nombreuses méta-analyses démontrent de manière convaincante l'efficacité des psychothérapies. La première grande méta-analyse a été publiée par Gene V. Glass en 1976. Elle regroupe les résultats de 375 études randomisées et contrôlées incluant 40'000 patients et conclut à l'efficacité des psychothérapies avec une taille d'effet moyenne de 0.68, signifiant que 75% des patients du groupe contrôle se portent moins bien que ceux qui bénéficient du traitement (2).

Cependant, une autre ligne de recherche mettant en compétition les différents modèles n'a pas pu mettre en évidence de différences d'efficacité significatives entre les méthodes psychothérapeutiques (3). Ce constat apparaît aujourd'hui comme très robuste ayant été confirmé par de nombreuses études ultérieures (2). La méta-analyse de Glass indique des tailles d'effets proches pour la thérapie psychodynamique (96 études), la thérapie comportementale (132 études) et la thérapie centrée sur le patient (94 études). D'un point de vue méthodologique, on doit conclure que la recherche scientifique n'a pas permis de démontrer de différence significative d'efficacité entre les approches thérapeutiques ce qui ne signifie pas formellement que ces différences n'existent pas. Néanmoins, ces constats ont conduit, au cours des deux dernières décennies, à un consensus fort et quasi unanime au sujet de l'efficacité comparable des différentes écoles de psychothérapie, comme en témoigne la résolution de l'American Psychological Association de 2013 (4).

De nombreuses investigations ont cherché à comprendre le paradoxe de l'équivalence d'efficacité des différents modèles de psychothérapies (5). Cette exploration a amené au constat que les facteurs spécifiques à chaque psychothérapie ne sont pas porteurs de l'efficacité des traitements. Le travail de B. Wampold indique que les facteurs décrits comme contextuels ont des tailles d'effets* élevées, 0.63 pour l'empathie, 0.56 pour le regard positif et l'affirmation, 0.49 pour l'authenticité et la congruence, alors que les facteurs spécifiques ont des tailles d'effet basses. Par exemple, deux méta-analyses indiquent que le fait d'ajouter des facteurs spécifiques à un traitement psychothérapeutique ne modifie pratiquement pas le résultat (taille d'effet de 0.01) (3).

En approfondissant, on a constaté que les facteurs de changement identifiés dans les psychothérapies sont davantage liés à l'alliance thérapeutique et à l'authenticité de la relation qu'à l'utilisation de techniques particulières, ces caractéristiques étant fortement associées au thérapeute (6). La variance liée à la qualité du thérapeute est bien supérieure à celle de la forme de traitement délivrée. La taille d'effet liée au thérapeute se situe entre 0.35 pour les essais randomisés et 0.55 pour des études où les thérapeutes ne sont pas assignés aux patients de manière aléatoire (7). Ces différents constats suggèrent que le facteur majeur de l'efficacité des psychothérapies est lié à la capacité du thérapeute de créer une relation authentique qui aura pour effet de mobiliser les forces de résilience du patient, davantage que des ingrédients spécifiques à une approche psychothérapeutique qui auraient pour effet de déclencher un changement chez le patient, dans une relation simple de cause à effet, comme avec un agent pharmaceutique.

Même si l'alliance thérapeutique, un facteur qui est commun aux différents modèles de psychothérapies, est une composante majeure de l'efficacité des psychothérapies, il s'agit d'être prudent dans la manière d'interpréter ce constat. Par exemple, les formations cliniques à l'alliance thérapeutique ne semblent pas être efficaces (8). Même si les facteurs spécifiques ne sont pas porteurs de l'efficacité, l'alliance ne semble pas être efficace si elle est détachée d'une méthode psychothérapeutique. La qualité du thérapeute, l'allégeance à une méthode thérapeutique, l'accord avec les patients sur les objectifs et la croyance du patient dans l'efficacité du traitement sont des éléments déterminants de l'efficacité des psychothérapies et qui semblent constituer le socle de l'alliance thérapeutique, elle-même constituant un déterminant majeur de l'efficacité (9).

A partir de ces constats relatifs à l'efficacité des psychothérapies en général, que peut-on retenir lorsqu'on se focalise sur la question de l'efficacité des traitements psychothérapeutiques des addictions ? Les constats décrits jusqu'ici s'appliquent dans le traitement des addictions, en particulier s'agissant des quatre éléments mis en avant jusqu'ici : 1) l'efficacité des psychothérapies, 2) l'absence de différences d'efficacité entre les approches, 3) l'importance déterminante des facteurs contextuels tels que l'empathie et l'alliance et 4) les différences considérables d'efficacité entre thérapeutes, même lorsque ceux-ci ont reçu une formation identique.

Par exemple, l'efficacité de l'entretien motivationnel pour l'alcool (taille d'effet 0.43) est comparable à celle des antidépresseurs de type SSRI dans les attaques de panique (taille d'effet 0.41) et des interventions psychodynamiques brèves (taille d'effet 0.38) (1). L'efficacité des thérapies cognitives et comportementales est également bien établie dans le traitement des addictions, comme en témoigne les résultats d'une méta-analyse récente incluant 30 essais randomisés (10).

Lorsqu'on essaie de comparer l'efficacité des formes reconnues de psychothérapie des addictions, focalisée sur des objectifs de changement de comportements, l'absence de différences entre approches a également été constatée. Cela a, par exemple, été démontré pour la dépendance à l'alcool avec l'étude MATCH obtenant des résultats équivalents avec trois approches thérapeutiques, une fondée sur le modèle de 12 étapes issus des Alcooliques Anonymes, une autre issue des thérapies cognitives et comportementale et la troisième issue de l'entretien motivationnel (11). Une grande déception liée à l'étude MATCH est liée à l'échec des hypothèses de « matching » qui avaient pour objectif de démontrer que des patients présentant certaines caractéristiques étaient traités de manière plus efficace par certains outils thérapeutiques spécifiques. Ces constats ont été confirmés dans une étude similaire au Royaume-Uni (Étude UKATT) (12,13). Finalement et de manière similaire aux psychothérapies en général, l'efficacité spécifiques des facteurs contextuels, communs aux différentes approches thérapeutiques, tels que l'alliance et l'empathie, a également

été constatée dans le traitement des addictions. Les thérapeutes très empathiques ont de meilleurs succès thérapeutiques, quelle que soit leur orientation théorique (14). On constate également dans le champ des addictions d'importantes différences d'efficacité entre thérapeutes (15), y compris lorsqu'ils ont reçu une formation identique (16).

La grande majorité des addictions sont traitées par des professionnels de la santé et du social qui ne bénéficient pas de formation de psychothérapeute. De ce point de vue, il est important de voir quels outils psychothérapeutiques sont accessibles à des non psychothérapeutes, de déterminer quels investissements de formation sont nécessaires pour acquérir des compétences parmi les méthodes psychothérapeutiques disponibles pour les addictions, partant du principe qu'elles sont d'efficacité comparable. Parmi les méthodes psychothérapeutiques dont l'efficacité est bien démontrée dans le traitement des addictions, on trouve en particulier les approches cognitives et comportementales qui bénéficient de formations relativement longues et coûteuses et l'entretien motivationnel. L'attrait de l'entretien motivationnel est de ce point de vue important puisque les formations proposées sont très structurées, réduites le plus souvent à deux jours et que la performance de ces formations est démontrée (17).

** La taille de l'effet (d de Cohen) est considérée comme faible autour de 0,2, modérée autour de 0,5 et forte pour 0,8 ou plus.*

Références bibliographiques

1. Despland JN, de Roten Y, Kramer U, Falissard B, Barber JP. L'évaluation des psychothérapies: Lavoisier médecine sciences, 2018.
2. GLASS Gene V. Primary, Secondary, and Meta-Analysis of Research. Educational Researcher 1976;5(10):3-8. DOI: 10.3102/0013189x005010003.
3. Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. World Psychiatry 2015;14(3):270-7. (In eng). DOI: 10.1002/wps.20238.
4. (2013). "Recognition of psychotherapy effectiveness." Psychotherapy (Chic) 50(1): 102-109.
5. Lambert MJ. Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: Wiley, 2013.
6. Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, et al. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. J Consult Clin Psychol 1996;64(3):532-9. (In eng). DOI: 10.1037//0022-006x.64.3.532.
7. Baldwin, S. and Z. Imel (2013). Therapist Effects: Findings and Methods: 258-297.
8. Horvath A. The therapeutic relationship: Research and theory - An introduction to the Special Issue. Psychotherapy Research 2005;15:3-7. DOI: 10.1080/10503300512331339143.
9. de Roten Y. Ce qui agit effectivement en psychothérapie : facteurs communs ou agents spécifiques. Bulletin de psychologie 2006;Numéro 486(6):585-590. (In Fr). DOI: 10.3917/bupsy.486.0585.
10. Magill, M., et al. (2019). "A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition." J Consult Clin Psychol 87(12): 1093-1105.
11. Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. J Stud Alcohol 1997;58(1):7-29. (In eng).
12. (2005). "Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT)." Bmj 331(7516): 541.
13. (2008). "UK Alcohol Treatment Trial: client-treatment matching effects." Addiction 103(2): 228-238.
14. Moyers TB, Miller WR. Is low therapist empathy toxic? Psychol Addict Behav 2013;27(3):878-884. (In eng). DOI: 10.1037/a0030274.
15. Gaume, J., et al. (2014). "Influence of counselor characteristics and behaviors on the efficacy of a brief motivational intervention for heavy drinking in young men--a randomized controlled trial." Alcohol Clin Exp Res 38(7): 2138-2147.
16. Gaume, J., et al. (2009). "Counselor skill influences outcomes of brief motivational interventions." J Subst Abuse Treat 37(2): 151-159.

17. Miller WR, Yahne CE, Moyers TB, Martinez J, Pirritano M. A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *J Consult Clin Psychol* 2004;72(6):1050-62. DOI: 10.1037/0022-006X.72.6.1050.

Qu'est-ce qu'une psychothérapie ? Essai de définition

Alain Dervaux

Psychothérapies : techniques visant à aider des sujets à soulager des états de souffrance psychologique. Ces techniques sont pratiquées par des professionnels formés. Ce sont des interventions visant à favoriser des processus de changement chez les sujets demandeurs. La psychothérapie vise à améliorer l'état de la personne et/ou à prévenir des rechutes.

Psychothérapeutes

Les professionnels exerçant la psychothérapie ont reçu une formation diplômante, reconnue par l'état (validation d'une formation en psychopathologie clinique de 400 heures minimum et d'un stage pratique d'une durée minimale correspondant à cinq mois). L'article 52 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 modifiée relative à la politique de santé publique régleme l'usage du titre de psychothérapeute. Seul un professionnel inscrit au Registre national des psychothérapeutes via le répertoire ADELI des professionnels de santé et formé par un organisme agréé, peut se déclarer officiellement psychothérapeute.

Les psychothérapies sont le plus souvent pratiquées en « ville », dans le cadre du soin, par les psychiatres et les psychologues, et en institution par différents intervenants (infirmiers, psychologues...), souvent sous la responsabilité d'un psychiatre (1).

Les psychothérapeutes doivent posséder des aptitudes de base, notamment d'empathie, de confiance, de sécurité, de reconnaissance de la subjectivité d'autrui, d'aptitude à la relance et au reflet, de dynamique transférentielle... (2).

Contrat

Le(la) psychothérapeute établit un contrat, plus ou moins explicite, avec le(la) patient(e) sur les objectifs et les modalités et/ou le cadre de la psychothérapie défini par les deux parties (lieu, modalités, durée et fréquence des séances...). Ce contrat, librement accepté entre la personne et le psychothérapeute et évolutif, implique que la psychothérapie respecte le respect du secret professionnel et reposant sur une alliance thérapeutique. Le contrat est fréquemment implicite, inhérent à la rencontre entre un patient et un professionnel.

Il existe différentes techniques, choisies en fonction du type de souffrance et des souhaits des patients. Ces techniques sont fondées sur la parole, associée ou complétée par des médiations instrumentales ou corporelles. Sont analysées lors de la psychothérapie les attitudes, les contenus et les formes de pensée, les comportements, les affects, les sentiments et le contexte social. Le thérapeute pense avec le patient pour l'aider à penser (3). D'après Rogers, il existe trois types de paroles-reflets : reflet simple (résumé ou répétition), reflet du vécu (reformulation plus claire des sentiments exposés par les patients, élucidation (mise en relief de la signification implicite des paroles et des attitudes des patients comme des hypothèses possibles, ce que le patient dit peut avoir un sens) (4).

Approches psychothérapeutiques

En pratique, beaucoup de soignants proposent des approches psychothérapeutiques, sans répondre aux définitions exposées plus haut. Dans ce cas, c'est la structure ou de l'institution (service hospitalier, CSAPA, hospitalisation de jour, centre médico-psychologique ...) qui confère le cadre de la psychothérapie. De même, en pratique, un contrat est fréquemment implicite.

Références bibliographiques

1. Canceil O, Cottraux J, Falissard B et al.. Psychothérapie : trois approches évaluées. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), 2004, 565 p. <https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01570642/document>
2. Chambon O, Marie Cardine M. Les bases de la Psychothérapie. Paris, Dunod, 1999, 304 p.
3. Naudin J, Azorin JM. Quelques problèmes fondamentaux posés par la psychothérapie et son apprentissage : un point de vue phénoménologique. Act. Med. Int. Psychiatrie 1998;15:3054-63.
4. Rogers C, Kinget GM. Psychothérapies et relations humaines : théorie et pratique de la thérapie non directive. Paris, Nauwelaerts 1973.

Self-Help

Ariane POMMERY

I. Rationnel

Les self-help ou auto-supports sont des interventions psychosociales standardisées administrées par le support d'un livre (biblio thérapie), d'une plateforme Web ou d'applications mobiles. Ils visent des problématiques émotionnelles, comportementales et physiques telles que la dépression, les troubles anxieux, l'insomnie, les troubles alimentaires, les dysfonctionnements sexuels, les addictions, le diabète ou la douleur chronique. Ces interventions auto administrées incluent des informations psychoéducatives ainsi que des exercices physiques et psychologiques

L'utilisation du self-help s'inscrit dans un continuum allant du pur self-help – les self-administered treatments – aux traitements où le thérapeute transmet des éléments de la thérapie – les therapist-administered treatments.

Des outils d'auto-support existent depuis des décennies sous forme de livres et documents divers. De nombreuses méthodes, vidéos ou autres ont envahi les sites internet. Ainsi, l'usage de ces matériels ne modifie pas seulement la façon de faire la psychothérapie, elle en modifie la nature puisque celle-ci n'est plus assurée par un thérapeute mais par un programme d'auto-support.

II. Description de la méthode

Selon la Haute Autorité de santé (HAS), la thérapie « self-help », met l'accent sur l'information du patient et les moyens de changer par lui-même. La plupart des programmes incluent un ouvrage pratique conçu comme un guide d'autothérapie (bibliothérapie). Les objectifs sont centrés sur les symptômes : anxieux, somatiques, émotionnels, cognitifs et comportementaux. Ils proposent des exercices concrets à faire soi-même (relaxation, contrôle respiratoire, gestion émotionnelle, d'exposition et d'affirmation de soi, etc.). Le contact avec le thérapeute reste indispensable. La formation initiale du patient et l'évaluation en cours de thérapie sont essentielles (1).

Depuis plusieurs années, des outils informatiques et numériques se développent de plus en plus, sur ordinateur, smartphone ou internet. Leur palette est très large allant de la simple information jusqu'à la possibilité d'utiliser chez soi diverses méthodes thérapeutiques. La plupart des interventions de self help sont basées sur des outils de TCC, comme la relaxation, la restructuration cognitive ou les techniques d'exposition. Ces techniques des TCC ont la particularité d'être simples, précises, explicites et protocolisées, permettant ainsi de s'adapter particulièrement à ce mode d'intervention, par un découpage de l'intervention en différents modules facilitant la progression du patient. La mise à disposition d'outils basés sur la méditation de pleine conscience, la thérapie d'acceptation et d'engagement en passant par diverses méthodes de soutien se développe également.

Des programmes complets sont maintenant disponibles intégrant des outils de repérage, d'évaluation, d'aide au changement de consommation et de suivi.

III. Niveau de validation scientifique

Une ancienne méta-analyse (2) a montré à partir de 22 études, que l'usage de matériel d'auto-support avait un effet faible à modéré pour aider les personnes ayant une consommation d'alcool à risque ou à problème à la diminuer (taille d'effet 0,31 vs absence d'intervention). L'effet a été plus important chez les personnes qui ont recherché spontanément de l'aide par rapport à celle qui ont bénéficié d'un repérage opportuniste par un professionnel de santé.

Concernant le sevrage tabagique, de nombreuses données ont été publiées avec des modalités de self-help très diverses dont les interventions via internet ou la bibliothérapie avec un effet modéré comparé à l'absence d'intervention.

Une méta-analyse de la collaboration Cochrane a porté sur l'utilisation de documents écrits. Elle a montré que lorsqu'aucun autre support n'est disponible, le matériel écrit d'auto-support aide davantage de patients à arrêter de fumer que l'absence d'intervention. Cet effet est faible (RR = 1,19 IC 95 % 1,03-1,37). A noter que si les personnes recevaient des conseils d'un professionnel ou prenaient des substituts nicotiques, le matériel d'auto-support n'ajoutait aucun effet bien que de petits bénéfices ne puissent être exclus. Le matériel utilisant des données issues des patients pour adapter le conseil ou le document s'est révélé plus efficace que l'absence d'intervention (niveau de preuve modéré). Cependant l'envoi de matériel adapté ne s'est pas révélé plus performant que l'envoi de matériel non adapté (3).

Une revue systématique publiée en 2014 (4) sur l'assistance téléphonique ou Internet pour le tabagisme, la consommation d'alcool ou le jeu inclut 74 articles. Trente six ont abordé l'effet des interventions par Internet sur la consommation d'alcool, 21 sur le tabagisme et 1 sur le jeu. 12 ont abordé l'effet des lignes d'assistance sur le tabagisme, 2 sur la consommation d'alcool et 2 sur le jeu. Les lignes d'assistance téléphoniques peuvent avoir un effet sur le tabagisme, mais il n'y a aucune preuve des effets sur la consommation d'alcool ou le jeu. Il existe des résultats positifs concernant le soutien basé sur Internet pour la consommation excessive d'alcool chez les étudiants américains. Cependant, les preuves des effets du soutien en ligne pour le tabagisme, la consommation d'alcool ou le jeu sont, dans une large mesure, peu consistantes.

Une publication canadienne récente a présenté une méthode en Français associant entretiens téléphoniques et livre d'auto-support basé sur la TCC. Par rapport à une liste d'attente, elle a permis de réduire la sévérité des problèmes liés au jeu, le comportement de jeu et d'améliorer le fonctionnement global des joueurs à court, moyen et long terme (5).

Une méta-analyse de la collaboration Cochrane publiée en 2017 a montré que les interventions basées sur internet, interactives et adaptées au patient, avec ou sans soutien comportemental, sont modérément plus efficaces sur l'arrêt du tabac que des interventions non interactives à 6 mois ou plus (RR = 1,15 IC 95 % 1,01-1,3). Il n'y a pas d'arguments pour penser qu'elles sont plus efficaces que d'autres traitements actifs. Comme souvent, les conclusions sont affaiblies par les biais et l'hétérogénéité des études (6).

Le rapport de Chen (2012) (7) allait dans le même sens et concluait que du matériel d'auto-support sur ordinateur ou d'autres aides électroniques augmente la possibilité d'arrêt du tabac par rapport à l'absence d'intervention. Il n'a observé aucune différence entre les personnes prêtes à arrêter de fumer et celles qui n'étaient pas encore prêtes.

Concernant les applications sur mobiles, la méta-analyse de la Cochrane a montré que l'envoi de messages basés sur l'arrêt du tabac augmente plus le taux d'arrêt qu'un soutien minimal (RR = 1,54 IC 95 % 1,19-2,00). Dans cette étude, l'association de ces messages aux autres modalités de soutien à l'arrêt du tabac a montré un bénéfice par rapport à ces soutiens seuls (RR = 1,59 IC 95 % 1,09-2,33) (8).

Plusieurs publications ont aussi montré qu'il est possible de proposer aux patients des outils dérivés de thérapies validées comme la TCC, la thérapie de pleine conscience, la thérapie d'acceptation et d'engagement avec des résultats limités (taille d'effet faible à modérée), mais malgré tout intéressants sur l'anxiété, la dépression ou l'aide à l'arrêt du tabac (9, 10).

En 2008, Naughton F et al ont montré que l'auto-soutien est probablement une méthode intéressante pour aider les femmes enceintes à arrêter le tabac, même supérieure aux soins standards dans sa méta-analyse (11).

Chez les patients atteints de maladie coronarienne, l'auto-soutien a montré un résultat similaire aux autres méthodes évaluées, TCC et soutien téléphonique : RR = 1,22 IC 95 % 1,12-1,33) (12).

En milieu du travail, les outils de self help se sont avérés moins efficaces (OR = 1,16 IC 95 % 0,74-1,82) que les méthodes validées (counselling individuel ou en groupe, traitements pharmacologiques, interventions multiples ciblées sur l'arrêt du tabac) (13)

Enfin, de façon intéressante, Agboola (14) a montré que l'utilisation de matériel d'auto-soutien est efficace dans la prévention de la rechute à long terme chez les personnes ayant initialement arrêté de fumer sans aide (OR = 1,52 IC 95 % 1,15-2,01), ce qui n'était pas le cas pour les autres interventions comportementales, seulement efficaces à court terme.

Dans le domaine du jeu, comme pour beaucoup d'autres conduites addictives, la majorité des joueurs en difficulté n'a pas recours à un professionnel de santé. La honte, la crainte du jugement et de la stigmatisation, la faible reconnaissance de leurs difficultés, le manque de lieux de soin expliquent une faible demande de soins.

Quatre revues ont évalué des interventions qui peuvent être considérées comme une approche d'auto-assistance ou de soutien mutuel. Dawson et al (15) ont envisagé des interventions d'auto-assistance visant à réduire les comportements de jeu grâce à des stratégies comportementales protectrices telles que l'auto-exclusion, les limites de temps et d'argent et les cartes sans argent liquide (initiées par l'individu et non par le fournisseur de services). Bien qu'ils aient identifié 33 études, ils ont signalé que les preuves étaient limitées par la faible qualité des études. L'auto-exclusion était principalement approuvée par les joueurs, mais beaucoup sont retournés au jeu après la période d'exclusion, et l'auto-exclusion n'a pas été appliquée par les casinos. Néanmoins, la fréquence, la durée, les dépenses, l'endettement et l'envie de jouer ont été réduites jusqu'à 12 mois après l'intervention. Marchica et Derevensky (16) ont envisagé des interventions de rétroaction personnelle pour le jeu. Schuler et ses collègues (17) ont examiné les réunions de Gamblers Anonymous comme traitement des comportements de jeu. 17 études dans 25 publications (dont quatre essais contrôlés randomisés) ont montré une réduction du temps et de l'argent consacrés au jeu. Cependant, l'examen a révélé que Gamblers Anonymous, associé à la gestion du stress, était plus efficace que Gamblers Anonymous seul. Les auteurs ont noté que la participation aux réunions (plutôt que la participation en ligne) était importante pour obtenir des résultats optimaux. La revue a conclu que l'entretien motivationnel et la TCC combinés étaient plus efficaces que Gamblers Anonymous. Shonin et ses collègues (18) ont passé en revue les interventions dérivées des philosophies bouddhistes ou des techniques de méditation. Les quatre études incluses (études

transversales et études de cas) se sont concentrées sur la méditation de pleine conscience avec des réductions signalées de la sévérité du jeu, de la suppression de la pensée, de l'anxiété et de la détresse.

Il est difficile de tirer des conclusions claires des données probantes pour les interventions d'auto-assistance en raison de la diversité des interventions et de l'accent mis sur un changement de comportement auto déclaré à assez court terme plutôt que sur des résultats à long terme ou des mesures directes du préjudice.

IV. Objectif(s) thérapeutique(s)

L'objectif thérapeutique est double :

- au niveau comportemental il vise un auto contrôle des consommations de produits ou de comportements addictifs,
- mais il permet également à la personne de constater qu'elle peut mobiliser ses propres ressources pour accompagner ces changements de comportement.

V. Indications / population cible / répondeurs éventuels

Dans le champ de l'addictologie les principales indications étudiées sont en tabacologie et dans le cadre du jeu pathologique.

Des études ont montré son intérêt chez les femmes enceintes et les patients porteurs de maladies coronariennes.

De façon générale, bien que l'on manque de données, ces méthodes sont probablement utiles surtout chez les personnes présentant une conduite addictive peu ou modérément sévère, et chez celles qui ne peuvent pas (ou difficilement), ne souhaitent pas, n'osent pas... avoir recours aux professionnels de santé

VI. Les résultats peuvent-ils être améliorés en associant la méthode à d'autres modalités de soins : psychothérapies, médicaments... ?

Dans différentes indications (tabacologie, jeu) associer l'entretien motivationnel ainsi qu'une psychothérapie de type TCC permet d'améliorer les résultats du self-help.

D'une manière générale, l'approche self-help gagne toujours à être associée à d'autres méthodes thérapeutiques.

Cependant, lorsqu'une prise en charge est effectuée par un professionnel de santé et des méthodes thérapeutiques validées, médicamenteuses ou non, le self help ne semble pas améliorer significativement les résultats.

Une publication récente a par ailleurs recherché les ingrédients d'efficacité des matériels d'auto-soutien chez les jeunes présentant un trouble anxieux ou dépressif. Sans surprise, ils apprécient les interventions qui ont une présentation ludique et un contenu interactif. Le matériel d'éducation est perçu comme ennuyeux. Les usagers sont rebutés par les interfaces peu attrayantes et les problèmes techniques (19).

VII. Données médico-économiques

Chen a montré dans son étude médico-économique qu'offrir aux fumeurs cherchant activement à arrêter le tabac des formes de support électronique peut être coût-efficace, si l'intervention est

proposée avec un soutien comportemental non électronique, qu'il s'agisse d'un conseil bref ou d'un counselling plus intensif (7).

Il n'existe pas de données formalisées sur cette question. Cependant cette méthode présente l'avantage de ne nécessiter que peu de moyens humains et organisationnels. Ainsi, malgré une efficacité qui paraît faible à modérée, le faible coût de ces méthodes fait préjuger d'un rapport coût/efficacité intéressant en augmentant les possibilités d'accès aux soins.

VIII. Synthèse

Les technologies d'auto-assistance et automatisées peuvent être utiles pour l'éducation et les interventions comportementales en santé mentale. Ces technologies comprennent les médias interactifs, les cours en ligne, les chat bots basés sur l'intelligence artificielle, les assistants vocaux et les jeux vidéo. Les supports d'auto-assistance peuvent inclure des livres, des vidéos, des supports audibles tels que des podcasts, des articles de blog et imprimés et des sites Internet autonomes. Les médias sociaux, les cours en ligne et les applications mobiles grand public peuvent également inclure ces médias.

Globalement, il ressort des études disponibles que les interventions par des professionnels de santé sont plus efficaces que les méthodes d'auto-support. Celles-ci sont cependant intéressantes et ont montré une certaine efficacité, bien que limitée, lorsque le recours aux professionnels n'est pas possible, difficile notamment en termes de suivi ou pas souhaité. Elles pourraient être utilisées en tant que traitement de 1^{ère} ligne, mais aussi comme complément à un traitement en face à face, ou encore comme traitement de prévention de la rechute. Il faut par ailleurs souligner le coût limité de ces interventions.

Elles sont appelées à se développer, notamment à la suite de la crise de la COVID-19 qui a montré les difficultés d'accès aux soins professionnels qui peuvent exister. La mise à disposition des personnes concernées de matériel d'auto-support de qualité sous différentes formes, papier, informatique, internet...est donc nécessaire et devrait se développer et se structurer pour élargir au plus grand nombre l'accès à des informations, conseils, méthodes thérapeutiques... pertinentes et de qualité. Mais pour l'instant, on ne dispose pas réellement de matériel d'auto-support validé et l'on ne connaît pas vraiment les ingrédients et les niveaux d'intensité les plus efficaces. D'autres travaux de recherche sont nécessaires.

Références bibliographiques

1. Affections psychiatriques de longue durée. Troubles anxieux grave. HAS, guide – affection de longue durée, juin 2007, 32 p. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf
2. Apodaca TR, Miller WR. A meta-analysis of the effectiveness of bibliotherapy for alcohol problems. *J Clin Psychol* 2003 Mar;59(3):289-304.
3. Livingstone-Banks J, Ordóñez-Mena JM, Hartmann-Boyce J. [Print-based self-help interventions for smoking cessation](#). *Cochrane Database Syst Rev* 2019 Jan 9;1(1):CD001118.
4. Danielsson AK, Eriksson AK, Allebeck P. Technology-based support via telephone or web: a systematic review of the effects on smoking, alcohol use and gambling. *Addict Behav* 2014 Dec;39(12):1846-68.
5. Boudreault C, Giroux I, Jacques C, Goulet A, Simoneau H, Ladouceur R. Efficacy of a Self-Help Treatment for At-Risk and Pathological Gamblers. *J Gamb Stud* 2018 Jun;34(2):561-580.
6. Taylor GMJ, Dalili MN, Semwal M, Civljak M, Sheikh A, Car J. Internet-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2017 Sep 4;9(9):CD007078.

7. Y-F Chen , J Madan, N Welton, I Yahaya, P Aveyard, L Bauld, D Wang, A Fry-Smith, M R Munafò. Effectiveness and cost-effectiveness of computer and other electronic aids for smoking cessation: a systematic review and network meta-analysis. *Health Technol Assess* 2012;16(38):1-205, iii-v.
8. Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Rodgers A, Gu Y, Dobson R. [Mobile phone text messaging and app-based interventions for smoking cessation](#). *Cochrane Database Syst Rev* 2019 Oct 22;10(10):CD006611.
9. Bricker JB, Mull KE, Kientz JA, Vildaraga R, Mercer LD, Akioka KJ, Heffner JL. [Randomized, controlled pilot trial of a smartphone app for smoking cessation using acceptance and commitment therapy](#). *Drug Alcohol Depend* 2014 Oct 1;143:87-94.
10. Cavanagh K, Strauss C, Forder L, Jones F. [Can mindfulness and acceptance be learnt by self-help?: a systematic review and meta-analysis of mindfulness and acceptance-based self-help interventions](#). *Clin Psychol Rev* 2014 Mar;34(2):118-29.
11. Naughton F, Prevost AT, Sutton S. Self-help smoking cessation interventions in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2008 Apr;103(4):566-79.
12. Barth J, Jacob T, Daha I, Critchley JA. Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2015 Jul 6;(7):CD006886.
13. Cahill K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 Feb 26;(2):CD003440.
14. Agboola S, McNeill A, Coleman T, Leonardi Bee J. A systematic review of the effectiveness of smoking relapse prevention interventions for abstinent smokers. *Addiction* 2010 Aug;105(8):1362-80.
15. Drawson AS, Tanner J, Mushquash CJ, Musquash AR, Mazmanian D. The use of protective behavioural strategies in gambling : a systematic review. *Int J Ment Health Addict* 2017 ; 15 : 1302-1319.
16. Marchica L, Derevensky JL. [Examining personalized feedback interventions for gambling disorders: A systematic review](#). *J Behav Addict* 2016 Mar;5(1):1-10.
17. Schuler A, Ferentzy P, Turner NE, Skinner W, McIsaac KE, Ziegler CP, Matheson FI. Gamblers Anonymous as a Recovery Pathway: A Scoping Review. *J Gambl Stud* 2016 Dec;32(4):1261-1278.
18. Shonin E, Van Gordon W, Griffiths MD. Buddhist philosophy for the treatment of problem gambling. *J Behav Addict* 2013 Jun;2(2):63-71.
19. Garrido S, Millington C, Cheers D, Boydell K, Schubert E, Meade T, Nguyen QV. [What Works and What Doesn't Work? A Systematic Review of Digital Mental Health Interventions for Depression and Anxiety in Young People](#). *Front Psychiatry* 2019 Nov 13;10:759.

Remédiation cognitive

Nicolas Cabé, Céline Boudehent, Julien Cabé

I. Rationnel

La remédiation cognitive est une forme de thérapie ayant pour objectif de réduire l'impact des troubles cognitifs d'un patient objectivés lors d'un bilan neuropsychologique. Elle permet chez ces patients de favoriser l'accès aux psychothérapies. Les troubles cognitifs liés aux consommations de substances psycho-actives sont désormais bien documentés. La consommation chronique et/ou excessive de substances psychoactives est associée à des altérations cérébrales et cognitives persistant après un sevrage. Ces altérations sont très hétérogènes d'un patient à l'autre, et d'une substance à l'autre (1, 2, 3). Ces altérations semblent être plus la règle que l'exception. Ainsi, les fonctions exécutives, permettant l'adaptation aux situations nouvelles et complexes par l'intermédiaire de processus spécifiques d'inhibition, de flexibilité, d'élaboration de plan d'action, de prise de décision..., sont particulièrement altérées dans le contexte de trouble de l'usage d'alcool et de cocaïne. Le fonctionnement attentionnel et les capacités d'apprentissage et de mémoire épisodique semblent davantage impactés par les consommations de cannabis. Enfin, le mésusage de traitements psycho-actifs tels que les benzodiazépines a, quant à lui, un effet combiné sur les fonctions attentionnelles (ralentissement) et exécutives.

La plupart des atteintes neuropsychologiques liées aux consommations de substances psycho-actives sont réversibles avec le temps et le maintien de l'abstinence, même si différents facteurs peuvent entraver cette récupération (niveau de fonctionnement antérieur, âge, consommation de tabac, antécédents cardio-vasculaires...) (4, 5). Seule l'amnésie antérograde dans un contexte de syndrome de Korsakoff perdure, par définition, malgré le maintien de l'abstinence.

Ces troubles sont à la fois susceptibles de se répercuter sur la motivation des patients (troubles mnésiques entravant la perception et l'intégration des conséquences des consommations, troubles exécutifs perturbant le processus de balance décisionnelle et de prise de décision), sur leurs capacités à maintenir un projet de changement de consommation (troubles exécutifs qui empêchent la planification de changement et l'inhibition des habitudes antérieures), mais également sur l'adhésion aux soins psychothérapeutiques (apprentissage complexe, mémorisation des informations travaillées). La présence de troubles cognitifs participe donc directement au risque de rechute. Pourtant, les ateliers thérapeutiques de psychoéducation et de prévention de la rechute sont le plus souvent proposés juste après le sevrage, alors que les altérations neuropsychologiques sont encore bien présentes (1). Une stratégie de dépistage systématique des troubles cognitifs semble donc essentielle, idéalement après sevrage et avant réalisation des ateliers classiques de soins addictologiques. Couplée à une évaluation neuropsychologique menée par un(e) neuropsychologue en cas de test de dépistage pathologique, cette stratégie permet d'orienter les patients les plus altérés vers une prise en charge plus prolongée et protectrice, centrée sur la réhabilitation psychosociale et intégrant de la remédiation cognitive (1, 6). La temporalité de mise en place de ces approches est essentielle. Il est en effet fortement recommandé de se trouver à distance du sevrage et dans une phase de récupération spontanée pour les débiter.

L'utilisation de la remédiation cognitive en addictologie vise :

- à accompagner la récupération spontanée liée à l'arrêt des consommations afin d'améliorer le bénéfice des soins addictologiques

- à renforcer les capacités cognitives préservées pour contourner les déficits ou à restaurer les fonctions altérées
- à compenser la présence de troubles cognitifs susceptibles de perdurer et impactant à long terme les capacités de changement et/ou l'autonomie en vie quotidienne

II. Description de la méthode

Les outils varient en fonction des objectifs que vise la remédiation cognitive.

- Lorsqu'il s'agit d'accompagner la récupération spontanée des troubles cognitifs, l'objectif est la **restauration** de l'état antérieur du patient. Les outils sont principalement choisis au regard des déficits présentés par le patient, le but étant la mobilisation active des fonctions cognitives altérées afin d'en accélérer la récupération. Les outils peuvent être des supports déjà existants, conçus pour les patients cérébro-lésés ou ayant une pathologie psychiatrique et présentant une sémiologie de troubles cognitifs similaires aux patients d'addictologie. Des programmes complets, informatisés ou non, existent et peuvent être utilisés dans leur intégralité ou partiellement au regard de ce qui semble pertinent à travailler pour le patient (Cognitive Remediation Therapy-CRT, Remédiation cognitive pour la schizophrénie-Recos...). Les exercices sont proposés avec une difficulté croissante, pour favoriser l'apprentissage sans erreur. Ils se composent en général d'exercices sur informatique, papier/crayon ou de tâches à domicile permettant une généralisation des apprentissages.
- Lorsqu'il s'agit de contourner les déficits pour s'appuyer sur les capacités résiduelles, et notamment lorsque la récupération est incertaine, l'objectif est le **renforcement** des compétences préservées. Les outils sont ainsi principalement la mise en place de techniques alternatives visant à compenser les troubles cognitifs. Ainsi, les techniques d'apprentissage sans erreur ou d'apprentissage avec indices visuels vont compenser des capacités réduites d'encodage en mémoire. Les techniques de Goal Management Training permettront quant à elles de forcer la planification d'un maximum d'actions pour limiter le recours aux processus d'inhibition, de flexibilité et de prise de décision.

Les objectifs de restauration et de renforcement ne sont pas exclusifs et peuvent être utilisés en parallèle. Dans tous les cas, la remédiation cognitive nécessite un accompagnement humain rapproché des patients, soit en individuel, soit en petit groupe, et ne peut se limiter à des auto-exercices, informatisés ou non.

- Lorsqu'il s'agit de compenser durablement des séquelles cognitives sévères, l'objectif sera surtout **l'aménagement de l'environnement** le plus adapté et personnalisé au patient afin de compenser sa perte d'autonomie. Cette méthode s'appuie principalement sur l'utilisation d'aides externes (agenda, check list, téléalarme...) dont l'apprentissage nécessite beaucoup de temps, de répétition et l'implication de l'entourage. Il est aussi possible d'envisager la mise en place de mesures de protection juridique (curatelle, tutelle).

III. Niveau de validation scientifique

Concernant l'objectif de restauration, quelques études montrent un effet significatif de la remédiation cognitive sur l'amélioration des performances neuropsychologiques (7, 8, 9). Il reste toutefois difficile de distinguer les effets de la remédiation cognitive des effets de la récupération spontanée du fait

des limites méthodologiques de ces études (existence non systématique d'un groupe contrôle notamment ou groupe contrôle « passif » donc moins étayé sur le plan du suivi ou encore matériel de remédiation cognitive très proche du matériel de l'évaluation neuropsychologique sans s'assurer du transfert de compétences en vie quotidienne).

Quelques études mettent en avant le bénéfice de cette technique sur le contrôle des consommations d'alcool (8, 10, 11).

IV. Objectif(s) thérapeutique(s)

Les objectifs principaux et communs à toutes les méthodes de remédiation cognitive en addictologie sont :

- La diminution des consommations de substances psycho-actives
- L'amélioration de l'observance thérapeutique (médicamenteuse et aux soins)
- L'amélioration de la qualité de vie
- Le développement de capacités d'autonomie adaptées au profil cognitif

Dans le cadre spécifique d'un objectif de restauration du fonctionnement cognitif antérieur, la réalisation d'évaluations neuropsychologiques répétées pourra permettre d'appréhender l'évolution des déficits cognitifs initialement mis en évidence.

V. Indications / population cible / répondeurs éventuels

La proposition de remédiation cognitive doit obligatoirement être documentée par une **évaluation neuropsychologique réalisée par un(e) psychologue** afin d'orienter les objectifs et les supports utilisés et d'éliminer des diagnostics différentiels potentiels. La remédiation cognitive peut s'adresser à tous types de patients présentant des troubles cognitifs. Les hypothèses concernant l'étiologie des troubles mais aussi les profils d'atteintes et de sévérité guideront le choix des objectifs (restauration/renforcement/aménagement de l'environnement), des supports, mais également du temps estimé de prise en charge (plusieurs semaines à plusieurs mois le plus souvent). Plus les troubles sont importants, plus la durée de récupération risque d'être longue et peut nécessiter d'allonger les prises en charge résidentielles en structure de soins à temps complet ou en hôpital de jour.

Les résultats d'études scientifiques portant sur la remédiation cognitive dans les addictions ne concernent que des patients abstinentes de toutes substances psycho-actives. Idéalement, la remédiation cognitive est ainsi proposée dans un contexte d'abstinence ou tout au moins à distance des consommations. Dans le contexte d'un projet de réduction, il semble indispensable d'engager le patient à ne pas se présenter aux séances de remédiation cognitive sous l'effet aigu de consommations ou d'un syndrome de sevrage, susceptibles d'entraver de façon notable le travail effectué et le bénéfice des séances.

La remédiation cognitive peut être proposée en groupe (objectifs de restauration ou de renforcement) ou en individuel. L'avantage du groupe est de favoriser les interactions et la meilleure perception de son fonctionnement cognitif au regard des autres patients. L'avantage d'une prise en charge individuelle est de mieux personnaliser les soins proposés.

Les contre-indications qui peuvent exister à la remédiation cognitive concernent surtout la présence de co-morbidités somatiques ou psychiatriques non stabilisées et susceptibles d'interférer notablement avec la mobilisation cognitive. Il est préférable d'attendre que les traitements psychotropes soient stabilisés aux posologies minimales efficaces pour limiter leur impact cognitif tout en optimisant la prise en charge des pathologies associées.

VI. Les résultats peuvent-ils être améliorés en associant la méthode à d'autres modalités de soins : psychothérapies, médicaments....

Etant donné l'implication de nombreuses fonctions cognitives au sein des techniques d'entretien motivationnel et des thérapies cognitivo-comportementales, il semble intéressant de pouvoir continuer à proposer ce type de prise en charge en parallèle à la remédiation cognitive en adaptant les soins aux troubles présentés par les patients (questions courtes, répétitions/reformulations fréquentes en cas de troubles mnésiques ; proposition d'alternatives comportementales, de stratégies d'évitement en cas de troubles exécutifs...).

La récupération cognitive peut par ailleurs être favorisée par l'arrêt des consommations de tabac, une alimentation équilibrée et la correction des éventuelles carences et troubles métaboliques, une bonne hygiène de sommeil et la correction d'éventuels troubles du sommeil, la prise en charge des comorbidités psychiatriques et somatiques, et l'activité physique régulière.

VII. Données médico-économiques

La présence de troubles cognitifs chez des patients souffrant d'addiction est associée à des prises en charge souvent complexes, marquées par des rechutes rapides et fréquentes et une consommation de soins importante en urgence. En participant à la réhabilitation psychosociale globale des patients et en améliorant leur pronostic addictologique la remédiation cognitive pourrait réduire cette consommation de soin. La remédiation cognitive est en général peu coûteuse en équipement, mais demande des moyens humains, une formation adaptée, et le cas échéant du matériel informatique. L'accès à une évaluation neuropsychologique n'est pas encore possible de manière rapide et fluide sur tout le territoire.

VIII. Formation nécessaire

La remédiation cognitive peut être proposée par :

- Des psychologues spécialisés en neuropsychologie
- Des médecins (psychiatres ou non psychiatres) soignants ayant suivi une formation spécifique (DU de remédiation cognitive notamment)

Certains ouvrages ou ressources en français sont disponibles pour s'initier aux principes théoriques de la remédiation cognitive (1, 12).

IX. Synthèse

La remédiation cognitive est aujourd'hui reconnue comme indispensable dans de nombreuses pathologies neurologiques et psychiatriques. En addictologie elle est une stratégie émergente mais prometteuse pour améliorer et personnaliser la prise en charge des patients souffrants d'un trouble de l'usage de substance psychoactive. Elle permet de considérer pleinement le patient dans sa globalité et de travailler à améliorer son autonomie de fonctionnement et sa qualité de vie, éléments indispensables pour favoriser la prévention de la rechute.

Il existe des outils de remédiations cognitives simples d'utilisation qui s'intègrent parfaitement aux différents niveaux de la filière addictologique, que ce soit en hospitalisation, en hôpital de jour, en SSRA, voire même en consultation. Ils devraient pouvoir à l'avenir être proposés à tous les patients dont les altérations cognitives impactent la prise en charge ou le fonctionnement.

De nombreux défis sont toutefois encore à relever pour le déploiement de cette technique sur notre territoire : amélioration des capacités d'évaluations neuropsychologiques des patients, formation des équipes soignantes à la pratique de ces outils, et création/diffusion d'outils, dans l'idéal développés spécifiquement pour le profil des patients souffrant d'addictions.

Références bibliographiques

1. Cabé N, Laniepece A, Ritz L, Lannuzel C, Boudehent C, Vabret F, Eustache F, Beaunieux H, Pitel AL. Troubles cognitifs dans l'alcoolodépendance : intérêt du dépistage dans l'optimisation des prises en charge. *Encéphale* 2016 ; 42(1) : 74–81.
2. Fernández-Serrano MJ, Pérez-García M, Verdejo-García A. What are the specific vs. generalized effects of drugs of abuse on neuropsychological performance? *Neurosci Biobehav Rev* 2011; 35(3): 377–406.
3. Oscar-Berman M, Valmas MM, Sawyer KS, Ruiz SM, Luhar RB, Gravitz ZR. Profiles of impaired, spared, and recovered neuropsychologic processes in alcoholism. *Handb Clin Neurol* 2014; 125: 183–210.
4. Bates ME, Buckman JF, Nguyen TT. A role for cognitive rehabilitation in increasing the effectiveness of treatment for alcohol use disorders. *Neuropsychol Rev* 2013; 23(1): 27–47.
5. Segobin SH, Chételat G, Le Berre AP, Lannuzel C, Boudehent C, Vabret F, Eustache F, Beaunieux H, Pitel AL. Relationship between brain volumetric changes and interim drinking at six months in alcohol-dependent patients. *Alcohol Clin Exp Res* 2014; 38(3): 739–748.
6. Troubles de l'usage de l'alcool et troubles cognitifs. Groupe de travail du Collège Professionnel des Acteurs de l'Addictologie Hospitalière (COPAAH). *Alcoologie et Addictologie* 2014 ; 36(4) : 335–373.
7. Goldman MS. Experience-dependent neuropsychological recovery and the treatment of chronic alcoholism. *Neuropsychol Rev* 1990; 1(1): 75–101.
8. Houben K, Nederkoorn C, Wiers RW, Jansen A. Resisting temptation: Decreasing alcohol-related affect and drinking behavior by training response inhibition. *Drug Alcohol Depend* 2011; 116(1–3): 132–136.
9. Rupp CI, Kemmler G, Kurz M, Hinterhuber H, Fleischhacker WW. Cognitive remediation therapy during treatment for alcohol dependence. *J Stud Alcohol Drugs* 2012; 73(4): 625–634.
10. Houben K, Havermans RC, Nederkoorn C, Jansen A. Beer à no-go: learning to stop responding to alcohol cues reduces alcohol intake via reduced affective associations rather than increased response inhibition. *Addiction* 2012; 107(7): 1280–1287.
11. Roehrich L, Goldman MS. Experience-dependent neuropsychological recovery and the treatment of alcoholism. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61(5): 812–821.
12. Franck N. Remédiation cognitive. Elsevier-Masson, 2ème éd., 2017, 448 p.

Approche motivationnelle

Interventions motivationnelles

Caroline Salas Toquero, Psychologue clinicienne, Docteure en Psychologie

Lucie Pennel, Psychiatre Addictologue

Maurice Dematteis, Neurologue, Professeur de Pharmacologie et Addictologie

Affiliation

Univ. Grenoble Alpes, Service Universitaire de Pharmaco-Addictologie - CSAPA,
CHU Grenoble Alpes, 38043 Grenoble, France

I. Rationnel

1. Guider vers une trajectoire de changement de comportement

Les approches motivationnelles ne sont pas une forme de psychothérapie mais un mode d'intervention structuré qui potentialise l'effet des approches thérapeutiques. Elles se fondent sur la communication et la relation. Elles ont pour finalités d'accroître la motivation au changement de comportements problématiques, de renforcer la motivation intrinsèque et de guider la personne vers une trajectoire de changement efficace et durable.

La motivation est considérée comme un processus dynamique multidimensionnel impliquant différents facteurs internes et externes. Elle joue un rôle central dans la décision de changement d'un comportement. Contrairement aux croyances erronées selon lesquelles les personnes souffrant d'un trouble de l'usage manquent de volonté pour arrêter leur conduite addictive, les approches motivationnelles offrent des outils pour contourner les obstacles liés à la pathologie addictive et aux motivations de consommation associées (1,2). En effet, l'addiction conduit à une altération de la motivation, sous-tendue entre autres par des modifications du système de la récompense, et détournée au profit de l'objet d'addiction.

L'émergence de la motivation au changement est favorisée par l'attitude relationnelle du professionnel de santé, les stratégies de communication ainsi que les outils utilisés pendant l'entretien. Ainsi, les approches motivationnelles permettent d'impulser et de soutenir un mouvement vers un changement de comportement autodéterminé, en s'appuyant sur les valeurs du patient ce qui l'amène spontanément à s'orienter vers des comportements améliorant sa qualité de vie, bien souvent plus respectueux de sa santé. Elles prennent tout leur sens en addictologie pour renforcer la motivation des patients à réduire ou arrêter le comportement d'addiction (ou tout autre comportement problématique en lien avec le maintien de l'addiction).

2. Les approches traditionnelles en santé versus les approches motivationnelles

Sous tendues par des valeurs altruistes, les professionnels de santé ont tendance à vouloir aider et « réparer » les problèmes de leurs patients. Ce procédé est nommé *réflexe correcteur* qui est issu de notre tendance naturelle à vouloir le bien pour l'autre. Confondant leurs motivations et objectifs thérapeutiques avec ceux de leurs patients, les intervenants augmentent le risque d'impasses relationnelles. Elles ont été listées par Thomas Gordon. Il s'agit des interventions qui consistent à ordonner, mettre en garde, conseiller, persuader, moraliser, juger, complimenter, interpréter, consoler, questionner ou encore faire de l'humour avec le patient. Lorsque la relation thérapeutique est majoritairement structurée selon ces types d'intervention, elles vont induire un mode relationnel

qui aura tendance à augmenter la résistance, l'incompréhension et les craintes du patient. Pour contrer ce réflexe correcteur, le professionnel de santé aguerri va mobiliser un style de communication différent en instaurant une posture relationnelle collaborative et altruiste (centrée sur les besoins de la personne) et en employant des outils ajustés au discours du patient (2,3).

En réaction à des styles d'interaction confrontants, un mode d'intervention relationnelle a été développé en prenant appui sur les théories de la motivation. Il s'agit des interventions motivationnelles, formalisées par Miller et Rollnick dans les années 1980 sous l'appellation d'entretien motivationnel, et de ses dérivés, les interventions motivationnelles brèves, la thérapie d'amélioration motivationnelle ou encore les modèles de travail en groupe (2-4). Ces interventions ont été initialement développées dans la problématique alcoolique où la motivation des patients constitue un obstacle habituel au changement. Par la suite, elles se sont étendues à tous types d'addictions et à d'autres comportements de santé.

3. Apport des principales théories motivationnelles

Les approches motivationnelles ont pour origine plusieurs repères théoriques issus de différents courants de développement en psychologie.

La théorie de la dissonance cognitive de Festinger (1957) modélise les conflits cognitifs auxquels une personne peut faire face. Ces conflits cognitifs sont assimilables au concept d'ambivalence qui correspond à la coexistence contradictoire entre le désir d'arrêter un comportement et la crainte d'arrêter de le faire. Pour minimiser ou éviter l'inconfort engendré par un comportement qui va à l'encontre de ses valeurs, l'individu va chercher à diminuer ce comportement, l'arrêter ou en adopter un nouveau. Cet état de dissonance est en lui-même source de motivation. Plus la personne perçoit d'éléments contradictoires dans son système de pensées, de croyances, d'émotions ou de comportements, plus sa motivation sera élevée pour réduire son état de dissonance. En référence à cette théorie, il peut s'avérer utile pour le thérapeute d'induire une dissonance cognitive chez son patient, en soulignant l'écart entre ce qu'il est actuellement et ce qu'il souhaiterait être, afin de l'engager dans un processus de changement comportemental.

La théorie humaniste ou thérapie centrée sur la personne de Carl Rogers a été développée dans les années 1950. Elle a pour postulat que l'être humain a le potentiel pour s'autodéterminer et aller mieux. Il possède en lui-même les moyens de se comprendre et de changer son comportement en conséquence. La relation thérapeute-patient se situe au premier plan. Pour effectuer un changement, le patient doit se sentir compris et accepté par le thérapeute. L'attitude de ce dernier repose sur l'empathie, l'authenticité et la congruence.

La théorie de la réactance de Brehm (1981) souligne que les mesures prescriptives, obligeant une personne à changer, induit généralement l'inverse. Ainsi lorsqu'une personne sent sa liberté réduite ou menacée, elle tente de la restaurer et de retrouver une certaine marge d'action en s'y opposant. Un comportement addictif (ou problématique) va alors (re)devenir plus attractif que le comportement de santé prescrit par l'intervenant. En conséquence, il est préférable de construire la décision avec le patient plutôt que de vouloir corriger ce qui ne va pas chez lui (réflexe correcteur) en lui dictant un comportement de santé à suivre.

La théorie sociale cognitive développée par Bandura (1986) définit l'adoption d'un comportement comme une interaction tripartite entre des facteurs personnels, comportementaux et environnementaux. Parmi les facteurs personnels, le sentiment d'efficacité correspond à la capacité

d'un individu à avoir une influence active sur son propre fonctionnement en adoptant un nouveau comportement. La qualité du sentiment d'efficacité a un effet sur le choix du comportement à adopter, sa persistance dans le temps, et la résilience à s'adapter aux difficultés. De plus, la progression vers l'atteinte d'un but distal en décomposant le comportement à adopter en sous tâches maîtrisées, de difficultés croissantes, aide à amorcer le mouvement vers un nouveau comportement. Pour renforcer le sentiment d'efficacité, l'intervenant peut valoriser les succès et les efforts de la personne, lui exprimer sa confiance en ses capacités, renforcer sa gestion émotionnelle ou encore lui proposer des ateliers de groupes pour favoriser l'apprentissage social.

La théorie des préoccupations actuelles développée par Klinger et Cox (1988) a permis de conceptualiser un modèle d'intervention clinique (« *counseling motivationnel systématique* ») auprès d'usagers de substances. Selon les auteurs, les comportements et les expériences sont organisés autour de la poursuite de buts et du plaisir que procurent l'anticipation et l'atteinte de ceux-ci. La modification du comportement doit être appréhendée comme la poursuite de buts différents de ceux actuellement poursuivis par la personne. Ainsi, le comportement addictif entre en compétition avec d'autres comportements incitatifs dans la vie de la personne. Les troubles de l'usage sont compris comme un dérèglement de la fonction fondamentale à poursuivre avec succès des buts car :

- les personnes ne savent pas comment atteindre les buts désirés,
- elles imaginent que l'atteinte d'un but apportera plus de négatif que le positif recherché,
- elles doutent de leur capacité à réussir,
- et elles s'estiment obligées de choisir autre chose.

Pour favoriser la motivation à changer, le thérapeute doit accompagner la personne à identifier une gamme d'alternatives attractives (buts abandonnés ou souhaités), à choisir parmi les alternatives identifiées, puis à hiérarchiser ses buts en avançant étape par étape. Cette procédure entraîne une réorganisation de la structure motivationnelle de la personne qui délaissera progressivement le comportement dysfonctionnel pour s'engager vers d'autres buts (5).

La théorie de l'autodétermination de Ryan et Deci (2000) postule que les individus peuvent posséder un niveau de motivation, qui diffère en quantité et en qualité, allant des motivations les moins autodéterminées aux plus autodéterminées. Les auteurs distinguent l'amotivation, la motivation extrinsèque et intrinsèque, chaque type de motivation entraînant des conséquences différentes. Une personne amotivée ne perçoit pas la relation entre son comportement et les résultats obtenus en le produisant. Elle se demande pourquoi elle continue d'agir et peut cesser un comportement ou le poursuivre malgré son désir de le cesser. Une personne extrinsèquement motivée agit pour obtenir un résultat extérieur au comportement en lui-même tel qu'obtenir une récompense ou éviter une situation désagréable. Une personne intrinsèquement motivée agit par choix, par satisfaction en cohérence avec ses valeurs et son identité et par plaisir inhérent au comportement en lui-même. Pour faciliter le processus d'internalisation d'un comportement et soutenir l'autonomie, le thérapeute peut fournir un motif rationnel pour adopter un certain comportement, reconnaître la dissonance cognitive et laisser le choix au patient.

II. Description de la méthode

En prenant appui sur les théories motivationnelles, des approches dynamiques ont été développées dans le domaine de la pratique clinique en addictologie. La première approche fait référence au modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente (6). La seconde correspond à l'intervention motivationnelle en pratique clinique et ses variantes (2-4). Toutes les deux proposent un cadre de compréhension et d'intervention du soignant sur la motivation et sur l'intention comportementale de changement du patient.

1. Le modèle transthéorique de changement

Il postule que tout changement d'habitude implique une succession d'étapes. Chacune de ces étapes se réfère à des attitudes et des techniques appropriées de la part du professionnel de santé, pour guider le patient à renforcer sa motivation et la déployer vers le changement souhaité, c'est à dire la modification ou l'arrêt du comportement. Ce modèle s'organise autour de trois construits : les stades, les processus et les niveaux de changement.

- Les stades de changement :

- *Précontemplation ou pré-intention* : la personne n'a pas conscience de problèmes avec sa consommation. Elle n'a pas de souhait et n'envisage pas de changer son comportement dont elle ressent les bénéfices. Les principales interventions du soignant sont ciblées sur l'apport d'informations factuelles sur les inconvénients et les risques associés à des commentaires personnalisés, la sensibilisation au problème et les possibilités de changement dans le but de soulever des doutes et d'augmenter la perception des désavantages et des risques associés au comportement addictif actuel.

- *Contemplation ou intention* : la personne a conscience qu'un problème existe, elle manifeste de l'ambivalence en envisageant un changement dans sa consommation tout en hésitant à renoncer aux bénéfices liés à sa situation actuelle. L'intervention consiste ici à normaliser l'ambivalence, à aider le patient à penser et à verbaliser les inconvénients et les risques du comportement problématique ainsi que les avantages potentiels au changement (balance décisionnelle), à renforcer l'espoir vers la possibilité d'un changement en s'appuyant sur la motivation intrinsèque, les valeurs, le libre choix et l'auto-efficacité, et à résumer les avantages à changer.

- *Préparation* : la personne prend la décision de modifier son comportement et prépare le plan d'action à mettre en place pour réaliser le changement dans un futur proche. Le soignant intervient en aidant le patient à élaborer un plan de changement acceptable, accessible, et efficace, à clarifier ses objectifs et ses stratégies, à choisir la meilleure ligne de conduite parmi différentes alternatives, à prendre en compte les obstacles potentiels et à identifier ce qui a fonctionné par le passé pour le patient ou d'autres personnes qu'il connaît.

- *Action* : la personne met en place des stratégies actives et des changements sont opérés pour diminuer ou arrêter le comportement problématique. Cette étape consiste pour le soignant à aider le patient à mettre en œuvre son plan d'action :

- en avançant par sous-objectifs,
- en reconnaissant les difficultés dans les premiers stades de changement,
- en l'aidant à identifier les situations à risque et à élaborer des stratégies d'adaptation appropriées,
- en l'aidant à trouver de nouveaux renforçateurs positifs,

- en favorisant le soutien familial et social lorsque c'est possible,
- et en valorisant et renforçant le sentiment d'auto-efficacité.

- *Maintien* : la personne consolide et stabilise son changement de comportement dans le temps. Le soignant peut aider à identifier les nouveaux renforçateurs, soutenir les changements de son mode de vie, souligner son auto-efficacité, l'entraîner à utiliser et pratiquer de nouvelles stratégies et aider le patient à prévenir les rechutes en élaborant un plan de secours.

La rechute peut intervenir au stade d'action ou de maintien par la reprise du comportement antérieur ou une mauvaise observance. Elle induit un sentiment de culpabilité, de découragement et d'échec personnel. Elle est intégrée comme une étape possible et normale du processus thérapeutique de changement, nécessaire à la réussite finale. La personne reprend alors le cycle au stade d'intention ou de préparation. Chaque cycle est une occasion pour la personne d'apprendre, de mieux se préparer et d'évoluer dans son objectif de changement. L'intervenant peut soutenir la motivation du patient, l'aider à voir la rechute comme une opportunité d'apprentissage plutôt qu'un échec, se réinscrire dans le processus de changement et trouver d'autres stratégies d'adaptation.

- Les processus de changement dans la théorie de Prochaska et DiClemente sont au nombre de dix et permettent de clarifier le type d'activité initiée ou vécue pour modifier le comportement : la prise de conscience, l'auto-réévaluation, la réévaluation de l'environnement, le soulagement, l'auto-libération, la libération sociale, le déconditionnement, le contrôle du stimulus, la gestion du renforcement (gestion des contingences) et le support social. Selon le stade dans lequel se situe l'individu, des processus spécifiques vont s'activer pour permettre le mouvement à travers les étapes de changement. Les cinq premiers processus sont orientés sur l'expérience et correspondent aux stratégies cognitives et motivationnelles employées par le clinicien. Ils sont généralement plus appropriés dans les premiers stades de changement. Les cinq derniers processus sont orientés vers le comportement et sont plus appropriés au stade d'action.

- Les niveaux de changement : pour un seul comportement addictif, de multiples problèmes interagissent avec les processus de changement. Ce construit intègre le fait que les individus sont à des stades de changement différents en ce qui concerne les autres dimensions de leur fonctionnement. Ces niveaux sont organisés hiérarchiquement : symptômes/situation, cognitions dysfonctionnelles, conflits interpersonnels actuels, famille/système problématique, conflits intra-personnels. L'approche dimensionnelle fonctionnelle prend donc tout son sens.

2. Les interventions motivationnelles et l'entretien motivationnel

Ces interventions structurées considèrent que la relation thérapeutique est une source importante d'influence de la motivation. Deux aspects interagissent au fil de l'entretien entre le professionnel et le patient. D'une part, les processus qui structurent un entretien motivationnel et d'autre part, les outils de communication utilisés par le professionnel, l'ensemble contribuant à augmenter la motivation au changement (7).

- Les processus se présentent de manière chronologique et dépendent les uns des autres :
 - *L'engagement dans la relation* : se réfère à ce que l'on nomme plus communément l'alliance thérapeutique qui nécessite l'établissement d'un lien de qualité entre l'intervenant et le patient.

• *La focalisation* : est le processus par lequel l'intervenant développe et maintient une direction précise dans la conversation sur le changement. Il s'agit de choisir conjointement le comportement-problème qui constitue la priorité actuelle pour le patient parmi les thèmes qu'il a exposés.

• *L'évocation* : permet au patient d'exprimer son ambivalence face au comportement-problème afin que ce dernier développe ses propres motivations au changement tout en étant guidé par l'intervenant. Ce dernier va porter une attention particulière sur les arguments exprimés en faveur du changement visé (désir, raison, besoin ou capacité à changer), appelé *discours-changement*, sans toutefois occulter les arguments avancés en faveur de l'absence de changement, appelé *discours-maintien*. Pour favoriser le discours-changement, l'intervenant peut demander au patient plus de précisions, explorer les extrêmes concernant par exemple les difficultés à amorcer le changement, ce qui inquiète le plus ou ce qui pourrait arriver de pire, passer en revue ses succès passés, lui demander de regarder en arrière avant l'apparition du problème ou de se projeter dans le futur après ce changement, etc.

• *La planification* : consiste à amener le patient à réfléchir à la façon dont il peut et va s'y prendre pour changer en imaginant à quoi sa vie va ressembler une fois le changement accompli. L'intervenant va se centrer sur ce que le patient est prêt à mettre en place pour s'engager (s'appuyer sur les stratégies et ressources, fixer des objectifs, etc) et amorcer le changement de comportement.

-Les outils : Pour accroître le sentiment d'empathie dans la relation, c'est-à-dire faire en sorte que le bénéficiaire se sente entendu et compris, il est nécessaire de **développer l'écoute réflexive** en utilisant une gamme d'outils pour guider le patient au fil de l'entretien. Ces outils ne sont pas spécifiques aux approches motivationnelles mais leur utilisation sélective, maîtrisée et consciente en réponse au discours du patient, selon le processus dans lequel il se situe, accélère en retour le changement.

• *Les questions ouvertes* (Comment...?, Pour quelles raisons... ?, etc.), en opposition aux questions fermées (Avez-vous...?), placent le patient en position d'acteur en lui permettant d'élaborer sa pensée. Cette technique permet d'élargir l'information recueillie, d'amener le patient à se livrer davantage et, selon le processus en cours, de susciter ou renforcer le discours-changement.

• *Les reflets*, simples ou complexes, visent à restituer au patient un élément qu'il vient de dire ou de ressentir. Le reflet simple consiste à répéter un aspect du discours du patient sans ajouter de significations complémentaires. Le reflet complexe propose d'apporter du sens aux propos énoncés par exemple en formulant une hypothèse implicite en réponse à ce que le patient a voulu dire. Les reflets ont plusieurs effets :

- ils permettent au patient de se sentir écouté, entendu et compris,
- ils amènent une prise de conscience par effet miroir (le bénéficiaire voit son propre comportement à travers les propos relayés ou retranscrits par l'intervenant),
- ils permettent de valider sa compréhension de la situation du bénéficiaire,
- ils ont un effet rebond en encourageant l'élaboration.

• *Les résumés*, qui correspondent généralement à des reflets complexes, synthétisent le discours du patient à différents temps de l'entretien et rassemblent le discours changement dans le but de le faire avancer vers sa décision. Les résumés renforcent l'alliance thérapeutique dans la phase d'engagement, mettent l'accent sur la thématique dans la phase de focalisation, renforcent le discours-changement dans la phase d'évocation et synthétisent le plan d'action lors de la planification.

- *Le partage d'information* contraste avec l'apport d'information brute délivrée au patient dans un rapport asymétrique de transmission d'un savoir. On se situe ici dans une expertise partagée que l'on peut décliner sous la forme suivante : Demander/Fournir/Demander (DFD). Il s'agit dans un premier temps de demander l'accord du patient pour aborder une thématique et de lui demander ce qu'il sait déjà. Dans un second temps, et si le patient est d'accord, l'intervenant va compléter les informations qui n'auraient pas été apportées par le patient. Pour terminer, il demande au patient en quoi ces informations lui paraissent utiles. Il est important de partager plusieurs solutions plutôt qu'une solution unique, en sachant que l'information gagne à être claire et concise avec un langage qui soutient et valorise le choix du patient.

- *La valorisation*, à distinguer du compliment ou des félicitations, consiste à souligner les forces, la motivation, les compétences et les valeurs de la personne. Elle a pour incidence d'améliorer le sentiment d'efficacité personnelle des patients. Sincère et congruente au discours du patient, la valorisation prend la forme d'un reflet positif.

- Au cours des processus, l'intervenant peut également s'appuyer sur différents outils tels que l'agenda des thèmes, les cartes de valeurs personnelles, les échelles de motivation, la balance décisionnelle, les guides d'entretien semi-structurés et la structuration du plan d'action.

- Les différentes approches motivationnelles :

Il existe différents modèles d'interventions structurées conçus pour aider les patients à prendre une décision et s'engager vers le changement (2-4). Les plus connus sont :

- l'Entretien Motivationnel (EM) : c'est l'approche qui a été la plus diffusée et la plus étudiée dans le traitement des troubles de l'usage.

- les Interventions Motivationnelles Brèves (IMB), dont le modèle FRAMES (1 : *Feedback*, 2 : *Responsability*, 3 : *Advice*, 4 : *Menu*, 5 : *Empathy*, 6 : *Self-efficacy*) :

(1) *feedback entre le soignant et le patient concernant sa vulnérabilité individuelle,*

(2) *attribution de la responsabilité du changement à l'individu (motivation intrinsèque),*

(3) *conseils sur le changement (réduction ou arrêt du comportement) fournis au patient,*

(4) *panel de stratégies alternatives offertes au patient,*

(5) *conseils empathiques et écoute active soutenue par le soignant,*

(6) *valorisation du sentiment d'efficacité personnelle chez le patient pour l'encourager à changer.*

Les interventions motivationnelles peuvent être brèves. Apportées de manière précoce, elles ont un impact positif dans différentes situations (soins primaires, services d'urgence).

- la thérapie d'amélioration motivationnelle : il s'agit d'une intervention brève qui intègre une évaluation soutenue par feedback pour produire un changement rapide et qui se déroule sur 4 à 12 sessions de renforcement.

- l'Entretien Motivationnel de Groupe (EMG) consiste en l'adaptation des techniques à l'animation d'un groupe, qu'il s'agisse d'une approche de soutien, de psychoéducation ou thérapeutique.

- la gestion des contingences : elle renforce la motivation extrinsèque. Cette approche est décrite dans un chapitre spécifique.

III. Niveau de validation scientifique

On compte plusieurs milliers de publications internationales sur les interventions motivationnelles dont plusieurs méta-analyses qui reconnaissent leur efficacité sur plusieurs aspects :

- l'usage de produits dont le tabac, l'alcool, le cannabis, la cocaïne et les opiacés (8-11)

- le changement des habitudes de vie telles que l'alimentation ou le sommeil (12),
- l'adhésion à des médicaments tels que la méthadone (4,13).

Des méta-analyses ont permis d'évaluer l'efficacité de l'EM sur le traitement des dépendances aux substances, la pathologie duelle et l'accompagnement de personnes addictes judiciairisées. Les principaux résultats mis en évidence dans ces méta-analyses sont les suivants (14) :

- L'EM montre une efficacité en termes de modification de comportement dans le champ des addictions (alcool et substances illicites), de la nutrition et de l'activité physique par rapport à l'absence d'intervention. Globalement, l'EM montre une efficacité comparable à d'autres formes d'intervention dont la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) (8).
- L'EM s'est révélé efficace pour diminuer l'indice de masse corporelle, le cholestérol sanguin, la tension artérielle systolique et les taux moyens d'alcoolémie. Ces indicateurs ont été mesurés dans le cadre de différentes pathologies (diabète, trouble de l'usage d'alcool, pathologies duelles), ou de comportements visés (perte de poids, remise en activité physique). De plus, parmi les 72 études analysées, 64% montrent un effet des entretiens motivationnels après une seule session de 20 minutes d'entretien. L'efficacité était indépendante du type d'intervenant qui le dispensait (psychologues, médecins, infirmiers, nutritionnistes, sages-femmes). Les interventions motivationnelles utilisées par le médecin étaient plus efficaces pour réduire la consommation d'alcool que le conseil traditionnel prodigué par les professionnels (15).
- L'EM est significativement plus efficace que l'absence de traitement après 2 à 3 séances (+10-20%), mais comparable aux autres traitements habituels tels que la TCC pour réduire l'abus de substances, les comportements à risque (sexe non protégé et partage de seringue) et augmenter l'engagement du patient dans le traitement. De plus, l'efficacité des entretiens motivationnels est proportionnelle à la durée et aux nombres de rencontres et les changements de comportements sont durables dans le temps (6 mois minimum) (16).

De nouvelles modalités d'interventions motivationnelles sont apparues et ont montré leur efficacité. Il s'agit des techniques d'entretiens par téléphone et des entretiens destinés à des groupes de patients.

IV. Objectifs thérapeutiques

L'objectif général des interventions motivationnelles est d'amener un patient à mettre en œuvre et à maintenir un changement de comportement. Pour atteindre cet objectif, l'intervenant va adopter des objectifs intermédiaires, dépendants du stade de changement dans lequel se situe le patient.

En addictologie, ces interventions ont pour buts :

- d'augmenter la confiance du patient dans ses capacités à surmonter les obstacles,
- de potentialiser la motivation à réduire ou arrêter un comportement addictif selon les objectifs qu'il s'est fixé,
- de le guider pendant ce processus de changement
- et de promouvoir des comportements de santé et des stratégies d'adaptation fonctionnelles et personnalisées.

Selon le changement de comportement envisagé par le patient, qu'il s'agisse d'un comportement d'addiction ou d'un comportement associé, les résultats thérapeutiques peuvent être observés à l'aide de différentes méthodes de mesure tels que les tests urinaires ou sanguins, l'éthylomètre, le CO testeur, les échelles et questionnaires, l'agenda de consommation, le calcul de l'IMC, la participation d'un proche du patient aux entretiens, etc.

V. Indications

Il n'existe pas de contre-indication à l'utilisation des interventions motivationnelles. Ces dernières peuvent être employées aussi bien chez les enfants, les adolescents et les adultes en bonne santé que ceux à risque ou atteints de maladies addictives, somatiques ou psychiatriques. Elles constituent une aide précieuse auprès de la population souffrant de trouble de l'usage avec ou sans produit. L'existence de troubles cognitifs (incluant les capacités de pensée abstraite) peut limiter la capacité à imaginer les avantages potentiels du changement ou à choisir parmi des stratégies potentielles de changement.

L'utilisation des interventions motivationnelles est particulièrement indiquée dès lors :

- qu'il est question d'un changement de comportement (comportement d'addiction ou tout autre comportement associé),
- que l'intervenant est face à une personne ambivalente à l'égard d'un changement,
- que l'on veut faire baisser les résistances au changement,
- que l'intervenant veut soutenir et aider à la préparation au changement,
- que l'intervenant souhaite adopter une posture et un style relationnel efficace, collaboratif et empathique.

Les approches motivationnelles s'inscrivent en référence au cadre théorique de l'intervenant et gagnent à être associées à une prise en charge multidisciplinaire, médicale, psychothérapeutique et/ou socio-éducative.

VI. Données médico-économiques

Malgré un coût d'intervention plus de 2 fois supérieur à celui des soins standards, le rapport coût-efficacité est meilleur pour l'EM, que ce soit pour réduire les consommations d'alcool chez des étudiants ou chez des jeunes admis dans les services d'urgence (17,18). Dans le cadre du trouble de l'usage d'alcool, l'implication d'une personne de l'entourage dans l'intervention motivationnelle augmente encore plus les bénéfices (19). Du côté des soignants, si une approche supervisée et plus coûteuse de l'EM améliorent les compétences des professionnels, elle n'a pas forcément d'impact du côté des patients en termes de maintien dans le soin ou de consommations de substances (20).

VII. Formation nécessaire (profil professionnel et formation complémentaire)

Les interventions motivationnelles s'étendent bien au-delà du champ de l'addictologie, qu'il soit médical (pathologies somatiques, psychiatriques, réhabilitation, en institution ou en libéral), psychosocial (prévention, promotion de la santé, etc), éducatif (prévention des conduites à risque chez les jeunes, etc) ou encore judiciaire (accompagnement à la réinsertion sociale).

De multiples intervenants de la relation d'aide peuvent être amenés à se former à de telles approches : médecins, psychologues, infirmiers, sages-femmes, personnels socio-éducatifs, pharmaciens, kinésithérapeutes, nutritionnistes, etc. Certains de ces intervenants ont pu bénéficier de certains apports théoriques au cours de leur formation initiale, néanmoins des programmes de formation spécifiques aux approches motivationnelles se sont développés ces dernières années. Le mode de formation le plus adapté consiste en un séminaire interactif sur deux ou trois jours, suivi d'une supervision. De tels séminaires proposent une introduction aux concepts fondamentaux, une présentation des stades motivationnels (aspects processuels) et des outils ainsi que des exercices

de mise en pratique en binôme et/ou en groupe. Cette formation doit aboutir à l'intégration de l'approche motivationnelle aux autres approches dont l'intervenant est familier. Les compétences acquises tendent toutefois à diminuer progressivement avec le temps, d'où la nécessité de sessions de renforcement périodiques ou d'une supervision régulière.

VIII. Synthèse

Les approches motivationnelles sont incontournables en addictologie, principalement au début du parcours de soins où le patient se présente avec le désir de changer son comportement addictif sans parvenir à le réaliser, ou en ayant identifié un problème sans pouvoir encore formuler clairement de désir de changer malgré des conséquences délétères envahissantes. Ces approches peuvent être adaptées au domaine d'expertise du professionnel de santé et s'associer à d'autres approches thérapeutiques intégratives, individuelles ou groupales, afin de potentialiser la motivation au changement.

Références bibliographiques

1. Lécallier D, Michaud P. L'entretien motivationnel. Une évolution radicale de la relation thérapeutique. *Alcoologie et Addictologie*. 2004; 26: 129-34.
2. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Enhancing motivation for change in substance use disorder treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series No. 35. SAMHSA Publication No. PEP19-02-01-003. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2019.
3. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement (2^e éd.) Trad. Française de D. Lecallier et P. Michaud. Paris : InterEditions ; 2013.
4. Kantchelov A. Motivational interventions for methadone-treated patients. *Heroin Addict Relat Clin Probl*. 2008; 10: 11-20.
5. Tremblay J, Simoneau H. Trois modèles motivationnels et le traitement de la dépendance aux substances psychoactives. *Drogues, Santé et Société*. 2010; 9: 165-210.
6. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983 ; 51 : 390-5.
7. Dumont J, Stitou M. Aide-mémoire - Entretien motivationnel en soins infirmiers : en 48 fiches. France : Dunod ; 2019.
8. Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol*. 2003; 71: 843-61.
9. Cleary M, Hunt GE, Matheson S, Walter G. Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illness and substance misuse: systematic review. *J Adv Nurs*. 2009; 65: 238-58.
10. Kohler S, Hofmann A. Can motivational interviewing in emergency care reduce alcohol consumption in young people? A systematic review and meta-analysis. *Alcohol Alcohol*. 2015; 50: 107-17.
11. Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler C, Rollnick S. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns*. 2013; 93: 157-68.
12. O'Halloran PD, Blackstock F, Shields N, Holland A, Iles R, Kingsley M, Bernhardt J, Lannin N, Morris ME, Taylor NF. Motivational interviewing to increase physical activity in people with chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil*. 2014; 28: 1159-71.
13. Palacio A, Garay D, Langer B, Taylor J, Wood BA, Tamariz L. Motivational interviewing improves medication adherence: a systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2016; 31: 929-40.
14. Laurin C, Lavoie, KL. L'entretien motivationnel et les changements de comportements en santé. *Perspectives Psy*. 2011; 50: 231-7.
15. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2005; 55: 305-12.
16. Lundahl B, Burke BL. The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses. *J Clin Psychol*. 2009; 65: 1232-45.
17. Neighbors CJ, Barnett NP, Rohsenow DJ, Colby SM, Monti PM. Cost-effectiveness of a motivational intervention for alcohol-involved youth in a hospital emergency department. *J Stud Alcohol Drugs*. 2010; 71: 384-94.

18. Cowell AJ, Brown JM, Mills MJ, Bender RH, Wedehase BJ. Cost-effectiveness analysis of motivational interviewing with feedback to reduce drinking among a sample of college students. *J Stud Alcohol Drugs*. 2012; 73: 226-37.
19. Shepard DS, Lwin AK, Barnett NP, Mastroleo N, Colby SM, Gwaltney C, Monti PM. Cost-effectiveness of motivational intervention with significant others for patients with alcohol misuse. *Addiction*. 2016;111: 832-9.
20. Martino S, Paris M Jr, Añez L, Nich C, Canning-Ball M, Hunkele K, Olmstead TA, Carroll KM. The Effectiveness and Cost of Clinical Supervision for Motivational Interviewing: A Randomized Controlled Trial. *J Subst Abuse Treat*. 2016; 68: 11-23.

Approche éducative

L'éducation thérapeutique du patient en addictologie – La psychoéducation

François Paille, Coralie Oberhauser

I. Rationnel

Les conduites addictives sont des maladies chroniques au sens de l'HAS. Au-delà de l'approche nosographique qui implique un diagnostic parmi une liste de maladies, une maladie chronique se définit aussi en fonction de ses conséquences sur l'état de santé. Cette dimension fonctionnelle, plus récente, est à présent intégrée aux définitions actuelles. Elle présente l'avantage d'une approche plus globale, elle sensibilise à la notion de qualité de vie, en donnant dès l'entrée dans la maladie une réponse au patient par la mise en place rapide de mesures visant à pallier les atteintes fonctionnelles, physique et psychologique et leurs possibles conséquences socio-économiques. Elle est plus orientée vers le « care », prendre soin (de soi) que vers le « cure » (traitement étiologique). Elle repose aussi sur un déplacement de l'approche « maladie/organe » vers une approche « patient/santé » impliquant la prise en compte progressive du savoir du patient sur sa souffrance et les difficultés qui lui sont propres dans sa vie au quotidien.

Actuellement les maladies chroniques sont définies comme des maladies – ou affections - qui sont rarement guérissables, qui nécessitent des soins prolongés, souvent à vie. Elles peuvent entraîner des séquelles qui sont sources d'incapacités et de handicaps. La prise en charge de ces maladies se fait donc dans la durée, avec des stratégies au long cours parfois complexes, nécessitant l'intervention de nombreux professionnels, tant dans le champ de la santé que dans celui de l'action sociale, avec une intervention qui peut être très importante des aidants de proximité.

Les conduites addictives répondent parfaitement à ces définitions et concepts, même si, contrairement à d'autres maladies chroniques, il est possible d'en sortir. Elles s'inscrivent dans le temps, elles sont sources de complications multiples, ainsi que d'incapacités et handicaps souvent lourds. Troubles du comportement, elles impliquent plus encore que d'autres pathologies chroniques une démarche active du patient en termes de compréhension de la pathologie, d'acquisition de compétences d'autosoins et plus encore de compétences psycho-sociales.

Le sujet est le premier expert de son problème et de son traitement. Son expérience lui donne un savoir sur ses rapports aux risques, ses liens avec son environnement, son histoire, le sens de son addiction. Son expérience lui permet de mobiliser des ressources propres pour réaliser un changement (renforcer les capacités de "self change"). Ainsi, tout programme de soin doit être collaboratif entre structures, professionnels et usager pour reconnaître le savoir expérientiel de celui-ci et le mettre en lien avec celui des professionnels. Ce principe nécessite la mise en place d'outils collaboratifs tout au long du parcours de soins. Il s'agit d'une approche, d'une façon d'appréhender l'accompagnement en addictologie.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est une pratique et un domaine scientifique jeune, évolutif, qui trouve un ancrage à la fois dans la médecine, la pédagogie de la santé et les sciences humaines et sociales (psychologie de la santé, sociologie, anthropologie, etc.). **Cette démarche éducative, qui repose de manière fondamentale sur la relation de soin et sur une approche**

structurée, inscrite dans la durée, accorde une place prépondérante au patient en tant qu'acteur de sa santé (1).

Cependant d'autres méthodes présentant des parentés avec l'ETP et d'autres termes sont utilisés souvent à tort comme synonymes ou avec des définitions impropres qui rendent difficile de s'y retrouver. Il importe donc de commencer par définir de quoi on parle.

1.1. Information

Elle est la 1^{ère} étape indispensable pour permettre au patient de mieux comprendre sa maladie et les stratégies thérapeutiques disponibles. Cependant des méta-analyses d'études contrôlées randomisées concernant l'asthme, le diabète de type 1, l'insuffisance cardiaque, des maladies rhumatologiques comme la polyarthrite rhumatoïde... ont montré que l'information seule ne suffisait pas à aider les patients à gérer leur maladie au quotidien.

1.2. Psychoéducation ou intervention psychoéducative

Ce terme est très proche de l'éducation thérapeutique à laquelle elle est parfois assimilée. Les 2 termes ont d'ailleurs une origine commune, le terme de psychoéducation ayant ensuite été utilisé en santé mentale et celui d'éducation thérapeutique pour les problèmes somatiques.

Le terme psychoéducation fait référence aux deux sources de la discipline, l'éducation et la psychologie.

Traversée de différents courants, la psychoéducation est actuellement définie comme « une intervention didactique et psychothérapeutique systémique qui vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face » (2). Les interventions sont diverses et peuvent être pratiquées par des professionnels de différentes disciplines ou par des pairs. Elles peuvent être proposées à des personnes souffrant de troubles psychiques ou à leurs proches individuellement ou en groupe. Il ne s'agit pas seulement d'une transmission d'information, mais aussi d'une méthode pédagogique adaptée aux troubles avec des objectifs thérapeutiques qui visent des aspects psychologiques, une modification des attitudes et des comportements, ainsi qu'une augmentation du soutien social (2). Elle vise aussi à rétablir et à développer les capacités adaptatives de la personne pour permettre une adaptation optimale en interaction avec son environnement.

1.4. Education thérapeutique

Selon le rapport de 1996 de l'OMS (3), l'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psycho-social, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, ainsi que des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.

Tous ces termes, toutes ces méthodes ont en commun une approche centrée sur la personne en difficulté d'adaptation dans le but de l'aider à se développer, par elle-même et par l'environnement. Cette approche est globale avec ses composantes biologique, cognitive, affective, sociale et morale. Elle aide la personne dans son développement, mais celle-ci s'aide elle-même

par sa participation active. Elle améliore son pouvoir face à la maladie et développe ses compétences pour gérer sa santé de manière plus autonome.

Les mots-clés sont amélioration des capacités d'auto-gestion (self-management) de la maladie et « empowerment ».

II. Description de la méthode

2.1. Le cadre

Il a été bien précisé par l'HAS (2007) (1). L'ETP ne se résume pas à la seule délivrance d'une information qui ne suffit pas à aider les patients à gérer leur maladie au quotidien. Une information orale ou écrite, un conseil, un message de prévention, peuvent être délivrés par un professionnel de santé à diverses occasions (par exemple lors d'une consultation, d'un acte de soins, de la délivrance de médicaments, d'un séjour en établissement de soins, de l'installation d'un matériel de soins, etc.), mais n'équivalent pas à une ETP. Il en est de même de l'information sur les traitements, en vue d'une participation du patient à la prise de décision.

2.2. Les finalités de l'éducation thérapeutique du patient (1)

L'ETP doit se dérouler dans le cadre d'un programme structuré pour participer à l'amélioration de la santé du patient (biologique, clinique), et à l'amélioration de sa qualité de vie et de celle de ses proches. Les finalités spécifiques de l'ETP sont l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'autosoins qui sont indissociables de la mobilisation ou de l'acquisition de compétences d'adaptation (encore appelées compétences psychosociales).

Tout programme d'ETP personnalisé doit prendre en compte ces deux dimensions, tant dans l'analyse des besoins, de la motivation du patient et de sa réceptivité à la proposition d'une ETP, que dans la négociation des compétences à acquérir et à soutenir dans le temps, le choix des contenus, des méthodes pédagogiques et d'évaluation des effets.

L'acquisition de ces compétences tout comme leur maintien sont fondés sur les besoins propres du patient. Elles se développent au cours du temps grâce à l'ETP. Elles doivent être progressives, et tenir compte de l'expérience de la maladie et de sa gestion par le patient.

Les compétences d'autosoins représentent des décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé.

Les compétences d'adaptation sont « des compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent à des individus de maîtriser et de diriger leur existence, et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci. »

Elles reposent sur le développement de l'autodétermination et de la capacité d'agir du patient.

Les patients, individuellement ou leurs associations, sont sollicités dans les phases de conception, de mise en oeuvre et d'évaluation d'un programme d'ETP spécifique à une ou des pathologies chroniques.

L'intervention de patients dans les séances collectives d'éducation thérapeutique peut être complémentaire de l'intervention des professionnels de santé. Elle contribue à la démarche éducative par :

- un partage d'expériences de la maladie ou des traitements ;
- un relais des messages délivrés par les professionnels de santé ;

- un échange sur les préoccupations quotidiennes, la résolution de problèmes et les ressources disponibles.

Les associations de patients peuvent participer activement à l'ETP, afin d'informer, d'orienter, d'aider, de soutenir le patient et ses proches.

Tous ces éléments intègrent clairement la notion d'ETP dans le champ de la réhabilitation d'une maladie chronique et de la réinsertion, notion là encore au centre de l'accompagnement des patients addicts.

2.3. les programmes d'ETP

Tout programme d'ETP doit comprendre différentes parties :

- Un diagnostic éducatif, dont l'objectif premier est de laisser le patient s'exprimer sur ses difficultés, la façon dont il voit les choses, ses objectifs
- Un ensemble d'activités, individuelles ou de groupe, pour répondre à des problématiques variées
- Une évaluation de fin de programme permettant d'apprécier l'évolution du patient et les points sur lesquels le suivi doit encore l'aider à progresser.

Les patients-experts qui sont en cours de structuration et de développement ont toute leur place dans ces programmes.

III. Niveau de validation scientifique

3.1. L'ETP dans les maladies chroniques

Les études sur l'évaluation de l'efficacité de l'ETP en général sont peu nombreuses. Il existe des données apportées par des études contrôlées randomisées pour plusieurs maladies chroniques (asthme, diabète de type 1, insuffisance cardiaque, maladies rhumatologiques...) (4) et des synthèses sous la forme de méta-analyses et de revues de la littérature anglo-saxonne. Dans ces études, les interventions éducatives étaient comparées à une prise en charge habituelle, et non à un autre programme d'ETP. L'intérêt de programmes structurés d'ETP, intégrés à une stratégie thérapeutique fondée sur des recommandations de prise en charge médicale, a été démontré sur des paramètres limités en termes i) de réduction des hospitalisations et des séjours aux urgences, des visites médicales non programmées, des épisodes d'asthme nocturne, et d'absentéisme professionnel et scolaire du fait de l'asthme ; ii) d'impact significatif et durable sur le contrôle métabolique et les complications du diabète de type 1.

Les critères de jugement retenus dans ces études étaient centrés sur des variables mesurables ou une mesure quantitative. Ils ne concernaient pas d'autres dimensions, considérées comme tout aussi importantes, mais plus difficiles à appréhender comme les processus cognitifs et réflexifs, les stratégies d'adaptation à la maladie, aux traitements et à leurs répercussions, les processus d'autodétermination, la capacité d'agir, les facteurs psychologiques, sociaux, environnementaux, etc.

La littérature ne permet de répondre ni à la question du contenu et de la définition des activités éducatives, ni au type d'adaptation des programmes d'ETP en général, et en particulier dans les situations de polyopathie. Les durées de suivi des patients n'excédant pas un an, la littérature n'apporte pas de réponse claire à la question des types de dispositifs, qui permettent aux patients de maintenir leurs compétences dans le temps. En effet, l'ETP est une intervention de santé complexe, en raison des nombreux éléments qui interagissent dans sa mise en œuvre, son organisation, son évaluation, sa reconnaissance et ses effets. La littérature montre l'intérêt d'adapter

au mieux l'ETP à chaque patient, mais dans le respect d'une démarche structurée et planifiée, pouvant faire appel à des théories issues des sciences sociales et humaines (psychologie de la santé, sociologie, etc.), ainsi qu'à différents niveaux de conception, de mise en œuvre et d'évaluation.

Une grande revue a été publiée en 2010 (5). 22 méta-analyses et 13 revues ont été retenues (rassemblant 598 études et environ 61.000 patients). Elle a porté sur le diabète, l'asthme, la BPCO, l'hypertension artérielle, les pathologies cardiaques, l'obésité, la rhumatologie, l'oncologie.

Les critères retenus pour la qualité de description de l'intervention éducative étaient : le type d'intervention et le modèle pédagogique, le contenu des leçons et groupes de travail, leur modalité (individuelle ou en groupe), sa durée et sa fréquence et la profession des enseignants.

Très peu d'études présentaient une description détaillée de l'intervention éducative.

La majorité des études a rapporté une amélioration des patients du fait de l'ETP (64 %). 30 % des études n'ont pas montré d'effet de l'ETP. Dans 6 % des cas, une aggravation a été notée.

Les bénéfices de l'ETP les plus importants ont été relevés dans les études qui décrivaient l'intervention de façon détaillée et par celles utilisant une *intervention multidimensionnelle et multidisciplinaire*. Selon cette étude, les résultats de l'ETP sont souvent sous-estimés. Cette synthèse conclut que l'éducation du patient est utile dans la majorité des maladies chroniques analysées. 2/3 des études montrent clairement une amélioration de la santé des patients, incluant la qualité de vie, induite par l'ETP. L'impact positif de l'ETP sur les résultats est estimé entre 50 et 80 %.

La synthèse récente de la littérature réalisée par l'HAS (4) n'a pas porté sur les addictions, mais sur les pathologies citées précédemment. Elle confirme l'intérêt de l'ETP dans différentes situations, qu'il s'agisse d'actions ciblées pour mieux utiliser du matériel propre à la pathologie, viser une meilleure équilibration, ou des programmes plus larges, multicomposants, d'apprentissage à l'autogestion de la maladie impliquant activement les professionnels et les patients, ou encore des programmes transversaux aux maladies chroniques pour y faire face. Ce travail propose aussi des pistes d'évolution des programmes d'ETP : plus personnalisés, adaptés aux besoins des patients, à des moments opportuns de leur trajectoire... **Les interventions maintenues dans le temps, multicomposantes, intégratives, avec un renforcement éducatif régulier, donnent les meilleurs résultats.**

3.2. L'ETP en addictologie

Il n'y a malheureusement pratiquement aucune étude disponible sur l'ETP au sens de l'HAS.

Parmi les quelques études disponibles, la notion d'éducation du patient a un sens très variable, hétérogène. Les termes de psychoéducation ou éducation thérapeutique sont souvent utilisés dans des sens similaires, mais les actions proposées peuvent être assez différentes.

Le faible nombre d'études scientifiques publiées dans le champ de l'addictologie, la confusion des termes et des méthodes proposées rend le niveau de preuve très faible et il est difficile d'en tirer des conclusions sur l'éducation thérapeutique en addictologie.

Des publications plus nombreuses ont porté sur la psychoéducation avec les limites d'hétérogénéité rappelées plus haut. Elles sont cependant intéressantes à prendre en considération compte tenu de la proximité des méthodes et des objectifs.

L'efficacité d'un traitement par TCC a été comparée à la psychoéducation chez 88 adolescents consommant des drogues illicites. Tous les groupes ont été améliorés, mais le groupe TCC a montré

à 3 mois des taux significativement plus faibles d'analyses urinaires positives que le groupe psychoéducation chez les plus âgés et les garçons (6).

Chez 198 patients substitués par méthadone et traités pour une hépatite C (interféron + ribavirine), une intervention de type psychoéducation était susceptible d'améliorer la rétention dans le traitement et l'obtention d'une réponse virale soutenue chez les patients porteurs d'un génotype 1 ou 4, à haut risque de sortie de traitement (7).

Une méta-analyse Cochrane a porté sur la psychoéducation brève dans les troubles sévères en santé mentale comparée aux traitements utilisés en routine (8). Elle a montré :

- . Que la compliance au traitement à court terme était similaire dans les 2 groupes
- . Qu'à moyen terme, les taux de rechute étaient significativement plus bas dans les groupes psychoéducation (RR = 0,70 CI 0,52-0,93 ; 406 patients)
- . Que les données de quelques études individuelles sont en faveur d'une efficacité sur l'état global à long terme (niveau de preuve très faible), d'une amélioration de l'état mental à court terme (niveau de preuve faible) et d'une diminution de l'incidence et de la sévérité de l'anxiété et de la dépression
- . Enfin, que le fonctionnement social (réhabilitation et handicap social) était également amélioré (niveau de preuve faible)
- . Aucune différence n'a été mise en évidence sur la qualité de vie ou sur le taux de décès.

Selon les auteurs, il s'agit cependant d'études de qualité globalement faible à très faible.

Le NICE (2011) (9) a synthétisé les travaux concernant l'efficacité des interventions psychoéducatives dans les troubles de l'usage d'alcool, une intervention psychoéducative étant définie comme « l'interaction entre un fournisseur d'information et l'utilisateur d'un service. Son objectif principal est d'apporter une information au patient, mais aussi de fournir un soutien et des stratégies de management. Elle inclut l'usage de vidéos éducatives et d'ouvrages informant sur les risques d'une consommation excessive d'alcool. Elle n'est pas habituellement utilisée en tant que méthode formalisée de traitement, mais un apport complémentaire aux méthodes thérapeutiques conventionnelles ».

5 essais cliniques ont été retenus ayant inclus 1312 participants. Les 5 études ont comparé une intervention psychoéducative à divers types d'autres interventions (amélioration des compétences psycho-sociales, TCC, thérapie brève, 12 étapes...). Les autres interventions ont donné un meilleur résultat que la psychoéducation pour augmenter la durée d'abstinence et le pourcentage de jours d'abstinence/de jours de consommation à faible risque à 6 et 12 mois. Il n'y a pas eu de différence sur les taux d'attrition ni sur les autres critères de consommation. Le niveau de preuve a été considéré comme modéré.

Enfin, une méta-analyse Cochrane de 2014 a montré, mais sur 1 étude seulement que, chez des patients schizophrènes consommateurs de cannabis, une intervention de type psychoéducation spécifiquement orientée vers la réduction de la consommation de cannabis n'a amélioré après un suivi de 3 mois ni l'usage de cannabis des 4 dernières semaines, ni l'état mental par rapport à une psychothérapie généraliste (10).

Les résultats de ces études sont contrastés et de faible niveau de preuve. L'ETP apparaît malgré tout utile en particulier sur les troubles psychiatriques fréquemment associés aux conduites addictives (anxiété, dépression) et sur le fonctionnement global des patients.

IV. Objectif(s) thérapeutique(s)

L'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique, en l'occurrence une conduite addictive.

Les finalités spécifiques de l'ETP sont l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'autosoins qui sont indissociables de la mobilisation ou de l'acquisition de compétences d'adaptation (encore appelées compétences psychosociales).

V. Indications / population cible / répondeurs éventuels (critères d'indication voire contre-indications)

Une proposition d'ETP doit être présentée à toute personne, enfant et ses parents, adolescent, adulte ayant une maladie chronique (1).

« La maladie chronique est une maladie qui évolue à long terme, souvent associée à une invalidité ou à la menace de complications sérieuses, et susceptible de réduire la qualité de vie du patient » (glossaire multilingue de la Banque de données en santé publique : www.bdsp.tm.fr, in HAS, 2007). Cette définition est parfaitement adaptée aux conduites addictives.

Les proches (parents d'enfants ayant une maladie chronique, conjoint ou compagnon, fratrie, enfants de parents malades, personne de confiance, etc.) peuvent être associés à la démarche d'ETP, s'ils le souhaitent. Ils peuvent être concernés par l'acquisition de compétences d'autosoins et d'adaptation, si le patient souhaite les impliquer dans l'aide à la gestion de sa maladie. Ils peuvent avoir besoin d'être soutenus dans l'acquisition de compétences et dans leur motivation.

VI. Les résultats peuvent-ils être améliorés en associant la méthode à d'autres modalités de soins : psychothérapies, médicaments... ?

Par définition, les programmes d'ETP associent différentes méthodes thérapeutiques qui ciblent des problématiques différentes et agissent en synergie.

Les programmes ayant une action multidimensionnelle et faisant intervenir plusieurs professionnels sont plus efficaces

VII. Formation nécessaire (profil professionnel et formation complémentaire)

Les intervenants concernés par l'éducation thérapeutique du patient (1)

Les professionnels de santé : tout professionnel de santé, impliqué dans la prise en charge usuelle d'un patient ayant une maladie chronique, doit informer celui-ci de la possibilité de bénéficier d'une ETP, et doit la lui proposer en lui décrivant les ressources locales.

D'autres professionnels peuvent intervenir soit en contribuant directement à la démarche éducative, soit en proposant une réponse adaptée aux difficultés du patient ou de son entourage ou des professionnels de santé qui mettent en oeuvre l'ETP : psychologue, travailleur social, éducateur en activité physique adaptée, pédagogue de la santé, etc. **Des patients, membres d'association d'entraide/patients experts, peuvent également participer aux programmes d'ETP** pour leur élaboration et leur mise en œuvre.

Différents niveaux d'intervention dans la démarche d'ETP sont possibles pour les professionnels de santé et nécessitent une coordination et une transmission d'informations.

Une formation de base de 40 heures au moins est requise pour animer des programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) validés par les ARS.

Il est ensuite possible de compléter cette formation par des DU/DIU offerts par différentes facultés de Médecine.

VIII. Synthèse

L'ETP est centrée d'abord sur le patient et sur le retentissement de sa maladie sur sa vie quotidienne. Si les données scientifiques démontrant l'efficacité de l'ETP dans le champ de l'addictologie sont faibles, on dispose d'un ensemble d'études sur la psychoéducation faisant penser que ce type d'interventions centrées sur les patients sont utiles, sur la consommation de produits, mais surtout sur la santé et la qualité de vie. Il faut cependant relativiser du fait de la grande hétérogénéité des définitions et méthodes utilisées et des résultats incertains.

Ainsi, tout patient présentant une addiction devrait se voir proposer un programme d'ETP.

L'ETP permet, outre le fait de renforcer le patient dans sa position d'acteur, de l'aider à mieux comprendre sa maladie, son expertise « profane » est reconnue, ses besoins médicaux, éducatifs et psychosociaux sont établis par le bilan éducatif partagé qui permet de les formaliser et de les hiérarchiser, les objectifs sont traduits en compétences attendues qui sont évaluées en fin de programme. Les interventions thérapeutiques vers lesquelles le patient est orienté sont structurées, l'adhésion aux traitements est renforcée. Du point de vue des équipes, la formation à l'ETP renforce les compétences professionnelles, l'ETP redonne du sens à leur action et structure leur fonctionnement interdisciplinaire gage d'amélioration de la prise en charge addictologique. Il peut exister une reconnaissance et le cas échéant un financement institutionnel (11).

Enfin, dans le domaine de la recherche, des études portant plus spécifiquement sur les conduites addictives sont nécessaires. De plus, les neurosciences peuvent contribuer à améliorer non seulement le contenu des programmes d'ETP (connaissances...), mais aussi leur structure et les méthodes utilisées en fonction des processus cognitifs utilisés dans ces programmes (12).

Références bibliographiques

1. HAS. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique. Juin 2007. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf
2. Bonsack C, Rexhaj S, Favrod J. Psychoéducation : définition, historique, intérêt et limites. Annales Médico-psychologiques 2015 ; 173 (1) : 79-84.
3. Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease. Rapport de l'OMS-Europe, publié en 1996, traduit en français en 1998.
4. Education thérapeutique du patient. Evaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques. Actualisation de l'analyse de la littérature. HAS, Juin 2018 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-11/mc_238_actualisation_litterature_etp_vf.pdf
5. Lager G, Pataky Z, Golay A. Efficacy of therapeutic patient education in chronic diseases and obesity. Patient Educ Couns. 2010 Jun;79(3):283-6.
6. Kaminer Y, Bursleson JA, Goldberger R. Cognitive-behavioral coping skills and psychoeducation therapies for adolescent substance abuse. J Nerv Ment Dis. 2002 Nov;190(11):737-45.

7. Reimer J, Schmidt CS, Schulte B, Gansefort D, Gölz J, Gerken G, Scherbaum N, Verthein U, Backmund M. Psychoeducation improves hepatitis C virus treatment during opioid substitution therapy: a controlled, prospective multicenter trial. *Clin Infect Dis*. 2013 Aug;57 Suppl 2:S97-S104.
8. Zhao S, Sampson S, Xia J, Jayaram MB. Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Apr 9;(4):CD010823.
9. Psychoeducational interventions. In : *Alcohol-Use Disorders. Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence*. NICE Clinical Guidelines, No. 115. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Leicester (UK), 2011, 319-324.
10. McLoughlin BC, Pushpa-Rajah JA, Gillies D, Rathbone J, Variend H, Kalakouti E, Kyprianou K. Cannabis and schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Oct 14;(10):CD004837
11. De la Tribonnière X, Jacquet JM, Vidal J, Donnadiou-Rigole H. Ce que l'éducation thérapeutique peut apporter à l'addictologie. *Santé Publique* 2016 ; 28(5) : 591-597.
12. Ekhtiari H, Rezapour T, Aupperle RL, Paulus MP. Neuroscience-informed psychoeducation for addiction medicine: A neurocognitive perspective. *Prog Brain Res*. 2017;235:239-264.

Approche humaniste

François Paille, Coralie Oberhauser

Un certain nombre de méthodes, dont les définitions sont diverses et souvent imprécises, sont pourtant à la base de l'accompagnement des personnes présentant des conduites addictives, comme la relation d'aide, la psychothérapie de soutien, le counselling. Il est donc apparu nécessaire d'essayer d'apporter des éléments de clarification sur ces notions.

Relation d'aide

I. Rationnel

Les principes théoriques

C'est Carl Rogers, psychologue américain, qui a posé les principes fondamentaux de cette notion à partir de 1942. Il définit la relation d'aide comme « *une relation thérapeutique au sein de laquelle l'aidant(e) est essentiellement tourné(e) vers l'autre, vers son vécu, vers sa souffrance* ». *"Chaque individu est unique. Il détient au plus profond de lui sa propre vérité, sa vie et le tracé potentiel de son chemin... Il peut accéder à ses ressources s'il se sent compris, accepté, non jugé* » (1).

De façon plus générale, c'est une des formes de relation interpersonnelle ayant pour vocation de favoriser chez l'autre la croissance, la maturité, une plus grande capacité à affronter la vie, en mobilisant ses propres ressources.

C. Rogers est le fondateur de l'approche centrée sur la personne (ACP). Selon l'ACP, chaque personne possède en elle-même un grand potentiel d'évolution et ainsi d'épanouissement et les ressources pour changer ses attitudes fondamentales et son comportement (2).

Le but d'une thérapie sera de relancer ce processus spontané d'épanouissement qui a été entravé par diverses circonstances.

II. Description de la méthode

La relation d'aide se développe au cours d'un entretien visant la compréhension profonde de ce que vit le soigné, de sa manière de comprendre sa situation et de percevoir les moyens dont il dispose pour résoudre ses problèmes et pour évoluer.

Il s'agit d'un échange à la fois verbal et non verbal qui favorise la création d'un climat de compréhension et l'apport d'un soutien dont la personne a besoin au cours d'une épreuve. C Rogers a défini un certain nombre de conditions pour que cette relation puisse s'installer (3).

D'abord, **deux personnes doivent être en contact psychologique**, l'une d'elle étant en état d'incongruence, anxieuse, vulnérable, en demande d'aide. **Ensuite, la relation est d'abord une présence à l'autre, "être là"**. Il s'agit de la « *capacité physique et psychologique d'être avec la personne. C'est à la fois la force qui suscite la confiance et qui rassure, et la douceur que suppose une approche humaine et bienveillante.* »

Elle ne repose pas sur des compétences techniques apprises mais sur les compétences relationnelles et humaines de l'aidant qui porte un regard positif inconditionnel sur la personne en souffrance.

L'écoute est l'élément clé. Elle implique disponibilité dans le temps, mais aussi disponibilité intérieure pour être prêt(e) à accueillir ce que dit l'autre. Elle est à la fois silence et parole. Ce silence de la/du soignant(e) est chaleureux, bienveillant. Il laisse une place au malade, lui donne un espace de vie, un pouvoir, et lui communique par là son désir d'écouter.

L'empathie est un profond sentiment de compréhension du soignant qui saisit la difficulté du patient comme s'il pénétrait dans son univers, comme s'il se mettait à sa place pour se rendre compte de ce qu'il vit et de la façon dont il le vit, et qui lui apporte le réconfort dont il a besoin, mais sans s'identifier à son vécu et sans en vivre lui-même les émotions. Il s'agit **d'un sentiment d'ouverture à l'expérience de l'autre**, à sa souffrance et à sa manière d'être sans exigence de changement, ce qui constitue la première condition à l'établissement d'une relation d'aide.

L'écoute empathique, c'est essayer de comprendre l'autre, son cadre de référence, de sortir du jugement, de respecter sa différence, de l'accepter tel qu'il est, ainsi que ses choix et son potentiel de développement.

La relation d'aide informelle est surtout fondée sur l'empathie.

Le respect chaleureux

La relation d'aide repose sur la confiance et le respect. Le soignant reconnaît la personne aidée dans toute sa dignité en dépit de son aspect physique, de son caractère, de ses valeurs et de sa conduite, et consent à s'en occuper de manière active et chaleureuse. Il la perçoit comme un être unique et libre, capable de prendre ses propres décisions même si c'est avec de l'aide. La respecter, c'est lui manifester de l'estime, la traiter avec déférence et politesse, c'est l'accueillir dans sa différence et lui montrer une considération réelle pour ce qu'elle est.

L'authenticité

Il s'agit de la capacité du soignant à demeurer strictement lui-même au cours de la relation avec le soigné. Grâce à l'authenticité, la/le soignant(e) reste transparent(e), spontané(e) et ouvert(e), ne cherche pas à présenter une façade artificielle et ne se prétend pas être l'expert(e) de la situation de l'autre.

Cette capacité est essentielle à l'établissement du climat de confiance et de simplicité nécessaire à la création d'une saine alliance thérapeutique entre le soignant et le soigné.

La congruence

Il s'agit de la manière d'être du soignant qui manifeste une **adéquation** entre ce qu'il ressent, ce qu'il pense, ce qu'il dit et ce qu'il fait, et entre **son comportement verbal et non verbal**. Il crée ainsi une harmonie entre ses émotions, ses pensées et ses actions. Cette notion rejoint celle d'authenticité.

C Rogers a défini des caractéristiques aidant ou au contraire nuisant à la relation d'aide (4).

Caractéristiques permettant une relation d'aide génératrice de mieux être pour le demandeur	Caractéristiques nuisant à l'efficacité d'une relation d'aide
Sentir le respect de l'aidant	Sympathie

Sentir l'acceptation chaleureuse	Relation impersonnelle
Sentir que l'on est compris ou entendu	Inconséquence (non-respect des engagements...)
Sentir un intérêt réel de l'autre et un désir de compréhension	Attitude distante, éloignement
Ressentir le soignant aidant comme authentique	Absence d'intérêt
Sentir l'empathie	
Ressentir la confiance de l'autre	
Sentir une considération positive de l'autre	
Sentir l'aidant sensible aux attitudes et postures (sans implication émotionnelle excessive)	
Sentir le soignant axé sur les capacités du soigné	

Si cette situation implique une relation de bonne qualité, l'aidant doit avoir conscience de la nature et des limites de son soutien.

A partir de ce soutien, peuvent se construire des thérapies de soutien (cf. chapitre « psychothérapie de soutien »).

III. Niveau de validation scientifique

La relation d'aide n'a guère fait l'objet d'évaluations scientifiques spécifiques. Elle est cependant considérée comme la base de la relation soignant-soigné et, à ce titre, comme un ingrédient important du résultat.

Cependant, à titre d'exemple, une étude menée par une équipe lyonnaise a récemment montré qu'une attitude empathique envers une personne diminue de 12 % la douleur perçue lors d'une stimulation douloureuse (5).

IV. Objectif(s) thérapeutique(s)

Aider une personne en souffrance à mobiliser ses ressources pour faire face à la situation difficile à laquelle elle est confrontée

V. Indications

Toutes les situations de souffrance d'une personne.

VI. Les résultats peuvent-ils être améliorés en associant la méthode à d'autres modalités de soins ?

On ne dispose pas de données sur ce point, mais la relation d'aide étant la base de l'accompagnement des patients présentant des conduites addictives, elle est le plus souvent associée à d'autres méthodes.

VII. Données médico-économiques

Pas de données spécifiques

VIII. Formation – Profil professionnel

Le soutien ou l'aide apportée à une personne est une notion générale. Ce n'est pas une caractéristique propre aux soignants. Il ne fait pas appel à des compétences techniques acquises. Tout le monde peut aider/soutenir une autre personne qui traverse une période difficile.

Ainsi, moyennant une formation simple, tous les personnels des structures de soins en addictologie, médecins, paramédicaux, psychologues, éducateurs, travailleurs sociaux... peuvent assurer un tel soutien par l'écoute, le conseil, la guidance, la participation au traitement et la réhabilitation de la personne.

IX. Synthèse

La relation d'aide est à la base de tout accompagnement vers la réhabilitation des personnes en souffrance. Elle favorise l'installation d'un climat de compréhension et l'apport du soutien dont la personne a besoin. Elle crée les conditions pour que celle-ci puisse mobiliser ses ressources pour changer ses comportements.

Références bibliographiques

1. Rogers C. *La relation d'aide et la psychothérapie*. Trad. Zigliara J, 20^{ème} éd, ESF, Paris, 2019.
2. Rogers C. L'Approche centrée sur la Personne. Anthologie de textes présentés par Howard Kirschenbaum et Valérie Land Henderson, Ed. Randin, Lausanne, 2001.
3. Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Psychotherapy* 2007 ; Sep;44(3) : 240-8.
4. Rogers C. Les caractéristiques des relations d'aide (1966), in : *le développement de la personne*, InterEditions, 2005 : 27-43.
5. Fauchon C, Faillenot I, Quesada C, Meunier D, Chouchou F, Garcia-Larrea L, Peyron R. Brain activity sustaining the modulation of pain by empathetic comments. *Sci Rep* 2019 Jun 10;9(1):8398.

Psychothérapie de soutien (1, 2)

I. Rationnel

Elle est considérée comme une psychothérapie de premier niveau, une base commune ou un socle sur lequel se construisent d'autres psychothérapies. Elle est à différencier du « soutien » qui est une notion générale qui n'appartient pas au monde soignant. Elle repose sur une théorie composite qui emprunte à la théorie analytique et cognitivo-comportementale, à l'expérience humaine et professionnelle, et à l'utilisation des ressources professionnelles.

Elle est la psychothérapie la plus utilisée et la moins théorisée mais elle répond à un cadre précis et à des techniques définies.

II. Description de la méthode

Elle vise à accompagner et à aider le patient face à une situation de vie difficile et stressante : l'annonce d'une maladie grave, la survenue d'un traumatisme, d'un deuil, une anxiété réactionnelle, mais aussi l'accompagnement dans des pathologies psychiatriques et addictologiques en complément d'autres approches thérapeutiques.

Elle repose sur différents éléments :

- Repérer et structurer la demande du patient
- Ecoute attentive, empathique, compréhensive, validant les ressentis en nommant, clarifiant le contenu des représentations et des émotions
- Capacité de créer une alliance de qualité
- Dépister les résistances
- Soutenir et renforcer le sentiment de liberté et d'efficacité personnelle en réassurant, encourageant, conseillant

III. Niveau de validation scientifique

La psychothérapie de soutien n'a guère fait l'objet, en tant que telle, d'évaluations scientifiques comme d'autres psychothérapies structurées.

Elle est considérée comme un élément de base de la relation thérapeutique et de l'alliance et comme un élément non spécifique important du résultat thérapeutique (3).

Des études montrent que le centrage sur le patient donne de meilleurs résultats.

IV. Objectif(s) thérapeutique(s)

Faciliter l'expression d'émotions douloureuses

Favoriser les stratégies d'ajustement du patient face à une situation de stress

Donner de l'espoir

Améliorer l'estime et le sentiment d'efficacité personnelle du patient

V. Indications

Toutes les pathologies médicales, psychiatriques et non-psychiatriques.

VI. Les résultats peuvent-ils être améliorés en associant la méthode à d'autres modalités de soins ?

Bien que l'on ne dispose pas de données scientifiquement validées en termes d'efficacité, la psychothérapie de soutien est considérée comme une psychothérapie de base, un socle sur lequel sont utilisées d'autres psychothérapies.

VII. Données médico-économiques

Pas de données spécifiques

VIII. Formation nécessaire

La psychothérapie de soutien peut être pratiquée par tout soignant moyennant une formation simple.

IX. Synthèse

La psychothérapie de soutien est la psychothérapie de base pour tout accompagnement des patients présentant des conduites addictives.

Références bibliographiques

1. Référentiel de Psychiatrie et d'Addictologie pour l'ECN. CNUP, AESP, CUNEA. Presses universitaires François Rabelais, 2^{ème} édition révisée, 2016 : 512-513.
2. Weyeneth M, Ambresin G, Carballeira Y, et al. Psychothérapies 2004 ; 24(2) : 73 – 86.
3. Despland JN. Quelle psychothérapie pour quel patient ? Données de recherche et problèmes cliniques. Psychotropes 2010 ; 16(2) : 9-29.

Counseling

I. Rationnel

Lors de leur création, les « conseillers » se sont positionnés en tant que professionnels de la relation d'aide orientée vers le développement personnel des personnes en difficulté.

Bien que ce terme soit utilisé dans la littérature dans des sens très divers, dans la culture anglo-saxonne, le terme de "counseling" est utilisé pour désigner un ensemble de pratiques aussi diverses que celles qui consistent à orienter, aider, informer, soutenir, traiter. H.B. et A.C. English définissent le counseling comme "*une relation dans laquelle une personne tente d'aider une autre à comprendre et à résoudre des problèmes auxquels elle doit faire face (1).*

II. Description de la méthode

Le terme de counseling est difficile à traduire en français. En tout cas le terme « conseil » est inadapté et ne peut en résumer le champ. Mais toutes les définitions insistent sur les aspects suivants :

- le counseling est un processus qui nécessite une certaine durée même si celle-ci est relativement brève. Il se déroule sur plusieurs séquences et ne peut être réduit à une intervention unique.
- il a des effets notamment sur le changement ou l'amélioration de l'état psychologique du client.
- il ne se réduit pas à une relation duelle mais peut être étendu aux groupes (2).

C. Tourette-Turgis (1996) en a proposé la définition suivante : « le counseling, forme d'accompagnement psychologique et social, désigne une situation dans laquelle deux personnes entrent en relation, l'une faisant explicitement appel à l'autre en lui exprimant une demande aux fins de traiter, résoudre, assumer un ou des problèmes qui la concernent » (2).

Il s'agit donc d'une relation d'aide dans le contexte propre du patient. Cependant, comme nous l'avons vu, il peut prendre, dans les études, de très nombreuses formes.

Le counselling, comme la psychothérapie de soutien, peut être réalisé à distance, par téléphone ou également de plus en plus en vidéo ou via des outils internet développés notamment suite à l'épidémie de COVID-19.

III. Niveau de validation scientifique

Le NICE (2011) (3) a fait le point sur le counselling chez les patients présentant un **trouble lié à l'usage d'alcool** et défini comme « un processus systématique qui fournit aux patients la possibilité d'explorer, de découvrir et de clarifier les voies permettant de vivre de manière plus ingénieuse, avec un plus grand sens du bien-être » (Association britannique de counselling).

5 essais cliniques ont été retenus ayant inclus 630 participants. Dans une étude counselling vs contrôle, aucune différence n'a été montrée entre les groupes.

Dans une étude counselling vs autre intervention active, il n'y a pas eu de différence dans le maintien de l'abstinence à 6 mois.

Globalement, aucune différence n'a été observée entre counselling et autres thérapies pour un suivi jusqu'à six mois en termes de délai de reprise du 1^{er} verre, délai de rechute, nombre de jours de forte consommation. Il n'y a pas eu non plus de différence sur le taux d'attrition.

Le niveau de preuve a été considéré comme modéré.

On dispose de plusieurs méta-analyses Cochrane portant sur l'**arrêt du tabac** :

Une méta-analyse publiée en 2012 (4) a montré que des interventions de counselling intensives débutées au cours d'une hospitalisation et poursuivies après la sortie sous forme de contacts de soutien pendant au moins un mois augmentaient le taux d'arrêt du tabac (RR = 1,37 CI 95 % 1,27-1,48). Aucune différence statistique n'a été montrée lorsque les interventions étaient de moindre intensité. L'adjonction de substituts nicotiques à un counselling intensif améliorait les résultats par rapport au counselling seul (RR = 1,54 CI 95 % 1,34-1,79). L'adjonction de varénicline n'avait pas d'effet significatif dans 2 études, pas plus que le bupropion (3 études).

Une méta-analyse publiée en 2014 a montré qu'un counselling peut augmenter le taux d'arrêt du tabac chez les femmes enceintes (5).

Une méta-analyse a été publiée en 2017 (33 essais inclus) sur l'efficacité d'un counselling comportemental dans l'aide à l'arrêt du tabac comparé à une intervention comportementale minimale. Elle conclut avec un niveau de preuve élevé que le counselling individuel est plus efficace que le contact minimal (conseil bref, soins habituels, fourniture de matériel d'auto-traitement) en l'absence de traitement pharmacologique associé (RR = 1,57 CI 95 % 1,40-1,77). Le niveau de preuve était modéré lorsqu'un traitement pharmacologique (substitution nicotinique) était associé (RR = 1,24 CI 95 % 1,01-1,51). Le bénéfice d'un counselling plus intensif par rapport à un counselling bref était faible (qualité de l'évidence modérée) (RR = 1,29 CI 95 % 1,09-1,53). Il n'a pas été montré de différence, dans les 9 études concernées, selon les modèles de counselling utilisés (6).

Une méta-analyse publiée en 2017 concernant les interventions pour arrêt du tabac chez les jeunes a montré un intérêt des interventions de type counselling de groupe (9 études) ((RR = 1,35 CI 95 % 1,03-1,77), mais pas du counselling individuel (7 études), des méthodes mixtes, des interventions par ordinateur ou messages (7).

Une méta-analyse de 2016 n'a pas permis de mettre en évidence de résultat clair en ce qui concerne l'action de conseils comportementaux ou d'instructions sur la réduction du nombre de cigarettes fumées par jour (8).

Enfin, une méta-analyse Cochrane publiée en 2016 (34 études retenues) a montré que l'association counselling plus médicament augmente le taux d'abstinence du tabac à la fin du suivi (entre 6 semaines et 18 mois) (RR = 1,74 CI 1,39 – 2,18) avec un niveau de preuve faible. Le counselling seul n'a pas augmenté l'abstinence du tabac. Les interventions ont été significativement associées à l'abstinence du tabac chez les patients sous traitement pour les autres conduites addictives ou en phase de guérison et chez les patients alcoolodépendants (9).

Des études récentes ont évalué l'intérêt du counselling à distance. Une méta-analyse de la Cochrane (2013) a montré qu'un counselling proactif aide les fumeurs à arrêter le tabac. Si l'on ne connaît pas exactement le nombre d'appels idéal, 3 appels ou plus augmentent les chances de succès par rapport à une intervention minimale ou à un traitement médicamenteux seul (10). Une méta-analyse publiée en 2019 conclut qu'il y a peu de preuves de l'efficacité d'un counselling par vidéo en temps réel pour arrêter le tabac. Mais les études ne suggèrent pas de différence entre les interventions téléphoniques et celles en vidéo. Compte-tenu de nombreuses limitations des études, les résultats doivent être interprétés avec prudence et d'autres études menées (11). Une autre revue systématique de la même équipe australienne publiée l'année suivante a mis en évidence l'intérêt du counselling en vidéo pour aider à modifier la consommation d'alcool ou de tabac par rapport à un groupe contrôle ou à d'autres modes de soutien (12).

Les résultats des études sur le counselling sont donc contrastés, mais sont globalement en faveur d'un intérêt de cette méthode dans certaines situations, notamment dans l'aide à l'arrêt du tabac qui a été le plus étudié.

IV. Objectif(s) thérapeutique(s)

Aider une personne à traiter, résoudre, assumer un ou des problèmes auxquels elle est confrontée.

V. Indications

Toutes les pathologies médicales, psychiatriques et non-psychiatriques

VI. Les résultats peuvent-ils être améliorés en associant la méthode à d'autres modalités de soins ?

Une méta-analyse a montré que l'adjonction de substituts nicotiques au counselling améliore le résultat (4).

Dans 2 méta-analyses, l'une n'a pas montré de différence selon l'intensité du counselling (4), l'autre a montré un bénéfice faible (6).

VII. Données médico-économiques

Pas de données spécifiques

VIII. Formation nécessaire

Le counselling, comme la relation d'aide, ne nécessite qu'une formation simple et peut être réalisée par tous les soignants.

IX. Synthèse

Le counselling regroupe des méthodes qui sont toutes centrées sur l'aide à une personne en difficulté, mais peuvent prendre des modalités très différentes. Il est, de ce fait, imprécis. Il s'agit d'un accompagnement psychologique et social qui peut aller de la simple relation d'aide à un traitement structuré. Il semble globalement intéressant, bien que limité, notamment dans l'aide à l'arrêt du tabac.

Références bibliographiques

1. English H.B. et A.C. *A comprehensive dictionary of psychological and psychoanalytical terms*, New York, Ed. David Ma Kay & Co., Inc., 1958, p.127.
2. Tourette-Turgis C. « Le counseling », collection Que sais-je, 1996 ; n°31-33 : 24-25.
3. Psychoeducational interventions. In : *Alcohol-Use Disorders. Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence*. NICE Clinical Guidelines, No. 115. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Leicester (UK), 2011, 319-324.
4. Rigotti NA, Clair C, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 May 16;(5):CD001837.
5. Hartmann-Boyce J, Stead LF, Cahill K, Lancaster T. Efficacy of interventions to combat tobacco addiction: Cochrane update of 2013 reviews. *Addiction*. 2014 Sep;109(9):1414-25.
6. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Mar 31;3:CD001292.
7. Fanshawe TR, Halliwell W, Lindson N, Aveyard P, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Nov 17;11:CD003289. doi: 10.1002/14651858.CD003289
8. Lindson-Hawley N, Hartmann-Boyce J, Fanshawe TR, Begh R, Farley A, Lancaster T. Interventions to reduce harm from continued tobacco use. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Oct 13;10:CD005231.
9. Apollonio D, Philipps R, Bero L. Interventions for tobacco use cessation in people in treatment for or recovery from substance use disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Nov 23;11(11):CD010274.
10. Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Aug 12;(8):CD002850.
11. Tzelepis F, Paul CL, Williams CM, Gilligan C, Regan T, Daly J, Hodder RK, Byrnes E, Byaruhanga J, McFadyen T, Wiggers J. Real-time video counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Oct 29;2019(10):CD012659.
12. Byaruhanga J, Atorkey P, McLaughlin M, et al. Effectiveness of Individual Real-Time Video Counseling on Smoking, Nutrition, Alcohol, Physical Activity, and Obesity Health Risks: Systematic Review. *J Med Internet Res* 2020 Sep 11;22(9):e18621.

Approche cognitive et comportementale

Thérapies cognitivo-comportementales

V Boute Makota, A Tremey, F Morel, A Villepoux, J Cabe, E Peyron, G Brousse

I. Rationnel : définitions et objectifs

Les thérapies comportementales et cognitives sont des prises en charge thérapeutiques de la souffrance psychique considérant les comportements inadaptés comme la résultante d'apprentissages liés à des expériences antérieures survenues dans des situations similaires, puis maintenus par les contingences de l'environnement. La thérapie visera donc, par un nouvel apprentissage, à remplacer le comportement inadapté par un comportement plus adapté correspondant à ce que souhaite le patient. Le thérapeute définit avec le patient les buts à atteindre et favorise ce nouvel apprentissage en construisant une stratégie thérapeutique adaptée (1).

Ces thérapies s'appuient sur les théories de l'apprentissage : conditionnement classique (Pavlov, Watson) et conditionnement opérant (Skinner, Thorndike) et la théorie de l'apprentissage social (Bandura). Dans les années 70, elles ont été complétées par les modèles cognitifs (Beck) puis plus récemment, dans les années 90 par les approches dites émotionnelles.

Les 3 vagues de TCC : comportementale, cognitive et émotionnelle.

Schématiquement, la première vague comportementale considère que des comportements, qui induisent des souffrances sont "appris" et peuvent se "désapprendre", disons plutôt s'adapter ou se moduler. La deuxième vague, cognitive, considère que les cognitions influencent les émotions éprouvées et les comportements. Dès lors, il y aurait des pensées dysfonctionnelles sous-jacentes aux émotions qu'il faudrait traiter. Enfin plus largement, la troisième vague, plus intégrative, propose en gardant les acquis des vagues précédentes d'amener l'individu à une acceptation de sa condition en changeant ses rapports aux comportements, émotions et cognitions. Parmi les thérapies de troisième vague on citera les thérapies de pleine conscience, la thérapie d'acceptation et d'engagement, ou encore les thérapies des schémas.

Les thérapies comportementales

Selon les principes du conditionnement classique, un comportement (une réponse) est le résultat de l'association répétée entre un stimulus neutre (conditionnel) et un stimulus significatif (inconditionnel). Le conditionnement classique est le plus souvent évoqué comme mécanisme principal par lequel des stimuli environnementaux vont induire des envies compulsives de consommer ou de produire un comportement. L'objectif du travail comportemental basé sur le conditionnement classique est de couper la connexion à l'origine du conditionnement entre les différents stimuli et les envies de consommer conditionnelles. On peut citer 4 traitements comportementaux : l'exposition au stimulus, le contrôle du stimulus, la désensibilisation et les thérapies aversives.

Selon les principes du conditionnement opérant, les personnes ont tendance à répéter des comportements qui ont des conséquences bénéfiques ou qui permettent de soulager un état

désagréable. Le conditionnement opérant est à la base des techniques comportementales utilisant les renforcements positifs et négatifs et la punition.

Enfin, selon la théorie de l'apprentissage social, qui intègre les interactions humaines, certains comportements s'apprennent par imitation de personnes représentant des modèles. Le modelage est fortement impliqué dans l'initiation et le maintien des conduites addictives. La théorie de l'apprentissage social est à la base du travail thérapeutique sur l'entraînement aux compétences sociales pour faire face aux situations à risque de consommation (défaut d'affirmation de soi, difficultés de gestion des émotions, faible sentiment d'efficacité personnelle).

Les thérapies cognitives

Selon les modèles cognitifs, l'intensité de l'envie compulsive de consommer est sous la triple influence du poids respectif des avantages et des inconvénients à consommer ou à être abstinent, du sentiment d'efficacité personnelle et des croyances permissives à consommer.

La thérapie cognitive a pour objectif de permettre aux personnes de repérer les pensées liées aux substances ou aux comportements, de les analyser et de les modifier. Il s'agit par exemple, de repérer les attentes positives liées aux consommations. Beck en a identifié 7 : l'équilibre psychologique, le bon fonctionnement social et intellectuel, le plaisir, la stimulation, le réconfort, la lutte contre l'ennui, l'anxiété, la tension ou l'humeur dépressive, l'idée que sans consommation la souffrance peut durer indéfiniment voire s'aggraver. Après avoir réussi à les identifier, le travail thérapeutique consiste à les remettre en question. Enfin, les thérapies cognitives permettent également de travailler sur le sentiment d'efficacité personnelle à résister aux envies et sur les schémas dysfonctionnels (comme par exemple : on se sent moins triste avec une injection de produit) et les croyances permissives qui peuvent en découler (« *pour une fois, ce n'est pas très grave* »).

Les thérapies émotionnelles

Il s'agit essentiellement des thérapies reposant sur les techniques de méditation de pleine conscience (état de conscience intentionnel et dénué de jugement de l'expérience du moment présent). Contrairement aux TCC de première et deuxième vague, il ne s'agit plus de détourner la personne des émotions ou des pensées liées aux comportements ou aux produits mais de l'amener à les accepter et à les explorer afin d'en réduire l'impact émotionnel.

La pleine conscience (Mindfulness) est notamment intégrée aux programmes MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction), MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy), DBT (Dialectical Behavioural Therapy) et ACT (Acceptance and Commitment Therapy).

L'utilisation des TCC se justifie en addictologie car :

- Elles s'appliquent à toutes les addictions avec ou sans substances***
- Leur efficacité a régulièrement été confirmée par des études scientifiques (cf infra)***
- Elle peuvent être associées à d'autres thérapies***
- Elles sont facilement acceptées (thérapie brève avec des objectifs clairement définis et évaluable régulièrement)***
- Elles s'adaptent facilement aux besoins individuels et à la maturation motivationnelle***
- Elles permettent un renforcement du sentiment d'efficacité personnelle (le faible sentiment d'efficacité personnelle étant un facteur de rechute)***
- Elles renforcent l'alliance thérapeutique***
- Elles se pratiquent en ambulatoire ou en hospitalisation de jour ou complète, en collectif (prévention de la rechute) ou en individuel.***

II. Description de la méthode

Le travail thérapeutique débute par une analyse fonctionnelle : analyse des circonstances, des moments, des lieux de l'usage et des raisons cognitives et émotionnelles de la consommation. Il est important de définir un objectif commun avec le patient. La psychothérapie doit s'intéresser à la fois à la consommation et à l'histoire personnelle et familiale de la personne.

Le travail thérapeutique se poursuit par la mise en place d'un programme portant sur l'acquisition de nouvelles compétences cognitives et comportementales, notamment pour faire face (« *coping* ») à la consommation et aux problèmes qui ont été à l'origine de la consommation et de son maintien. Il est également important de travailler l'entraînement d'autres compétences psycho-sociales : technique d'affirmation de soi, de gestion des émotions, de résolution de problèmes. Un travail de prévention de la rechute (2) est à inclure dans la thérapie. On peut ainsi travailler sur les facteurs précoces de rechute comme la pression sociale, les difficultés dans les relations interpersonnelles par exemple. En effet, une mauvaise gestion des situations à risque peut conduire à la mise en place d'un cercle vicieux : moins un individu réussit à gérer les situations à risque, plus son sentiment d'efficacité personnelle diminue et plus son risque de rechute est important. A l'inverse, plus un individu arrive à gérer ses situations à risque, plus il accroît sa confiance en lui et diminue son risque de rechute en établissant un cercle vertueux. Dans le travail de prévention de la rechute, il s'agit donc, avec la personne, d'identifier les situations à haut risque, de les analyser pour la préparer à y faire face (développement de stratégies efficaces – coping skills).

Les thèmes abordés au cours des différentes séances sont notamment :

- Faire face au *craving* et le gérer
- Maintenir/renforcer la motivation
- Acquérir des compétences pour résister aux sollicitations
- Reconnaître des situations à risque de consommation
- Généraliser les stratégies pour faire face aux envies de consommer
- Résoudre des problèmes urgents dont la non-résolution peut être un facteur de risque.

La TCC envisagée doit être présentée au patient au début de sa prise en charge. Elle fait partie d'un programme thérapeutique structuré. Un suivi hebdomadaire est à privilégier dans la mesure du possible.

En règle générale les séances durent 1 heure.

On pourra citer par exemple le programme de Peter Monti (traduit et adapté par Tilikete et al en 2000 (3)). Le principe est d'apprendre au sujet dépendant à faire face aux situations dites à "haut risque de consommation" et ainsi à éviter la rechute par la gestion des situations directement liées au produit (module 1), par le développement des compétences sociales (module 2) et enfin par la gestion des émotions négatives (module 3). Les trois modules sont "trans-addictologiques" puisque adressés autant à des sujets alcoolodépendants qu'à des sujets présentant différents types de dépendance.

III. Niveau de validation scientifique

L'efficacité des TCC dans le domaine des addictions est une question qui a fait l'objet de nombreuses publications depuis leur apparition, et continue à produire une littérature riche (par exemple, sur les 10 dernières années, plus de 200 résultats sur PubMed concernaient des essais cliniques, des essais randomisés contrôlés ou des méta-analyses avec les mots clefs « CBT » et « Substance use disorders »). Les travaux de recherche s'intéressent à l'usage global des TCC pour

la prise en charge de différents types de troubles addictifs (alcool, tabac, opiacés, stimulants, médicaments psychotropes, addictions comportementales etc.), de populations spécifiques (les adolescents, les femmes enceintes, les polyconsommateurs etc.) ou de comorbidités (troubles anxieux, TDAH etc.). Les recherches s'intéressent également aux sous composantes des TCC (prévention de la rechute, exposition, prévention de la rechute basée sur la pleine conscience etc.) ou aux variantes spécifiques de ces thérapies (prise en charge groupale, thérapie par internet etc.). Les données scientifiques publiées sont solides et rapportent une efficacité de ces thérapies, que ce soit sous forme de monothérapie ou en association avec d'autres types de traitement (pharmacologique...), avec une taille d'effet globalement modérée ($d = 0.45$), allant de faible à forte (selon la substance, les sous populations ou les spécificités de mise en œuvre) (4). Par exemple, des effets plus forts sont rapportés pour des troubles de l'usage de cannabis, cocaïne ou encore opiacés, et les plus faibles dans le cas de polyconsommations.

En France, plusieurs rapports et recommandations ont entériné l'intérêt de l'utilisation des TCC dans les addictions. On pourra citer :

- Le rapport de l'INSERM (2004) qui a évalué l'efficacité de 3 types de thérapies et a conclu à une efficacité prouvée des TCC dans le traitement de l'alcoolodépendance (5).
- les recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé pour la prise en charge de plusieurs types de troubles addictifs :
 - Arrêt de la consommation de tabac (2014) (6).
 - Prise en charge des consommateurs de cocaïne (2010) (7).
 - Boulimie et Hyperphagie Boulimique (2019) (8).
- La recommandation de bonne pratique de la Société Française d'Alcoologie sur le mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement (2022) (9).

Dans l'ensemble, les TCC sont des thérapies très couramment évaluées, de manière rigoureuse et rapportant assez souvent des évaluations positives dans le champ des addictions. Nous citerons ici de façon non exhaustive plusieurs études importantes.

TCC en santé mentale :

Dans un travail réalisé en 2012, par Hofmann et collègues, sur 269 méta-analyses portant sur l'efficacité des TCC sur l'ensemble du spectre de la santé mentale : addiction, schizophrénie, dépression, trouble bipolaire, les TCC se sont montrées efficaces dans les troubles anxieux, les troubles psycho-somatiques, la boulimie, le contrôle de la colère, et la gestion du stress (10).

Tabac :

Un travail basé sur 10 études publié par Maglione et al en 2017 notait une grande variation dans la durée des interventions, l'intensité des interventions, et dans les conditions de comparaison. Il n'a pas été mis en évidence de différence significative liée à la mindfulness sur l'usage du tabac. Mais selon les auteurs, le faible nombre des études, la qualité médiocre des analyses, la variabilité entre les études n'a pas permis de montrer des résultats plus probants (11).

Alcool et produits illicites :

Un travail de Magill et Ray en 2009, a porté sur 53 études contrôlées. Cette meta analyse a montré une supériorité faible des TCC par rapport aux groupes contrôles (sans traitement) avec un pic à 6-9 mois d'efficacité, et une diminution lente avec le temps (12 mois). A noter un effet plus important pour les dépendances au cannabis, une différence plus significative pour les femmes et une perte de la significativité avec le nombre de sessions accomplies (12).

Dans un travail portant sur 37 études randomisées et non randomisées, soit 3531 patients, Cavicchioli, et al (2018) ont montré un faible effet de séances de Mindfulness sur l'abstinence, le niveau de stress perçu, la gestion des stratégies de coping, un effet modéré sur l'anxiété et les symptômes dépressifs et un effet positif sur la perception du craving, les affects négatifs, les symptômes post traumatiques (13).

Dans un autre travail concernant 30 études randomisées Magill et al (2019) ont montré une efficacité des TCC par rapport à trois autres thérapies : thérapie minimale, thérapie non spécifique (de soutien), thérapie centrée sur la consommation et la fréquence des consommations (14).

Dans un travail centré sur les TCC et la pharmacothérapie Ray et al (2020) ont réuni 30 essais randomisés Le produit le plus représenté était l'alcool, puis la cocaïne et les opioïdes. Les produits pharmacologiques utilisés étaient la naltrexone, l'acamprosate, la méthadone, la buprénorphine associé à la naltrexone, le disulfirame. Dans ce travail, l'association des TCC à la pharmacothérapie se montre efficace, mais les TCC ne se montrent pas plus efficaces que la thérapie motivationnelle ou la gestion des imprévus. Ces résultats montrent que dans le traitement des addictions, il faut associer la pharmacothérapie aux TCC ou à une autre thérapie basée sur des preuves (15).

Psychostimulants

Dans un travail publié par la collaboration Cochrane (2018), Harada et al n'ont retenu que deux études dans leur méta-analyse qui n'a pas permis de montrer une efficacité ou une inefficacité des TCC (16).

Internet Gaming Disorder

Une méta-analyse portant sur 12 études a montré une efficacité importante des TCC sur l'addiction à internet, l'anxiété et la dépression à court terme. Cependant il n'y avait pas d'efficacité sur le temps passé sur internet (17).

Troubles des conduites alimentaires :

Dans un travail de Linardon et al (2017) ayant porté sur la boulimie et le binge eating les TCC menées par un thérapeute se sont montrées plus efficaces que celles utilisant un ouvrage. Les TCC sont efficaces sur les symptômes comportementaux mais pas sur la perte de poids. Il n'y pas d'éléments probants pour dire qu'elles sont plus efficaces que les thérapies comportementales ou les psychothérapies de soutien (18).

IV. Objectif(s) thérapeutique(s)

Les thérapies cognitivo-comportementales ont pour objectifs généraux de faire une analyse descriptive du comportement problème, de conceptualiser le problème, de définir l'objectif à atteindre, de mettre en place des stratégies thérapeutiques pour atteindre l'objectif, et d'évaluer le résultat.

Les objectifs thérapeutiques spécifiques dans le champ de l'addictologie dépendent du niveau de motivation du patient et peuvent concerner le renforcement de la motivation en préalable à tout changement, une modification de la consommation (diminution, consommation contrôlée, arrêt de consommation) ou le maintien du changement (prévention de la rechute). Ils dépendent également de la qualité de l'alliance qui est la base du travail psychothérapeutique.

Plus spécifiquement, les outils et méthodes utilisés en TCC ont pour objectifs de savoir reconnaître les situations de sensibilité à la consommation (phase d'analyse, de psychoéducation) et de pouvoir les éviter et y faire face (acquisition de compétences).

L'objectif central de la prise en charge est donc l'acquisition (ou l'émergence) de compétences et stratégies pour faire face efficacement à différents problèmes associés directement ou indirectement à l'usage de substances psychoactives (stratégies de *coping* adaptées). La prise en charge en TCC vise également, de manière plus large, la généralisation des acquis à d'autres situations de vie difficiles, l'augmentation du sentiment d'efficacité personnelle, avec comme point central l'amélioration de la qualité de vie du patient.

Les résultats thérapeutiques peuvent être mesurés de manière objective via des relevés de consommation ou des questionnaires standardisés. Il est également intéressant d'avoir recours à des mesures régulières déclaratives type EVA (échelle visuelle analogique) ou simple notation de 0 à 10, pour le suivi des objectifs transversaux comme le sentiment d'efficacité personnelle (la confiance en ses capacités à atteindre l'objectif fixé, la confiance en ses capacités à recourir aux stratégies apprises), la satisfaction ou la qualité de vie perçue.

La définition claire en début de prise en charge d'objectifs partagés avec le patient permet une réévaluation régulière en cours et à l'issue du suivi.

V. Indications / population cible / répondeurs éventuels

1) Indications :

- Les TCC sont indiquées pour toute personne en souffrance, enfant, adolescent, adulte, et personne âgée, désireuse de retrouver un mode de vie autonome et suffisamment motivée pour s'investir dans un programme de soin qui nécessite une implication pendant et entre les séances.

- Dans le domaine des addictions, elles sont recommandées particulièrement pour les troubles liés à l'usage d'alcool / de tabac / de substances illicites et également pour les addictions comportementales comme le jeu pathologique et les TCA (boulimie).

C'est aussi le traitement de choix pour les sevrages en benzodiazépines et autres psychotropes

- Dans le cadre d'un trouble mental comorbide d'une addiction, on peut avoir recours aux TCC pour le traitement de celui-ci : troubles anxieux (notamment entraînement aux habiletés sociales, développement de nouvelles activités, restructuration cognitive) ; troubles de l'humeur ; schizophrénie et des troubles envahissant du développement (notamment sur les aspects de remédiation, d'acquisition des habiletés sociales et de la gestion des émotions).

Les TCC sont aussi intéressantes pour la prise en charge de la comorbidité addictive liée au trouble mental : améliorer les compétences interpersonnelles en situations à risque, développer des compétences sociales, favoriser l'acceptation et les contacts sociaux, s'adapter aux symptômes persistants (hallucinations auditives, dépression, anxiété, TS...)

2) Contre-indications (CI) :

Elles sont peu nombreuses et sont des CI générales des TCC : déficits cognitifs importants, état dépressif sévère comorbide (patient mélancolique ou ralenti), trouble de la personnalité paranoïaque, schizophrénie en décompensation aiguë, motivation insuffisante pour la thérapie, impossibilité de définir clairement les buts du traitement avec le patient ; mode de vie trop instable (désocialisation, SDF...)

VI. Les résultats peuvent-ils être améliorés en associant la méthode à d'autres modalités de soins : psychothérapies, médicaments....

La démarche TCC se conçoit au sein d'une prise en charge multidisciplinaire (réhabilitation), dont elle constitue un des ingrédients. Dans ces programmes multifocaux, l'évaluation individuelle du patient définira la part de l'approche TCC.

Les différentes études citées précédemment montrent globalement une efficacité des TCC et médicaments combinés supérieure à l'association médicaments plus soins courants mais souvent identique à médicaments plus autre thérapie validée (ex-Entretien motivationnel ou management des contingences) (15). Ainsi dans les addictions aux substances illicites dont les opiacés, la TCC est complémentaire des prises en charge pharmacologiques et psycho-sociales classiques. De même, dans la dépendance tabagique, l'idéal est d'associer différentes techniques, notamment pharmacologiques et une approche cognitivo-comportementale optimisée. Les TCC sont notamment complémentaires de la prise en charge pharmacologique dans la prévention des symptômes de sevrage nicotinique.

VII. Données médico-économiques

De plus en plus d'études s'intéressent aux évaluations économiques des thérapies afin d'augmenter l'accès aux traitements à la fois les plus efficaces et les moins coûteux. L'analyse de coût-efficacité a pour but d'évaluer l'efficacité d'un traitement en fonction de ses coûts

Concernant les TCC, la majorité des études de coût-efficacité s'est intéressée à la dépression ou aux troubles anxieux. Ainsi, à titre d'exemple, les études économiques comparant la TCC et la pharmacothérapie dans le traitement du trouble anxieux généralisé et du trouble panique montrent que la TCC présente un meilleur rapport coût-efficacité que les médicaments. En effet, le coût du traitement cesse immédiatement après la fin de la psychothérapie alors que les gains thérapeutiques demeurent maintenus dans le temps avec la TCC (19).

Il existe encore peu de données médico-économiques concernant les TCC dans les pathologies addictives.

- Concernant la TCC dans la dépendance tabagique, Barnett et ses collaborateurs (2014) ont comparé le coût-efficacité d'un traitement par TCC proposé après un programme classique d'aide à l'arrêt de 12 semaines versus un traitement par substitution nicotinique au long cours après ce même programme chez 402 fumeurs. Seule la TCC s'est avérée « coût-efficace » (20).
- Quelques auteurs se sont intéressés à comparer la TCC en groupe par rapport à la TCC individuelle dans la dépendance à l'alcool d'un point de vue médico-économique. En effet, la thérapie en groupe est la modalité de traitement la plus fréquente en pratique clinique tant pour la dépendance à l'alcool que pour les autres substances. Ainsi, Olmstead et al. ont comparé le rapport coût-efficacité de la TCC en groupe versus individuelle sur 12 séances chez 155 patientes consultant pour une dépendance à l'alcool. La TCC en groupe semble intéressante d'un point de vue clinique et économique, tant sur le court terme que sur une évaluation à 1 an sur les critères « nombre de jours de consommation » et « nombre de jours de forte consommation » (21).
- En dehors de la prise en charge en groupe, la mise en place de la thérapie cognitive et comportementale informatisée pourrait constituer un moyen de réduire les coûts associés à la technique et d'augmenter l'accessibilité de la thérapie. Dans une revue systématique de 103 études randomisées contrôlées portant sur des interventions de TCC via internet (ITCC) dans plusieurs grandes pathologies psychiatriques, Hedman et al ont mis en évidence l'efficacité de cette technique et son rapport coût-efficacité intéressant. Concernant les pathologies addictives, les tailles d'effet étaient importantes pour les troubles du comportement alimentaire, la dépendance au cannabis et le jeu pathologique. Les données de coût-efficacité étaient peu nombreuses mais suggéraient que la ITCC avait un meilleur coût-efficacité que la TCC classique (22).

Ainsi, la TCC en groupe ou des programmes informatisés de TCC semblent des pistes prometteuses afin d'augmenter le rapport coût-efficacité de la technique dans le traitement des addictions.

VIII. Formation nécessaire (profil professionnel et formation complémentaire)

Concernant les formations diplômantes, il est possible de s'inscrire en master de psychologie TCC proposé dans quelques grandes villes mais le plus courant est d'avoir recours à l'inscription au DU ou DIU de TCC proposé dans de nombreuses universités. Il est destiné aux internes en médecine et psychiatrie et étudiants des filières médecine, pharmacie, odontologie, psychologie ayant validé le deuxième cycle d'études. Dans le cadre de la formation continue, sont concernés les psychologues, les titulaires du diplôme de Docteur en médecine ou pharmacie ou en odontologie, les sages-femmes et autres professionnels de santé ayant validé un deuxième cycle d'étude. La formation dure 3 ans et propose aux participants un ensemble de connaissances, de méthodes et de savoir-faire permettant la mise en œuvre de la TCC dont l'objectif est la prise en charge structurée des différents pathologies psychiatriques et addictives. L'université Paris Diderot (Paris 7) propose plus spécifiquement un DU de thérapie cognitivo-comportementale et motivationnelle des addictions en 1 an avec 10 modules d'une journée complétés d'un stage obligatoire en addictologie de 20 heures.

Des associations et des organismes privés peuvent également assurer la formation aux TCC. Ainsi, l'Association française de TCC (AFTCC) propose des formations courtes sous la forme d'atelier ou des formations longues permettant d'obtenir le label « thérapeute praticien en TCC » et de figurer sur l'annuaire des thérapeutes de leur site internet. L'Institut Francophone de Formation et de Recherche en TCC (IFFORTHECC) propose également des diplômes, des cycles de perfectionnement, des ateliers de formation continue et de supervision de cas. L'institut propose également des formations à distance sur le site TCC formation sous la forme de modules (23, 24).

IX. Synthèse

La TCC (ou les TCC) est donc largement justifiée pour la prise en charge de toutes les addictions. Elle est aujourd'hui de plus en plus disponible dans les différents cadres de soin. Son accessibilité (TCC individuelle / groupale / sur internet...), son adaptabilité au patient souffrant d'addictions et son impact sur les fréquentes comorbidités en fait une approche de première intention en association aux autres traitements. Les données scientifiques publiées sont nombreuses et solides, avec un bon rapport coût-efficacité. Elle peut assez facilement être mise en place à condition de disposer d'un personnel formé. La formation est donc un enjeu majeur. Cette approche thérapeutique s'inscrit dans une prise en charge globale du patient qui vise à la réhabilitation psychosociale dans une logique humaniste.

Une approche psychothérapeutique singulière : la thérapie des schémas

La thérapie des schémas, créée par le psychologue nord-américain Jeffrey Young à partir des années 1990, est inspirée des thérapies cognitives classiques (Albert Ellis, Aaron Beck) et se conçoit comme une approche enrichie et originale, inscrite dans le mouvement de troisième vague des thérapies comportementales et cognitives (TCC).

Concepts de base : des schémas précoces inadaptés (ex : abandon/instabilité, méfiance/abus, manque affectif et imperfection/honte) se réactivent sous l'effet des événements de la vie et provoquent de fortes émotions négatives (honte, tristesse, colère peur...) et des consommations de substances. La thérapie des schémas repose sur une analyse objective de la problématique psychique du patient qui peut être partagée ouvertement avec le patient. Un plan de changement est ensuite établi (visualisation, restructuration cognitive, technique de la chaise vide, auto compassion, reparentage sain : ...).

Références bibliographiques

1. Les thérapies cognitives et comportementales. Association Française de Thérapie Cognitive et Comportemental (AFTCC). <https://www.aftcc.org>.
2. Marlatt GA, Gordon JR. Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors (1st ed), Guilford Press, New York, 1985.
3. Tilikete S, Clergeot S, Bertrand C, Lesage AC, Aubin HJ. Prévention de la rechute : un programme en trois modules. *Alcoologie et Addictologie* 2000, 22, (4), 347-352.
4. McHugh R, Hearon B, Otto M. Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2010; 33(3): 511-525.
5. Psychothérapie : trois approches évaluées. Expertise collective INSERM, les éditions INSERM, 2004. https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/146/expcol_2004_psychotherapie.pdf?sequence=1.
6. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Recommandation de bonne pratique, HAS, 2014. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf.
7. Prise en charge des consommateurs de cocaïne. Recommandation de bonne pratique, HAS, 2010. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-05/consommation_de_cocaine_-_recommandations.pdf.
8. Boulimie et hyperphagie boulimique : repérage et éléments généraux de prise en charge. Recommandation de bonne pratique, HAS, 2019. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/boulimie_et_hyperphagie_boulimique_-_recommandations.pdf.
9. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. Société Française d'Alcoologie. *Alcoologie et Addictologie*. 2015 ; 37 (1) : 5- 8. <http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf>. Intégrer la référence de l'actualisation 2022.
10. Hofmann S, Asnaani A, Vonk I, Sawyer A, Fang A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognit Ther Res* 2012 Oct 1;36(5):427-440.
11. Maglione M, Ruelaz Maher A, Ewing B, Colaiaco B, Newberry S, Kandrack R, Shanman R, Sorbero M, Hempel S. Efficacy of mindfulness meditation for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis. *Addict Behav* 2017 Jun;69:27-34.
12. Magill M, Ray L. Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Stud Alcohol Drugs* 2009, 70, 516–527.
13. Cavicchioli M, Movalli M, Maffei C. The Clinical Efficacy of Mindfulness-Based Treatments for Alcohol and Drugs Use Disorders: A Meta-Analytic Review of Randomized and Nonrandomized Controlled Trials. *Eur Addict Res* 2018;24(3):137-162.
14. Magill M, Ray L, Kiluk B, Hoadley A, Bernstein M, Tonigan JS, Carroll K. A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *J Consult Clin Psychol* 2019 Dec;87(12):1093-1105.)

15. Ray L, Meredith L, Kiluk B, Walthers J, Carroll K, Magill M. Combined Pharmacotherapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Alcohol or Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*, Jun 2020; 3(6):e208279;
16. Harada T, Tsutomi H, Mori R, Wilson D. Cognitive-behavioural treatment for amphetamine-type stimulants (ATS)-use disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2018 Dec 22;12(12):CD011315.
17. Stevens M, King D, Dorstyn D, Delfabbro PH. Cognitive-behavioral therapy for Internet gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Psychother* 2019 Mar;26(2):191-203.
18. Linardon J, Wade T, de la Piedad Garcia X, Brennan L. The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2017 Nov;85(11):1080-1094.
19. Heuzenroeder L, Donnelly M, Haby MM, Mihalopoulos C, Rossell R, Carter R, Andrews G, Vos T. Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2004 Aug;38(8):602-12.
20. Barnett PG, Wong W, Jeffers A, Munoz R, Humfleet G, Hall S. Cost-effectiveness of extended cessation treatment for older smokers. *Addiction* 2014 Feb;109(2):314-22.
21. Olmstead TA, Graff FS, Ames-Sikora A, McCrady BS, Gaba A, Epstein EE. Cost-effectiveness of individual versus group female-specific cognitive behavioral therapy for alcohol use disorder. *J Subst Abuse Treat* 2019 May;100:1-7.
22. Hedman E, Ljótsson B, Lindefors N. Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2012 Dec;12(6):745-64.
23. <https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/formations-a-distance.html>
24. <https://ifforthecc.org/tcc>

Approche cognitive et comportementale

Thérapies basées sur la pleine conscience. Programme MBRP (Mindfulness Based Relapse Prevention)

Cora Von Hammerstein, Amandine Luquiens

I. Rationnel

Le concept de *mindfulness* ou pleine conscience connaît aujourd'hui un intérêt croissant dans le monde de la psychologie clinique. Défini par Kabat-Zinn en 2003 (1) comme étant "un état de conscience qui résulte du fait de porter son attention intentionnellement au moment présent, sans juger, sur l'expérience qui se déploie, moment après moment". La pleine conscience, consiste en l'observation de ses propres processus mentaux, sans jugement et sans être absorbé par les pensées qui y sont associées. En d'autres termes, le contenu des pensées, ou cognitions, est moins important que le rapport et la réaction du sujet à la cognition. Ainsi, « être *mindful* », ou être en pleine conscience, permettrait au sujet de reconnaître des pensées négatives et perturbantes, et de les mettre à distance en les observant simplement, sans jugement et en les considérant pour ce qu'elles sont : des pensées. La pleine conscience pourrait être considérée comme une sorte d'autorégulation comportementale, cognitive et affective. En s'entraînant à la pleine conscience, on s'entraîne à l'exposition à l'inconfort, permettant progressivement de prendre conscience du caractère éphémère de ce dernier. Les affects négatifs inconfortables, que le patient souhaite soulager dans l'immédiat par la consommation ou la mise en place d'un autre comportement, sont en effet passagers. Les accepter en tant que tels, permettrait d'augmenter le niveau de tolérance vis-à-vis de cet inconfort. Plutôt que de porter attention au contenu des pensées, il s'agit donc de prendre conscience de leur émergence, des réactions physiques ou émotionnelles qu'elles peuvent engendrer et de ne pas y réagir de manière automatique. Il s'agit d'observer afin de réfléchir à comment « bien répondre » plutôt que de « réagir ». Au-delà de changer le contenu des pensées comme dans les TCC classiques, la pleine conscience vise à changer le rapport que nous entretenons avec celles-ci.

Le niveau de pleine conscience serait associé négativement à l'anxiété, aux symptômes dépressifs, au stress perçu, aux réponses automatiques et à l'impulsivité et il serait associé positivement à l'estime de soi, aux stratégies de coping adaptatives, à l'optimisme et à la satisfaction de vie (2, 3). Il y a aujourd'hui différents types de thérapies basées sur la pleine conscience. Elles font partie des thérapies cognitivo-comportementales de 3ème vague, appelées thérapies d'acceptation (4). Affranchies de toute référence religieuse ou spirituelle, ces thérapies visent à augmenter le niveau de pleine conscience. Deux d'entre elles, dont l'efficacité a été validée par plusieurs études (5, 6, 7), sont la MBSR : *Mindfulness Based Stress Reduction* (Gestion du stress basée sur la pleine conscience) (8) particulièrement préconisée chez des patients présentant des troubles anxieux et la MBCT : *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience) (9), pour la prise en charge des troubles dépressifs. Un faible niveau de pleine conscience serait courant chez les populations présentant une dépendance aux substances psychoactives de manière générale (10). C'est sur ce constat qu'a été récemment développée une intervention basée sur la pleine conscience spécifique aux sujets présentant une addiction. Ce programme, intitulé MBRP : *Mindfulness based relapse prevention* (prévention de la rechute basée sur la pleine conscience) (11), intègre des exercices de méditation de pleine conscience ainsi que des éléments du

programme cognitivo-comportemental de Gordon et Marlatt et (12) permettant aux patients de mieux identifier les situations à risque et d'élaborer des stratégies pour éviter la rechute. Ce nouveau programme de 8 séances, vise directement les affects négatifs et leur impact sur la rechute. En étant en pleine conscience, les patients peuvent mieux identifier les sensations qui font irruption, comme par exemple le *craving*, et les observer sans y répondre de manière automatique (consommation). Il s'agit de prendre le temps d'observer la sensation de *craving*, d'identifier ce en quoi elle consiste exactement (sensations physiques/ pensées/ émotions) et de noter son caractère éphémère. Dans ce programme les participants sont exposés aux sensations inconfortables telles que le *craving*, l'envie de consommer ou d'agir pour soulager l'inconfort, pour leur permettre d'augmenter la tolérance à cette sensation et de la laisser simplement passer. A la différence d'autres formes de thérapie, les thérapies basées sur la pleine conscience amènent le sujet à prêter volontairement attention aux processus cognitifs et émotionnels qui mènent potentiellement à la rechute. Le risque de rechute peut être réduit si le sujet est capable d'augmenter son attention et ses capacités cognitives. Il pourra donc reconnaître les situations à risque ainsi que les illusions de contrôle vis-à-vis de sa consommation et les considérer comme étant des phénomènes naturels et automatiques, manifestations du conditionnement, qui peuvent mener à la rechute. Il ne s'agit pas de les fuir, de les éviter, ou de les supprimer, il s'agit d'en avoir conscience, de les accepter. Laisser de la place à ces phénomènes plutôt que tenter de les supprimer en cherchant un soulagement immédiat, par exemple en consommant, permettrait au sujet de se protéger de la rechute (11).

II. Description de la méthode

Il existe plusieurs programmes structurés pouvant être utilisés dans les addictions. Les deux principalement utilisés sont les programmes MBCT et MBRP. Ces programmes allient des éléments de thérapie cognitive et comportementale de 2nde vague, des éléments de psychologie expérimentale des émotions et des pratiques de méditation de pleine conscience. Nous avons fait le choix ici à titre d'exemple de détailler le programme MBRP qui est spécifique aux addictions, et est une déclinaison du programme MBCT. Le programme MBRP se déroule sous forme de groupe fermé, comprenant 6-10 participants. Le groupe est animé par un intervenant formé au programme MBRP. Il se déroule sur 8 semaines avec une séance de deux heures par semaine.

Une séance type comporte les éléments suivants : rappel sur les règles de fonctionnement du groupe, point sur la pratique à domicile, exercices de méditation, débriefing sur les exercices, mise en lien avec les difficultés des patients, prescription des tâches à domicile jusqu'à la prochaine séance (13).

Les thèmes des 8 séances sont les suivants ;

1 - Pilote automatique : la séance consiste en l'introduction et la définition de la notion de pleine conscience. Le déroulement du programme et des tâches à domicile sont expliquées.

2 - Déclencheurs et fortes envies : lors de la seconde séance sont abordées les difficultés que les participants ont pu expérimenter face à la pratique telles que l'aversion, l'impatience, l'agitation, le doute ou le désir de « bien faire ». Il est particulièrement important de parler de ces difficultés pour que les participants ne se découragent pas. L'objectif principal de cette séance est d'identifier les déclencheurs et de les expérimenter sans y réagir.

3 - La pleine conscience dans la vie de tous les jours : la troisième séance permet d'introduire la pleine conscience dans la vie de tous les jours.

4 - Les situations à haut risque : cette séance permet l'identification et la gestion des situations à risque avec la pleine conscience.

5 - Acceptation et comportements efficaces : durant cette séance le terme acceptation est abordé. Un travail d'identification des émotions déclenchées par des situations difficiles et leurs conséquences est proposé.

6 - Voir les pensées comme des pensées : des explications sont données sur la place des pensées dans la rechute. Des exercices permettent d'apprendre comment mettre à distance les pensées nocives.

7 - Prendre soin de soi et style de vie : il s'agit de déterminer comment la pratique de pleine conscience pourrait améliorer la qualité de vie. Et on propose au participant un travail d'identification des activités nourrissantes de la vie.

8 - Soutien social : lors de la dernière séance sont abordés l'importance de l'aide, le soutien d'autrui et le maintien de la pratique.

Entre les séances, les patients sont invités à pratiquer régulièrement selon les tâches qui ont été prescrites. A la fin de chaque séance, les participants sont incités à poursuivre individuellement la pratique via la réalisation quotidienne d'exercices de méditation formelle et informelle, à l'aide des enregistrements des pratiques de chaque séance qui leur sont remis au fur et à mesure. La pratique formelle se définit par des exercices longs, avec ou sans support audio tels que le body scan ou des méditations assises. Dans ce contexte, la personne a l'intention de faire un exercice et se dégage du temps pour la pratique. La pratique informelle, est destinée à insuffler de la pleine conscience dans les activités de la vie de tous les jours, par exemple en prenant ses repas ou en se brossant les dents.

Le programme MBRP permettrait aux patients de s'approprier des stratégies permanentes de gestion du craving et de l'inconfort pour mieux prévenir la rechute. La pleine conscience est donc une pratique que les sujets peuvent s'approprier, afin de l'introduire dans leur vie quotidienne comme ils le feraient pour une activité physique régulière. C'est d'ailleurs ce qui différencie la thérapie basée sur la pleine conscience d'autres formes de thérapies. Les huit séances du programme ne représentent qu'une initiation à la pratique que le patient peut poursuivre seul par la suite. Le programme vise l'autonomisation du patient.

III. Niveau de validation scientifique

Globalement les thérapies basées sur la pleine conscience présentent des résultats intéressants pour la réduction des consommations, du craving et des affects négatifs tels que l'anxiété, la dépression et le stress. Elles semblent d'autant plus intéressantes quand elles sont associées à un autre traitement actif tel que le traitement standard ou les TCC (14). Les études évaluant spécifiquement l'efficacité du programme MBRP pour le traitement des addictions restent peu nombreuses. Une des études les plus robustes a été conduite par Bowen et ses collègues (15). L'étude comparait des groupes ouverts d'entraide, 1 à 2 fois par semaine se basant sur le programme en 12 étapes des alcooliques ou narcotiques anonymes, la prise en charge TCC classique de prévention de la rechute et le programme MBRP. Sur l'échantillon de 286 patients, 39 présentaient une addiction à l'alcool seul, les autres participants étaient poly-consommateurs. Le programme MBRP faisait aussi bien que le programme de prévention de rechute, et mieux que les groupes d'entraide à 6 mois, et était significativement plus efficace que la TCC à 12 mois, tel que mesuré par le nombre de jours de consommation et la probabilité de présenter des jours de consommation importante (HDD). L'acquisition de compétences au fil du programme pourrait permettre à ces formes de thérapies d'être efficaces sur le long terme. Des études ont montré que la pratique formelle à domicile en dehors du programme jouerait un rôle modérateur sur le lien entre le craving et la consommation (16). Il s'agit d'un point important et à encourager, puisque le craving

compte parmi les prédicteurs de la rechute les plus forts et les plus consistant dans divers contextes et types de consommations (17). Il convient ici de noter que les études conduites par Bowen et al (15, 18), ont été menées auprès de patients au profil particulièrement précaire, à savoir sans domicile fixe et/ou en injonction de soin. Par ailleurs ils ont été dédommagés pour leur participation à l'étude, ainsi que pour la participation aux séances thérapeutiques, il est donc difficile de transposer les résultats à d'autres contextes ainsi que de tirer des conclusions sur l'acceptabilité et la faisabilité du programme.

En France, peu d'études ont été menées à ce sujet. Une étude observationnelle conduite auprès de patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool (19) a montré que le programme MBRP est faisable et bien accepté par les patients. En moyenne les patients participaient à 6,6 séances sur 8. Une majorité des participants a maintenu la pratique formelle de pleine conscience après la fin du programme (69 %). A 6 mois, 49 % des participants pratiquaient régulièrement et 56 % utilisaient toujours la pratique de pleine conscience pour faire face aux situations à risque. Les résultats ont montré une réduction significative du craving, du nombre de jours de consommation d'alcool, de la dépression et une amélioration du niveau de pleine conscience et de la flexibilité psychologique, s'opposant à la suppression émotionnelle. Par ailleurs, l'étude a montré que le niveau de pleine conscience était négativement associé à la dépression, à l'anxiété, au craving, et à l'impact de l'alcool sur la qualité de vie et qu'il était positivement associé à la pratique de pleine conscience.

IV. Objectif(s) thérapeutique(s)

Les études montrent que l'impulsivité prédit les problématiques addictives (20). L'impulsivité est un concept multidimensionnel. Elle se compose notamment de l'impulsivité d'action, se traduisant par la difficulté à inhiber des réponses comportementales (21, 22, 23, 24), et de l'impulsivité de choix, incluant la difficulté de retarder une récompense et la préférence d'une récompense moins importante immédiate à une récompense retardée mais plus importante (25). Ces différents concepts se traduisent donc par un faible contrôle de soi. L'impulsivité et plus précisément les difficultés du contrôle inhibiteur, pourraient préexister à l'addiction, constituant ainsi des facteurs de vulnérabilité. Cette vulnérabilité pourrait être aggravée par l'intoxication chronique par les substances toxiques des régions et circuit cérébraux impliquées dans les processus d'inhibition (26). Ce sont ces difficultés de contrôle de soi qui semblent être impliqués dans la rechute (24). La capacité d'inhiber un comportement joue un rôle particulièrement important dans la gestion du craving qui pourrait-être comparable à une émotion négative et inconfortable et génère le besoin de la supprimer avec une consommation. Il a été d'ailleurs démontré que le craving prédisait la rechute (27). Les thérapies basées sur la pleine conscience visent à améliorer le contrôle cognitif et pourraient donc permettre aux patients de créer une sorte de « temps mort » avant le comportement automatique, visant à remédier immédiatement à l'inconfort du craving, et ainsi laisser le temps de mettre en place un comportement plus adéquat. Les symptômes associés aux difficultés de contrôle de soi se traduisent par une activité réduite des réseaux de contrôle du cerveau se situant dans le cortex préfrontal (28). La pleine conscience favoriserait l'activation des zones du cerveau impliquées dans le contrôle (28).

V. Indications / population cible / réponders éventuels (critères d'indication voire contre-indications)

Toutes les personnes présentant une addiction peuvent bénéficier de ce type de thérapie. Cependant elle n'est pas recommandée pour les personnes présentant des troubles cognitifs sévères. Aussi la pratique doit être adaptée lorsque les patients présentent un trouble du spectre de la schizophrénie, une bipolarité ou un état de stress post traumatique.

VI. Les résultats peuvent-ils être améliorés en associant la méthode à d'autres modalités de soins : psychothérapies, médicaments....

Les programmes MBCT et MBRP sont déjà des associations de deux formes de thérapies différentes (TCC classiques et initiation à la pleine conscience). La méta-analyse proposée par Sancho et al. (2018) (14) confirme que l'association de cette pratique de méditation de pleine conscience à une autre forme de thérapie telles que les TCC augmente son efficacité pour le traitement des addictions.

VII. Formation nécessaire (profil professionnel et formation complémentaire)

Pour être instructeur d'un programme basé sur la pleine conscience, les formations varient en fonction du programme choisi. En général elles comprennent un temps de formation, une retraite et la participation à un programme sur 8 séances en tant qu'observateur. Pour être listé sur le site AccessMBCT recensant les instructeurs MBCT validés par l'université d'Oxford, 7 critères sont exigés, parmi lesquels la participation à une formation retraite. L'intégralité des critères est disponible sur ce lien :

https://apea.org/uploads/fichiers/2018/10/Criteres_officiels_pour_devenir_instructeur_MBCT.pdf

VIII. Synthèse

Le programme MBRP semble être une alternative valide pour aider les patients à reprendre le contrôle sur leur vie et de leurs consommations. Il s'agit d'une approche innovante et originale qui vise l'acquisition d'outils concrets pour faire face aux difficultés. Cette approche permet de mobiliser des ressources psychologiques pour améliorer les stratégies de coping et gérer les situations à risque ainsi que le craving. Le fait qu'il s'agisse d'un programme thérapeutique visant à augmenter les ressources de chacun et ainsi d'avoir indirectement un effet sur la symptomatologie addictive, dépressive ou anxieuse semble être une plus-value de ce traitement.

Références bibliographiques

1. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context : Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2003; 10(2): 144-156.
2. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present : Mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003; 84(4): 822-848.
3. Weinstein N, Brown KW, Ryan RM. A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. *J Res Pers* 2009 ; 43(3) : 374-385.
4. Hayes SC, Hofmann SG. The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World psychiatry* 2017; 16(3): 245-246.
5. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression : A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2010; 78(2): 169-183.

6. Hölzel BK, Carmody J, Vangel M, Congleton C, Yerramsetti SM, Gard T, Lazar SW. Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Res* 2011; 191(1): 36-43.
7. Piet J, Hougaard E. The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder : A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2011; 31(6): 1032-1040.
8. Kabat-Zinn J, Hanh TN. *Full Catastrophe Living : Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness* (New editio). Delta, 1990.
9. Segal ZV, Williams J, Mark G, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression : A new approach to preventing relapse*. Guilford Press, 2002.
10. Dakwar E, Mariani JP, Levin FR. Mindfulness impairments in individuals seeking treatment for substance use disorders. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2011; 37(3): 165-169.
11. Bowen S, Chawla N, Marlatt GA. *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors: A Clinician's Guide* (1^{re} éd.). Guilford Press, 2010.
12. Gordon JR, Marlatt GA. *Relapse Prevention : Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. Guilford Press, 1985.
13. von Hammerstein C, Luquiens A, Khazaal Y, Benyamina A, Aubin HJ, Romo L. La pleine conscience dans le traitement des addictions. Quelles perspectives pour la prise en charge du jeu pathologique? *Alcoologie et Addictologie* 2016 ; 38(4) : 305-313.
14. Sancho M, De Gracia M, Rodríguez RC, Mallorquí-Bagué N, Sánchez-González J, Trujols J, Sánchez I, Jiménez-Murcia S, Menchón JM. Mindfulness-Based Interventions for the Treatment of Substance and Behavioral Addictions : A Systematic Review. *Front Psychiatry* 2018; 9: 95.
15. Bowen S, Witkiewitz K, Clifasefi SL, Grow J, Chawla N, Hsu SH, Carroll HA, Harrop E, Collins SE, Lustyk MK, Larimer ME. Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2014 ; 71(5): 547-556.
16. Enkema MC, Bowen S. Mindfulness practice moderates the relationship between craving and substance use in a clinical sample. *Drug Alcohol Depend* 2017; 179(May): 1-7.
17. Kavanagh DJ, Connor JP. Craving: A research update. *Addict Behav* 2013; 38(2): 1499-1500.
18. Bowen S, Chawla N, Collins SE, Witkiewitz K, Hsu S, Grow J, Clifasefi S, Garner M, Douglass A, Larimer ME, Marlatt A. Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders : A pilot efficacy trial. *Subst Abus* 2009; 30(4): 295-305.
19. von Hammerstein C, Khazaal Y, Dupuis M, Aubin HJ, Benyamina A, Luquiens A, Romo L. Feasibility, acceptability and preliminary outcomes of a mindfulness-based relapse prevention program in a naturalistic setting among treatment-seeking patients with alcohol use disorder : A prospective observational study. *BMJ Open* 2019 ; 9(5) : e026839.
20. Verdejo-García A, Bechara A, Recknor EC, Pérez-García M. Negative emotion-driven impulsivity predicts substance dependence problems. *Drug Alcohol Depend* 2007 ; 91(2-3) : 213-219
21. Bates ME, Buckman JF, Nguyen TT. A Role for Cognitive Rehabilitation in Increasing the Effectiveness of Treatment for Alcohol Use Disorders. *Neuropsychol rev* 2013; 23(1): 27-47.
22. Luijten M, Machielsen MW, Veltman DJ, Hester R, de Haan L, Franken IH. Systematic review of ERP and fMRI studies investigating inhibitory control and error processing in people with substance dependence and behavioural addictions. *J Psychiatry Neurosci* 2014; 39(3): 149-169.
23. Noël X, Van der Linden M, d'Acremont M, Bechara A, Dan B, Hanak C, Verbanck P. Alcohol cues increase cognitive impulsivity in individuals with alcoholism. *Psychopharmacology* 2007; 192(2): 291-298.
24. Wilcox CE, Dekonenko CJ, Mayer AR, Bogenschutz MP, Turner JA. Cognitive control in alcohol use disorder : Deficits and clinical relevance. *Rev Neurosci* 2014 ; 25(1) : 1-24.
25. MacKillop J, Amlung MT, Few LR, Ray LA, Sweet LH, Munafò MR. Delayed reward discounting and addictive behavior: A meta-analysis. *Psychopharmacology* 2011; 216(3): 305-321.
26. Goldstein RZ, Volkow ND. Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: Neuroimaging findings and clinical implications. *Nat Rev Neurosci* 2011; 12(11): 652-669.
27. Schneekloth TD, Biernacka JM, Hall-Flavin DK, Karpayak VM, Frye MA, Loukianova LL, Stevens SR, Drews MS, Geske JR, Mrazek DA. Alcohol craving as a predictor of relapse. *Am J Addict* 2012 ; 21 Suppl 1 : S20-26.
28. Tang YY, Posner MI, Rothbart MK, Volkow ND. Circuitry of self-control and its role in reducing addiction. *Trends Cogn Sci* 2015 ; 19(8) : 439-444.

Approche cognitive et comportementale

Thérapie ACT, pour *Acceptance and Commitment Therapy (Thérapie d'acceptation et d'engagement)*

Mokhles Mastour, Amandine Luquiens

NB : Thérapie ACT (prononcer "acte" comme le souhaitent ses concepteurs, dans le but d'inscrire sa filiation avec le mot « agir »)

I. **Rationnel** (1,2)

La thérapie ACT est une approche thérapeutique basée sur la théorie de la flexibilité ou souplesse psychologique (un mode de vie caractérisé par l'ouverture, la prise de conscience et l'engagement). Elle s'appuie sur le plan théorique sur la Théorie des cadres relationnels et le Contextualisme fonctionnel (théorie comportementale du langage et de la cognition). Elle est considérée comme une thérapie de la troisième vague.

Le modèle de flexibilité psychologique est transdiagnostique et identifie donc des processus communs qui sous-tendent des difficultés psychologiques décrites séparément dans les manuels de classification catégorielle comme le DSM.

« Les recherches sur la suppression des pensées, des émotions, des souvenirs et des sensations corporelles douloureuses issues de notre histoire personnelle indiquent qu'ils seraient revécus d'autant plus intensément que l'on cherche à les dominer par des stratégies de contrôle » (Steven C. Hayes) (3). L'ACT considère que la souffrance humaine n'est pas un signe pathologique mais une partie intégrante de l'expérience humaine.

Le postulat central de l'ACT est que l'enrichissement comportemental du patient en direction d'une vie pleine et riche de sens se réalise quand les processus intervenant dans la rigidité psychologique sont ciblés (évitement expérientiel ; fusion avec les contenus psychiques). Accompagné pas à pas par son thérapeute le patient s'engage dans l'apprentissage de compétences favorisant l'ancrage dans l'instant présent, pour clarifier ensuite sa direction de vie et engager des actions concrètes vers les objectifs qui en découlent, même en présence d'obstacles extérieurs et intérieurs.

Le modèle de flexibilité psychologique s'articule autour de six processus fonctionnels représentés sous forme d'un Hexaflèche (en regard des six caractéristiques comportementales de la rigidité psychologique) : Ces six processus fonctionnels sont interdépendants et indissociables, ils visent à développer des compétences pour être présent, ouvert, et faire ce qui importe pour soi. Quel que soit le comportement, il peut être envisagé selon l'un ou l'autre des six processus décrits séparément alors que leurs interactions sont fortes :

1. L'acceptation : Adopter une posture volontairement ouverte, réceptive, dénuée de jugement, à l'égard des divers aspects de l'expérience (par opposition à l'évitement expérientiel qui consiste à viser la modification de son expérience intérieure), en faisant de la place aux sentiments, aux sensations, aux pulsions et aux émotions pénibles. De nombreux outils sont proposés dans ACT pour l'acceptation, parmi lesquels la méditation de pleine conscience.

2. La défusion : Observer ses productions verbales pour ce qu'elles sont, une production du mental dénuée de toute autorité intrinsèque (en opposition avec une prise de contact avec les productions

mentales investies d'une autorité et de conséquences incontournables). L'ACT vise à assouplir la relation que l'on entretient avec ses pensées par une prise de distance sans tenter de remettre en question leur contenu ou leur réalisme. L'ACT propose des outils très concrets, métaphoriques et souvent ludiques pour que les sujets appréhendent ce qu'est la fusion et la défusion.

3. La conscience du moment présent : Être psychologiquement présent, de manière souple, signifiant que la flexibilité attentionnelle du sujet est assez opérante pour qu'il puisse être connecté et engagé consciemment dans ce qui se passe à ce moment précis (en opposition avec la perte de contact avec le monde environnant quand nous sommes happés par nos pensées tournées vers le passé ou le futur, ou quand nous nous comportons machinalement).

4. Le soi comme contexte : que l'on peut décrire comme le soi observateur, cette part de nous qui est consciente du bavardage mental et qui est en mesure de prendre note des pensées qui se succèdent et des émotions qui émergent au sujet de nos rôles ou de notre histoire, sans réduire le sens du soi au contenu du discours intérieur (en opposition avec l'attachement au soi conceptualisé, c'est-à-dire fusionner avec une vision de soi « stéréotypée », peu sensible aux contextes (ex : « je me définis comme fichu/nul/incapable/supérieur/quelqu'un à qui tout réussit... » d'où découle un style comportemental rigidifié).

5. Les valeurs : décrivent ce qui nous importe le plus et sont les directions de vie qui guident l'action comme une boussole (en opposition avec l'absence de valeurs ou la perte de contact avec celles-ci). Leur identification et leur clarification découlent du libre choix du sujet pour créer une vie qui ait du sens. Maintenir le contact avec ses valeurs permet de persévérer dans ses efforts de changement comportemental sur le long terme.

6. L'action engagée : signifie entreprendre une action efficace guidée par nos valeurs. Elle suppose d'agir vers le changement en harmonie avec ses valeurs (en opposition avec les actions d'évitement visant la réduction ou la suppression de la souffrance psychique et sans connexion avec ses valeurs).

Dans le modèle de flexibilité psychologique, l'addiction est considérée comme un comportement appris et bien ancré dans le registre automatisé du patient. *Lorsque l'existence d'une personne est largement caractérisée par des tentatives de modifier ou d'éviter des stimuli internes aversifs, elle se déconnecte de son engagement dans le monde ; l'effet est souvent un sentiment de vide et de perte de vitalité (3).* L'addiction peut déboucher sur ce style de vie que des critères du DSM approchent : le quatrième critère diagnostique décrit une envie intense de consommer le produit (*craving*) contre laquelle le consommateur lutte (à rapprocher de l'évitement expérientiel) ; le septième critère diagnostique souligne l'abandon ou la réduction d'activités sociales importantes en lien avec la consommation du produit (à rapprocher de la déconnection des valeurs dans le sens de l'ACT) ; et le dixième critère illustre la tolérance par le besoin accru de consommer le produit afin de retrouver l'effet recherché (à rapprocher de l'évitement expérientiel). Le tout dessinant le tableau d'une vie d'une part déconnectée de ce que le consommateur souhaite voir advenir de meilleur dans sa vie et, d'autre part, obérée par une lutte contre les pensées et les émotions pénibles. C'est à ce niveau qu'une meilleure flexibilité psychologique est censée aider le patient à engager des actions efficaces importantes pour soi en présence d'émotions ou de pensées douloureuses, au lieu de consacrer toute son attention à tenter de réduire ou d'effacer cette souffrance.

II. Description de la méthode (4)

L'ACT peut aider le patient à construire une motivation intrinsèque au changement en explorant le sens qu'il souhaite donner à sa vie et ce que veut faire la personne qu'il souhaite être (*agir en direction de ce qui compte*). Qu'il tente de modifier le mode de consommation ou qu'il opte pour un arrêt de la consommation temporaire ou définitif, le patient est d'emblée confronté à la résurgence et la persistance des envies intenses (craving) contre lesquelles il lutte en espérant leur suppression : l'ACT oriente les efforts du patient vers ce qui est modifiable (agir en direction de ce qui compte) et l'aide à faire de la place à ce qui n'est pas contrôlable (défusion et acceptation).

Par ailleurs l'ACT permet d'aborder le problème de la comorbidité de manière différente et certainement plus efficiente : là où un thérapeute va appliquer classiquement un protocole pour chaque regroupement syndromique spécifique à un diagnostic, le thérapeute pratiquant l'ACT va centrer son intervention sur les processus psychiques communs ayant conduit à un groupe de symptômes différents.

L'ACT, de par les processus de flexibilité qu'elle promeut, peut impacter favorablement les représentations bloquantes du patient et, surtout, sa relation à ces représentations. Les cliniciens sont coutumiers des représentations du patient au sujet de la persistance des envies vécues comme des manifestations anormales, gênantes et culpabilisantes, pour lesquelles le patient espère une solution radicale médicamenteuse (addictolytiques) comme renfort pour sa lutte incessante. L'adhésion rigide du patient à son statut d'« alcoolique » construit un soi-conceptualisé qui réduit le répertoire comportemental à ce seul rôle qui s'exprime à travers la « lutte contre » (les émotions pénibles ; les pensées douloureuses ; les envies de consommer), jusqu'à l'épuisement pour mieux céder à une consommation soulageante à court terme et pénalisante au long terme, évoluant dans un cercle vicieux épuisant. Apprendre à accepter ce qui ne peut être changé et se consacrer davantage à ce qui peut l'être permet au patient de faire de la place aux contenus psychiques pénibles et oriente ses efforts vers l'action concrète en direction de ce qui lui importe le plus.

Autrement dit le patient apprend à travers l'ACT à « agir pour » là où il se consacrait à « lutter contre » : sous l'angle du contextualisme fonctionnel l'ACT favorise la production de comportements fonctionnels (action efficace orientée vers un but) et ne focalise pas sur la suppression d'un comportement (ne plus réaliser un comportement problématique). Le thérapeute ACT démarre l'accompagnement à partir des représentations du patient caractérisées par l'évitement et la lutte (ne plus consommer ; ne plus ressentir d'émotions pénibles ; ne plus stresser ; ne plus penser à des souvenirs douloureux ;,,,), pour l'aider à clarifier sa direction de vie librement choisie et s'en rapprocher par des actes concrets pour se rapprocher de la vie qu'il souhaite vivre : de ce fait l'arrêt ou la réduction de la consommation du produit prend un autre sens pour devenir un point de départ pour se réaliser plutôt qu'une obligation pour ne plus souffrir, la nuance a toute son importance.

III. Niveau de validation scientifique

Il existe des données scientifiques publiées solides.

Deux revues systématiques récentes de la littérature et une méta-analyse sont disponibles :

La plus récente porte sur les essais randomisés contrôlés dans l'ensemble des troubles addictifs (5). Elle suggère une efficacité comparable aux TCC, soulignée également par une méta-analyse ayant mesuré une taille d'effet de l'ACT faible à modérée versus les thérapies cognitives et comportementales de 1^e et 2^e vague, dans l'ensemble des essais randomisés contrôlés dans les domaines des troubles mentaux et plaintes psychosomatiques (9 études chez 456 participants (Hedges' $g = 0.32$, $SE = 0.22$, 95% CI: $-0.10-0.74$, $p = 0.140$) (6), parfois avec de meilleurs résultats

à long terme (7). Un focus particulier a été réalisé par les auteurs de cette première revue systématique sur les essais dans le domaine du tabac proposant des interventions d'ACT à distance (téléphone ou internet) : 3 études sur 4 ont montré des résultats prometteurs.

Une autre revue systématique récente de la littérature porte sur l'ensemble des études y compris non contrôlées, dans le trouble de l'usage de l'alcool (8). Elle note peu de comparaison au traitement standard, et que l'ACT est souvent administrée en add-on.

La méta-analyse de A-Tjak portant sur huit essais randomisés contrôlés dans les addictions avec 503 participants retrouve un effet significatif avec une taille d'effet satisfaisante sur le critère principal, qui n'était pas toujours un critère de consommation (Hedges' $g = 0.40$, $SE = 0.13$, 95% CI: 0.15-0.66, $p = 0.002$) (6). Les auteurs précisent également que les essais de meilleure qualité méthodologique étaient associés à des tailles d'effet plus faibles. Il paraît donc important de poursuivre la recherche dans ce domaine pour reproduire les résultats obtenus et consolider ces connaissances.

IV. Objectif(s) thérapeutique(s)

Les objectifs retrouvés dans la littérature sont des objectifs de consommation mais aussi l'augmentation de la résilience, de la flexibilité psychologique, du bien-être et de la qualité de vie, et diminution de l'anxiété et de la dépression. L'ACT, en travaillant sur les 6 axes de l'hexaflèche, dont l'acceptation et les valeurs, concernent fortement la régulation émotionnelle, et le travail sur le comportement addictif en lui-même devient presque secondaire. Il travaille sur les processus communs de vulnérabilité psychique transdiagnostiques. Une partie du travail en ACT est d'ailleurs de définir des objectifs qui soient au-delà de l'arrêt ou de la réduction des consommations, qui sont désignés comme « objectif de personne décédée » au sens qu'un simple corps peut faire mieux qu'un être vivant en ce qui concerne cet objectif. On peut pour cela poser la question suivante : Supposons que vous arrêtiez de consommer, que feriez-vous à la place ? qu'est-ce que cela vous permettrait d'entreprendre ? »

V. Indications / population cible / répondeurs éventuels

Il n'y a pas de contre-indication à l'ACT, à part le refus du sujet, car le thérapeute doit chercher activement le consentement du sujet à cette approche. Cette approche paraît particulièrement pertinente en cas de pathologie duelle du fait de son approche transdiagnostique et de son efficacité dans les autres troubles mentaux.

VI. Les résultats peuvent-ils être améliorés en associant la méthode à d'autres modalités de soins : psychothérapies, médicaments....

Les résultats de la seule méta-analyse publiée rapportent que les résultats et la taille d'effet semblent comparables en add-on des traitements habituels versus groupe contrôle comparativement à ACT seul versus traitement habituel (6). Cette approche pourrait donc aussi bien être proposée en première intention qu'en ajout à une prise en charge standard.

VII. Formation nécessaire

La thérapie ACT est intellectuellement plus facilement accessible pour tout soignant formé aux TCC de première et deuxième vagues mais les concepteurs de cette approche n'en font pas un prérequis incontournable.

Sur le site de l'ACBS (Association for Contextual Behavioral Science ; dont la branche francophone est L'Association Francophone pour une Science Comportementale Contextuelle AFSCC), on peut lire :

« ACBS a fait le choix du principe de non-certification des thérapeutes. ACT n'est ni une marque déposée ni un label commercial. C'est un modèle scientifique intégratif qui permet de combiner des techniques de provenances diverses au service de mettre en action les processus thérapeutiques de l'ACT. Il n'existe pas d'école en tant que telle ou de formation certifiée en France ou dans les pays francophones soutenus par ACBS.

La formation s'effectue le plus souvent autour d'ateliers expérientiels auprès de formateurs privés ou d'association. Il n'existe pas de diplôme en thérapie ACT ni de processus de certification de pratique de l'ACT. L'ACSB, en tant que communauté, a décidé de ne pas s'engager dans cette voie pour ne pas créer un processus hiérarchique et fermé qui serait contraire à ses valeurs. Au contraire, elle stimule l'échange et la discussion entre les membres afin de construire une psychologie progressive plus adéquate à la prise en charge de la souffrance humaine. L'une des voies principales pour valiser sa pratique ACT est la participation à des ateliers, la lecture d'ouvrage et la supervision. »

VIII. Synthèse

La thérapie ACT est une approche thérapeutique basée sur la théorie de la flexibilité psychologique. Elle est considérée comme une thérapie de la troisième vague. Le postulat central de l'ACT est que l'enrichissement comportemental du patient en direction d'une vie pleine de sens se réalise quand les processus intervenant dans la rigidité psychologique sont ciblés (évitement expérientiel ; fusion avec les contenus psychiques). Pour cela le thérapeute accompagne le sujet sur six processus fonctionnels interdépendants et indissociables visant à développer des compétences pour être présent, ouvert y compris aux expériences désagréables, et faire ce qui importe pour soi : l'acceptation, la défusion, la conscience du moment présent, le soi comme contexte, les valeurs, l'action engagée. Utilisant des outils variés allant de la méditation de pleine conscience à des métaphores parfois ludiques, exercices papier crayon, ou encore psychoéducation, cette approche nécessite une bonne alliance avec le patient, et une posture empathique, une grande bienveillance et une certaine créativité. Elle semble particulièrement pertinente dans une approche transdiagnostique, en cas de pathologie duelle et en particulier de dépression comorbide, quand les sujets utilisent la suppression émotionnelle comme style privilégié de coping, ou encore quand ils se sont épuisés dans d'autres approches. Le niveau de preuve est solide (existence d'une méta-analyse) mais les résultats doivent être consolidés en ce qui concerne les critères de consommation et reproduits en France.

Références bibliographiques

1. La thérapie d'acceptation et d'engagement. Guide clinique. Benjamin Schoendorff, Jana Grand ; Marie-France Bolduc. 2011, De Boeck.
2. Passez à l'ACT ; Pratique de la thérapie d'acceptation et d'engagement. Russ Harris, De Boeck, 2012.

3. Hayes S, Strosahl K, Wilson K. Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change. 2nd Ed, Guilford Press, 2011.
4. Mindfulness and acceptance for addictive behaviors. Applying Contextual CBT to substance abuse and behavioral addictions. 2012, The context press mindfulness and acceptance practica series
5. Yıldız E. The effects of acceptance and commitment therapy on lifestyle and behavioral changes: A systematic review of randomized controlled trials. *Perspectives in psychiatric care* 2020;56(3):657-90.
6. A-Tjak JG, Davis ML, Morina N, Powers MB, Smits JA, Emmelkamp PM. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and psychosomatics* 2015;84(1):30-6.
7. Lanza P. Long-term outcomes of Acceptance and Commitment Therapy in drug-dependent female inmates: A randomized controlled trial. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2014;14:18-27.
8. Byrne SP, Haber P, Baillie A, Costa DSJ, Fogliati V, Morley K. Systematic Reviews of Mindfulness and Acceptance and Commitment Therapy for Alcohol Use Disorder: Should we be using Third Wave Therapies? *Alcohol Alcohol* 2019;54(2):159-66.

Approche cognitive et comportementale

Thérapies centrées sur les émotions

Anaïs Bonte-Baert, Alain Dervaux
Université Paris Saclay / EPS Barthélémy Durand Etampes

I. Rationnel

La thérapie centrée sur les émotions (TCE), ou Emotion Focused Therapy (EFT) a été initiée dans les années 1980 par Leslie Greenberg, professeur de psychologie à l'Université York à Toronto, Rhonda Goldman (Université d'Argosy, Illinois), Robert Elliott (Université de Strathclyde, Ohio) et Jeanne Watson (Université de Toronto), sur la base d'approches empiriques et inspirée par la théorie de l'attachement de [Bowlby \(1,2,3\)](#).

La TCE part du principe que les émotions sont impliquées dans les processus de hiérarchisation des buts et des besoins existentiels des individus. L'intérêt des théories de l'attachement dans les TCE est que le type d'attachement développé durant l'enfance va déterminer le type de régulation que certaines personnes vont mettre en place pour gérer leurs émotions, mais de façon pathologique sous forme de dysrégulation émotionnelle. Celle-ci induit habituellement chez les patients des cycles répétitifs de critiques, de comportements négatifs et de conflits.

II. Description de la méthode

La TCE est fondée sur une relation empathique entre le thérapeute et le patient centrée sur l'exploration, la compréhension et le changement des émotions problématiques (4,5). La TCE a pour point de départ l'expérience émotionnelle, par exemple la honte, la peur, l'embarras, la tristesse, la colère, la rage, la joie, la compassion et leur régulation. Dans cette approche, la dimension des émotions est en effet la voie principale du changement. Le thérapeute TCE adopte une formulation et un style d'intervention partant de l'émotion comme première réaction immédiate dans une situation afin d'explorer les ressentis associés (6). Les outils principaux du thérapeute vont être le questionnement et la reformulation.

Comme l'a souligné Greenberg, la TCE vise à aider les individus à mieux identifier, expérimenter, accepter, explorer, donner un sens à, transformer et gérer de manière flexible leurs émotions, notamment celles que les sujets ont cherché à éviter et qui les ont conduits à des comportements problématiques. Les patients sont amenés à analyser et expérimenter les processus émotionnels afin d'apporter une compréhension des situations. En outre, ils sont confrontés au cours de la thérapie aux émotions qu'ils redoutent le plus dans l'objectif de les transformer (4).

La TCE est composée de trois étapes, chacune avec des objectifs thérapeutiques définis. **La première étape** est un « cycle de désescalade », comprenant une évaluation, l'identification des relations problématiques, l'accession à des émotions non verbalisées et un recadrage des cercles vicieux relationnels.

La deuxième étape consiste en une restructuration des interactions, comprenant des stades d'identification des besoins d'attachement, d'acceptation des besoins d'autrui et de facilitation de l'expression de besoins et désirs spécifiques.

La troisième étape de consolidation et d'intégration, comprend des stades de résolution de nouveaux problèmes, de consolidation de nouvelles modalités relationnelles et d'orientation vers de nouveaux attachements plus sécurisés.

Des exemples de travail sur les émotions sont disponibles sur le site <https://emotioncompass.org/fr/>

Les TCE peuvent être individuelles, conjugales ou familiales.

- **Les TCE individuelles** durent habituellement entre 8 et 20 séances. Elles se concentrent sur le patient et sur ses liens d'attachement avec son entourage. Les schémas négatifs et de dysrégulation émotionnelle des patients sont identifiés et ensuite les émotions sous-jacentes sont intensifiées. Les patients sont encouragés à pratiquer l'auto-narration, c'est-à-dire à relater le parcours qui les a amenés aux difficultés actuelles. Dans un second temps, l'objectif est d'adapter les expériences émotionnelles afin de convertir les schémas dysfonctionnels en liens interpersonnels plus sécurisés (7,8).
- **Les TCE de couple** durent en moyenne 8 à 15 séances, comprenant 10 étapes. Elles sont indiquées chez les sujets qui rapportent des difficultés de couple. Les membres du couple doivent être d'accord pour changer les interactions dans leurs relations. Elles sont contre-indiquées en cas de divorce, de violences conjugales et plus généralement chez ceux qui n'ont pas la volonté de rétablir une relation conjugale (9,10,11).
- **Les TCE familiales** ont été surtout utilisées chez les adolescents et leurs parents, ainsi que dans les familles de patients souffrant de troubles du comportement alimentaire.

III. Niveau de validation scientifique

A notre connaissance, il n'existe pas actuellement d'étude validant l'efficacité de la TCE dans la prise en charge des addictions. Certaines études ont suggéré que la TCE était efficace dans la dépression, mais sur de petits nombres de patients (12). Elle est cependant recommandée par l'Association Américaine de Psychologie (APA) dans le traitement de la dépression (APA, 2008).

IV. Objectif(s) thérapeutique(s)

La TCE a pour but de favoriser :

- **La conscience des émotions** : reconnaître, identifier, nommer et expérimenter les émotions afin de mieux les appréhender.
- **L'expression émotionnelle** : favoriser l'expression des émotions ressenties lors de situations antérieures douloureuses.
- **La régulation émotionnelle** : aider le patient à repérer le versant pathologique de la dysrégulation émotionnelle, à mieux réguler les émotions trop intenses, notamment à l'aide de techniques de relaxation. Elle favorise l'autonomie du patient en développant à terme ses capacités d'auto-relaxation et d'auto-compassion.
- **La réflexion** : aider les patients à réfléchir au sens à donner à leurs expériences de vie.
- **La transformation** : aider les patients à transformer les expériences émotionnelles négatives et non adaptées aux contextes en émotions plus positives et par conséquent faciliter les changements des relations avec les autres.

La TCE vise donc à améliorer l'intelligence émotionnelle, ainsi que la méta-émotion et la méta-cognition des patients.

V. Indications / population cible / répondeurs éventuels

Les principales indications de la TCE sont les troubles dépressifs, les troubles anxieux, notamment l'anxiété généralisée, les suites des psychotraumatismes, les troubles du comportement alimentaires, mais le niveau de preuve est limité. Toutes les pathologies psychiatriques caractérisées par des niveaux élevés de dysrégulation émotionnelle sont a priori de bonnes indications de TCE, mais n'y a pas d'études le démontrant formellement (13,14,15).

Il n'y a pas d'études spécifiques réalisées dans les addictions. Elles s'adressent préférentiellement à des sujets présentant des troubles de l'attachement. Comme ceux-ci sont fréquents chez les patients demandeurs de soins pour des conduites addictives, jusqu'à 67% dans l'étude de Wedekind et al. (2013) chez des patients alcoolodépendants (15), la TCE a un intérêt évident notamment dans le cas des troubles de l'attachement insécure-évitant, insécure-désorganisé et insécure-ambivalent. Les TCE peuvent être aussi recommandées chez les patients présentant des troubles fréquemment associés aux addictions comme les psychotraumatismes, les troubles dépressifs, les troubles anxieux, les états de stress post-traumatiques et les troubles de personnalité borderline (7).

Une autre limite est que les TCE ont surtout été utilisées chez des patients qui ne présentaient pas de pathologies psychiatriques, et a fortiori addictologiques, trop sévères (16,17).

VI. Les résultats peuvent-ils être améliorés en associant la méthode à d'autres modalités de soins : psychothérapies, médicaments... ?

Les études ont toujours évalué la TCE en complément d'approches médicamenteuses. Elles ont suggéré une efficacité des TCE en complément des approches médicamenteuses, généralement dans la dépression.

VII. Formation nécessaire

Une formation non universitaire est réalisée par l'institut français de la thérapie centrée sur les émotions (IFTCE <https://www.iftce.fr>), coordonné par Denise Schiffmann, psychologue libérale à Paris.

VIII. Synthèse

La TCE est proche des TCC, qui sont fondées sur les relations entre émotions, cognitions et comportements, les émotions étant considérées ici comme la voie principale du changement. Comme l'ont souligné Kramer & Ragama, pour le thérapeute TCC, la formulation et l'intervention se fondent toujours sur une compréhension des éléments cognitifs centraux qui produisent secondairement des affects et des émotions (6).

La TCE peut avoir un intérêt dans la prise en charge des addictions si l'on considère que la consommation de substances est une stratégie adaptative à la réalité externe en soulageant les sentiments de détresse émotionnelle, de souffrance psychique, d'angoisse, de tristesse, de colère... Comme certains patients vont tenter de gérer leurs émotions à l'aide de substances psychoactives,

plus faciles à maîtriser, du moins à court terme, la TCE peut les aider à retrouver des sentiments de sécurité internes suffisants et à surmonter des liens d'attachement vécus comme menaçants ou entravant leur autonomie, en particulier chez les sujets présentant des troubles de personnalité (7,8).

Pour aller plus loin : livres de Greenberg (16) et de Kraemer & Ragama (6).

Références bibliographiques

1. Angus L, Greenberg L. Working with narrative in emotion-focused therapy: Changing stories, healing lives. Washington, DC: American Psychological Association Press; 2011.
2. Greenberg LS. Emotion-Focused Therapy. Clin Psychol Psychother 2004; 11: 3-16.
3. Bloch L, Guillory PT. The attachment frame is the thing: Emotion-focused family therapy in adolescence. J Couple Relatsh Ther 2011; 10(3): 229-245.
4. Greenberg LS. Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings. American Psychological Association, 2015.
5. Greenberg LS, Rice L, Elliott R. Process-experiential therapy: Facilitating emotional change. New York: Guilford, 1993.
6. Kramer U, Ragama E. La psychothérapie centrée sur les émotions. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2020.
7. Dervaux A, Laqueille X. États limites et addictions. La Lettre du Psychiatre 2014 ; 10 : 88-92.
8. Dervaux A. Attachement insecure et addictions : influence sur la prise en charge. Eur Psychiatry 2014; 29(8): S609.
9. Johnson SM, Greenman PS. The path to a secure bond: Emotionally focused couple therapy. J Clin Psychol 2006; 62(5): 597-609.
10. Dessaulles A, Johnson SM, Denton WH. Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study. Am J Fam Ther 2003; 31(5): 345-353.
11. Priest JB. Emotionally focused therapy as treatment for couples with generalized anxiety disorder and relationship distress. J Couple Relatsh Ther 2013; 12(1): 22-37.
12. Goldman RN, Greenberg LS, Angus L. The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. Psychother Res 2006; 16(5): 537-549.
13. Dolhanty J, Greenberg LS. Emotion-focused therapy in the treatment of eating disorders. Eur Psychother 2007; 7(1): 97-116.
14. Robinson AL, Dolhanty J, Greenberg L. Emotion-focused family therapy for eating disorders in children and adolescents. Clin Psychol Psychother 2015; 22(1): 75-82.
15. Wedekind D, Bandelow B, Heitmann S et al. Attachment style, anxiety coping, and personality-styles in withdrawn alcohol addicted inpatients. Subst Abuse Treat Prev Policy 2013 Jan 10;8:1.
16. Greenberg L. La thérapie centrée sur les émotions. Deboek éd, 2020 : 160 p.
17. Greenberg LS. Emotion-focused therapy: A clinical synthesis. Focus 2010; 8(1): 32-42.

Approche cognitive et comportementale

Gestion des contingences

Maurice Dematteis, Neurologue, Professeur de Pharmacologie et Addictologie
Caroline Salas Toquero, Docteure en Psychologie
Lucie Pennel, Psychiatre Addictologue

Affiliation

Univ. Grenoble Alpes, Service Universitaire de Pharmaco-Addictologie – CSAPA, CHU Grenoble Alpes, 38043 Grenoble, France

I. Rationnel

La motivation est une dimension majeure dans les addictions, à la fois lors du processus pathologique où elle est détournée au profit de l'objet d'addiction (saillance, craving), puis dans les processus de rémission et de rétablissement qui nécessitent le développement durable de nouveaux comportements. La gestion des contingences (GC) ou incitations motivationnelles contribue à la mise en place de ces nouveaux comportements via des apprentissages par conditionnement opérant. Un comportement ciblé est répétitivement renforcé à l'aide de renforçateurs externes (récompenses) appliqués de façon contingente, c'est à dire immédiatement après l'obtention du comportement ciblé. La GC s'appuie sur les mêmes processus que ceux des addictions où il existe une contingence élevée liée à l'immédiateté et à l'intensité des effets recherchés favorisant la répétition et l'automatisation des comportements addictifs. Proposée seule ou intégrée aux autres traitements, la GC est efficace dans différentes addictions, mais les bénéfices s'estompent en quelques mois après son application. De nombreuses questions demeurent concernant les indications et les modalités d'application pour une efficacité durable (1).

II. Description de la méthode

Dans les addictions, la capacité à changer de répertoire comportemental est réduite par altération des processus exécutifs et motivationnels (1,2) Cette situation favorise la poursuite des comportements automatisés qui permettent d'obtenir une réponse immédiate vis-à-vis de l'effet recherché tout en étant peu coûteux en termes d'efforts cognitifs. La mise en place de nouveaux comportements nécessite des efforts pour apprendre et automatiser des séquences de pensées ou d'actions. La GC favorise la répétition de certains comportements par un renforcement positif via des gratifications (1).

De manière générale, la répétition des comportements est conditionnée par leurs conséquences positives (obtention d'une reconnaissance, d'une récompense) ou négatives (éviter d'une punition, d'un conflit, etc). De façon similaire, lors du développement des addictions, le comportement opérant est motivé et entretenu par les effets renforçateurs des produits, soit pour retrouver les effets recherchés et/ou éviter les symptômes de sevrage (1,2). Dans les addictions, une récompense immédiate est préférée à une récompense tardive plus importante, l'immédiateté

de l'effet étant d'autant plus importante pour les patients qu'elle permet de réduire une tension inconfortable.

La GC repose donc sur les mêmes processus, sur un apprentissage associatif (conditionnement opérant) où les conséquences positives augmentent la répétition du comportement qui les produit (3,4). Elle s'appuie sur des renforçateurs (incitations motivationnelles) dont l'application juste après la survenue d'un comportement souhaité augmente la probabilité qu'il se reproduise. Les renforçateurs ont un impact supérieur lorsqu'ils sont appliqués de manière contingente, c'est-à-dire dès que le comportement ciblé est accompli (3-5). La relation qui se crée entre le comportement et sa conséquence correspond à la contingence. C'est cette dernière qui change le comportement, pas la récompense seule. Au-delà de la récompense, la GC donne une alternative concrète et immédiate à l'usage de produit, ce qui permet d'engager l'individu dans des processus délibératifs. La récompense encourage des attentes positives qui peuvent être transférées à de nouvelles incitations et à d'autres comportements (processus de généralisation). Pour une efficacité durable, un programme d'incitation doit intégrer une variété de renforçateurs car une incitation initialement efficace peut perdre son intérêt au fil du temps (3,4). La GC est une stratégie dont l'efficacité est souvent supérieure aux autres stratégies non pharmacologiques mais qui s'atténue dans les mois qui suivent l'arrêt de son application (3-7).

En pratique, la GC repose sur 3 paramètres importants :

- 1) l'identification avec un patient ou un groupe de patients d'un comportement cible.
- 2) l'évaluation fréquente et objective du comportement ciblé.
- 3) l'utilisation d'un renforçateur externe tangible, adapté et idéalement personnalisé selon les préférences du patient pour être plus efficace (8,9).

1. le comportement ciblé

C'est un point majeur du contrat thérapeutique. Il est défini en fonction des objectifs et doit être attrayant pour un bénéfice durable. Il doit être observable, quantifiable, relativement facile à accomplir et survenir fréquemment pour permettre un renforcement (3-5). Les comportements ciblés "historiques" (abstinence, observance des rendez-vous, des traitements, etc) sont trop réducteurs pour une action durable. Des comportements importants pour la santé peuvent être ciblés : activité physique, remédiation cognitive, démarches sociales, professionnelles, comportements à risque, engagement dans différents soins, etc (10). Il est nécessaire de personnaliser ces comportements et leur mise en place à l'aide d'incitations externes et environnementales naturelles, en incluant les entourages pour encourager les efforts (8,10-12).

L'apprentissage est plus rapide si le comportement défini est systématiquement et immédiatement suivi du renforçateur (3,4), l'immédiateté conditionne la taille d'effet. Une chronologie plus variable réduit l'efficacité, le comportement pouvant s'éteindre si le renforcement est omis. Si le comportement ciblé n'est pas obtenu, le renforçateur peut être suspendu temporairement et revenir à une valeur inférieure (3,4). Le renforcement peut être progressif, par des approximations successives (façonnage), notamment chez les patients difficiles à traiter. Le façonnage peut être continu (renforcement à chaque comportement ciblé) ou intermittent (renforcement non systématique entraînant une acquisition et une disparition moins rapide du comportement).

2. les renforçateurs

Pour atteindre différents comportements cibles, il est important d'avoir un large choix de renforçateurs qui répondent aux valeurs ou aux besoins du patient (3,4,10). Historiquement, l'argent, les bons et chèques-cadeaux ont été utilisés comme des renforçateurs, sans différence entre eux. La valeur doit être suffisante pour motiver un changement (3,4). L'efficacité diminue avec des renforçateurs trop faibles, bien que des études aient montré une efficacité avec des renforçateurs intermittents ou de faible ampleur, voire "ultra-low-cost", permettant de réduire le coût de la procédure (1). Les bons peuvent être cumulés et échangés contre une large gamme de renforçateurs (matériels, aliments, services, privilèges, etc) définis en fonction des objectifs, des besoins, des sujets ou groupes de sujets, des possibilités, etc. Les achats à l'aide de bons peuvent être réalisés par le patient ou les membres de l'équipe. Ils sont moins "risqués" que des récompenses financières (3,4). L'attribution du prix peut dépendre de la difficulté de l'objectif à atteindre, avec une possibilité d'épargne, d'échange avec un renforçateur plus important mais différé (apprentissage d'une gratification différée).

Les stratégies qui utilisent des prix croissants pour encourager plus fortement les changements notamment au début sont coûteuses. Pour en réduire les coûts, il existe une variante avec des renforcements intermittents par tirage au sort (fishbowl method de Petry) à l'aide d'une urne qui contient des prix de différentes valeurs. Les valeurs les plus élevées étant rares, le nombre de tirages au sort augmente avec la répétition des comportements ciblés (3,4).

L'argent n'est pas forcément le renforçateur le plus puissant. Des alternatives non monétaires peuvent être proposées : repas gratuits, activités récréatives dans le cadre de programmes communautaires, soins moins chers ou gratuits, aides diverses (financières, socio-éducatives, etc), logements, formations professionnelles, emplois notamment dans le cadre de programmes communautaires (10). Les médicaments et notamment les substituts opiacés (TSO) sont de puissants renforçateurs via la titration et lors de l'assouplissement du traitement (délivrance pour plusieurs jours, prises à domicile) qui constituent des incitations motivationnelles (3,4).

3. en pratique

Dans la GC, un comportement convenu avec le patient et authentifié de manière objective (par exemple, abstinence confirmée par analyse urinaire), est renforcé grâce à des renforçateurs externes qui rivalisent avec les renforcements de la consommation de produits (3-5). Avec une récompense d'une valeur significative, le nouveau comportement bénéficie d'une contingence élevée et devient une expérience plus positive que la consommation de produit.

Au démarrage, la gratification est proposée de manière répétée et fréquente ce qui favorise son association au comportement recherché (processus d'amorçage) et la rend saillante et prévisible. Une approche graduelle, débutant par des objectifs faciles à atteindre et des changements faciles à apprendre encourage la démarche vers des objectifs plus ambitieux (3-5).

Après avoir ciblé la population et le comportement souhaité, le choix du renforçateur (type, intensité, chronologie, fréquence) et de la durée de la procédure est déterminant. La mise en place d'un nouveau comportement prenant du temps, la GC est appliquée pendant 2 à 6 mois, avec une phase initiale plus intensive de 2 à 3 mois afin d'encourager les changements (3-5). Les durées des interventions sont très variables selon les études, de moins de 2 semaines à plus de 2 ans (6) selon la sévérité des addictions, les objectifs ciblés, les conditions de vie et les approches utilisées. Une durée suffisante et adaptée au patient permet une meilleure appropriation et internalisation des processus de rétablissement ainsi que le relais par les renforçateurs naturels, réduisant ainsi les

rechutes à l'arrêt de l'intervention. Concernant les renforçateurs naturels qui sont intégrés pendant la procédure, il peut être utile d'établir une liste de nouvelles sources de satisfaction, de renforcements positifs incluant les renforçateurs sociaux, les activités récréatives et tout autre renforcement comportemental positif (8,10,11).

Après la phase initiale, le renforçateur externe peut être réduit en fréquence et en amplitude, car le nouveau comportement peut s'auto-renforcer (3-5), et la perception des patients peut se modifier : considération positive du traitement, sentiment d'auto-efficacité (succès attribué à la motivation interne plutôt qu'à la récompense) (3). Pour permettre un relais plus progressif, une phase intermédiaire peut être intégrée, en augmentant les exigences vis-à-vis du comportement ciblé (renforçateur donné pour des quantités croissantes du comportement) et en réduisant progressivement l'intensité des renforçateurs externes (1).

III. Niveau de validation scientifique

La méthode existe depuis plus de 40 ans, plusieurs méta-analyses et revues systématiques de la littérature ont depuis confirmé la pertinence de cette approche thérapeutique. Proposée seule ou associée à d'autres approches, elle présente une efficacité souvent supérieure aux autres stratégies non pharmacologiques (taille d'effet modérée à forte). Ainsi, dans sa méta-analyse, Prendergast a calculé, à partir de 47 comparaisons entre la GC et des traitements contrôles, une taille d'effet moyenne de niveau modéré (d de Cohen = 0,42). La GC s'est avérée plus efficace pour l'usage d'opioïdes ($d = 0,65$) et de cocaïne ($d = 0,66$) que pour le tabac ($d = 0,31$) et les polyconsommations ($d = 0,42$) (6).

Benishek a analysé 19 études comparant la GC et des traitements usuels. La taille d'effet moyenne calculée à la fin du traitement a été de 0,46, très proche de l'étude précédente (7).

Quant à Bolivar, il a étudié 6 modalités cliniques (60 études). Pour 4 s'entre elles, la taille d'effet moyenne a été de niveau modéré à fort : usage de stimulants : $d = 0,70$; tabac : $d = 0,78$; opioïdes illicites : $d = 0,58$; observance médicamenteuse : $d = 0,75$. Pour les 2 autres situations, la taille d'effet a été faible à modérée : polyconsommation : $d = 0,46$; assiduité au traitement : $d = 0,43$ (13).

Enfin, en 2021, Bentzley a montré que la GC était associée à une réduction de la consommation de cocaïne (14).

Note : la taille de l'effet est considérée comme faible si $d = 0,2$, modérée si $d = 0,5$ et forte si $d = 0,8$ ou plus

Mais cet effet s'atténue dans les mois qui suivent l'arrêt de son application (6,7), bien qu'une méta-analyse récente ait objectivé une efficacité à plus long terme (12 mois) (15).

IV. Objectif(s) thérapeutique(s)

La GC favorise la mise en place de nouveaux comportements dont l'observance thérapeutique (pour atteindre ou maintenir l'abstinence et/ou améliorer la santé mentale ou physique).

V. Indications / population cible / répondeurs éventuels

Indications

La GC a été très étudiée avec la cocaïne (14) en raison de son épidémiologie croissante et de l'absence de traitement validé, mais elle est efficace avec la plupart des produits (psychostimulants, morphiniques, benzodiazépines, cannabis, tabac, alcool) (6,7,13). En cas de polyconsommations, le renforcement dirigé sur un produit influence positivement l'usage des autres produits. Le succès obtenu pour un produit induirait un cercle vertueux, notamment par renforcement de la motivation à s'abstenir pour les autres produits (4).

Populations cibles, répondeurs éventuels

La GC peut être proposée dès le début des soins, notamment pour réduire les taux d'abandon en début de traitement, mais son application doit être adaptée et proposée à un moment opportun de la prise en charge (traitements pharmacologiques, non pharmacologiques, stabilité psychique, conditions de vie, etc) en fonction des addictions, des personnes, du contexte et des besoins. En cas d'indication de TSO, la GC est proposée de manière différée, par exemple après un mois de stabilisation, ou plus tard pour les patients peu observants et/ou qui poursuivent des consommations problématiques. (3,4). Par conséquent afin d'optimiser les interventions, il est important de caractériser les sujets selon les indications (par exemple, sujets non répondeurs aux traitements), les objectifs, les comportements et produits ciblés, l'existence de comorbidités, etc. La GC fonctionne mieux chez les consommateurs pour aller vers l'abstinence que pour prévenir la rechute chez des sujets déjà abstinents. La réponse est plus faible en cas d'anhédonie ce qui renvoie aux pathologies duelles et aux combinaisons de soins intégrés (16). L'absence de logement favorise les consommations et peut annuler tout bénéfice de la GC, d'où des combinaisons de GC avec des programmes de logement (17). Différentes modalités d'application sont possibles (individu, groupe, institution, ambulatoire, etc).

Limites

la GC est peu utilisée en raison de son coût, de sa méconnaissance et de sa mauvaise perception par les soignants (3,18). D'autre part, de nombreuses questions demeurent concernant l'optimisation des paramètres et la durée des bénéfices. Ces derniers surviennent rapidement pendant le traitement mais diminuent après l'arrêt pour généralement disparaître au-delà de six mois, avec des taux de rechute similaires aux autres traitements (7,10), même lorsque la GC est appliquée longtemps avec efficacité (6).

VI. Les résultats peuvent-ils être améliorés en associant la méthode à d'autres modalités de soins : psychothérapies, médicaments....

Dans une approche intégrative, l'association de la GC aux autres stratégies vise à améliorer les résultats des pharmacothérapies et/ou des psychothérapies par une association appropriée, selon leurs effets respectifs et une chronologie adaptée. Parmi les exemples, on peut citer :

- GC et antidépresseur, et/ou thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ; la GC est supérieure à la TCC pendant le traitement mais pas après, l'association des deux n'apportant pas systématiquement un avantage (1,19).
- GC et entretien motivationnel (EM) en ciblant respectivement les motivations extrinsèque et intrinsèque. La GC a un effet plus rapide, alors que l'EM a un effet plus durable (20). Si la mise en

place d'un nouveau comportement apparaît facile à court terme, son maintien est plus complexe, notamment parce qu'il inhibe l'ancien comportement sans l'effacer. Contrairement à la motivation extrinsèque (comportement en prévision de l'obtention d'un renforçateur externe), la motivation intrinsèque repose sur l'intérêt, le plaisir que le sujet trouve à l'action, sans attendre de récompense externe.

- GC et approche de renforcement (ou soutien) communautaire (ARC) : les programmes d'ARC intègrent de longue date la GC, la combinaison ARC-GC étant plus efficace que l'ARC seule pour l'abstinence, l'adhésion thérapeutique, l'emploi, etc (10). L'emploi y est utilisé comme renforçateur, mais les avantages du travail, dont l'argent gagné, sont subordonnés à la réalisation d'un comportement ciblé, par exemple l'abstinence. L'emploi est un renforçateur avec plusieurs avantages : renforcement immédiat en répondant au besoin d'argent, renforcement de l'auto-efficacité via les renforçateurs naturels (félicitations pour un travail bien fait, sentiment d'être un "bon travailleur" : sentiment et besoin de reconnaissance, d'appartenance, d'estime, etc).
- GC et programme de logement (17).
- GC et thérapie de couple, le partenaire pouvant avoir un rôle essentiel.

VII. Données médico-économiques

Si l'une des limites de la méthode est son coût, les évaluations coûts-bénéfice montrent que l'investissement de petites sommes d'argent peut apporter d'importants bénéfices médico-sociaux en termes d'abstinence ou d'adhésion aux soins (21,22). Il persiste cependant des inconnues, entre autres concernant les caractéristiques des sujets répondeurs, ce qui permettrait d'identifier les sujets qui bénéficieraient le plus de la méthode avec par conséquent le meilleur rapport coût-bénéfice.

VIII. Formation nécessaire (profil professionnel et formation complémentaire)

Il n'existe pas de formation en France. C'est une approche méconnue. En termes d'acceptabilité, une étude récente montre que les français accepteraient plus que les britanniques le principe d'une récompense financière pour faciliter l'arrêt du tabac chez les femmes enceintes fumeuses et l'absence de tabagisme après l'accouchement (23).

IX. Synthèse

La GC est une approche thérapeutique qui favorise le changement de comportement par des stratégies de renforcement positif à l'aide de renforçateurs externes délivrés de manière contingente à l'obtention d'un comportement ciblé. Comme d'autres approches motivationnelles, la GC est proposée en complément des autres traitements afin d'aider le patient à mobiliser ses ressources pour reprendre le contrôle. La GC est une stratégie efficace, généralisable aux différentes addictions et populations, mais elle est peu utilisée en raison de son coût, de son efficacité limitée dans le temps, mais aussi en raison de sa méconnaissance par les soignants malgré plus de 40 années d'existence. De nombreuses questions demeurent concernant l'optimisation des paramètres, la personnalisation de l'approche aux différents patients et addictions, et son intégration aux autres stratégies thérapeutiques pour une efficacité plus durable.

Références bibliographiques

1. Dematteis M, Pennel L. Gestion des contingences dans les addictions. Du concept à la pratique. *Alcoologie et Addictologie* 2018 ; 40 : 216-30.
2. Edwards S. Reinforcement principles for addiction medicine; from recreational drug use to psychiatric disorder. *Prog Brain Res* 2016 ; 223 : 63-76.
3. Petry NM, Stitzer ML. Contingency management: using motivational incentives to improve drug abuse treatment. In : Nuro KF, Editor. Training Series n° 6. West Haven : Yale University Psychotherapy Development Center ; 2002.
4. Stitzer M, Petry N. Contingency management for treatment of substance abuse. *Annu Rev Clin Psychol* 2006 ; 2 : 411-34.
5. Petry NM. A comprehensive guide to the application of contingency management procedures in clinical settings. *Drug Alcohol Depend* 2000 ; 58 : 9-25.
6. Prendergast M, Podus D, Finney J, Greenwell L, Roll J. Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta-analysis. *Addiction* 2006 ; 101 : 1546-60.
7. Benishek LA, Dugosh KL, Kirby KC, Matejkowski J, Clements NT, Seymour BL, Festinger DS. Prize-based contingency management for the treatment of substance abusers: a meta-analysis. *Addiction* 2014 ; 109 : 1426-36.
8. Petry NM, Tedford J, Martin B. Reinforcing compliance with non-drug-related activities. *J Subst Abuse Treat* 2001 ; 20 : 33-44.
9. Hartzler B, Garrett S. Interest and preferences for contingency management design among addiction treatment clientele. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2016 ; 42 : 287-95.
10. Rash CJ, Stitzer M, Weinstock J. Contingency management: new directions and remaining challenges for an evidence-based intervention. *J Subst Abuse Treat* 2017 ; 72 : 10-8.
11. McKay JR. Making the hard work of recovery more attractive for those with substance use disorders. *Addiction* 2017 ; 112751-7.
12. Petry NM, Alessi SM, Carroll KM, Hanson T, MacKinnon S, Rounsaville B, Sierra S. Contingency management treatments: reinforcing abstinence versus adherence with goal-related activities. *J Consult Clin Psychol* 2006 ; 74 : 592-601.
13. Bolívar HA, Klemperer EM, Coleman SRM, DeSarno M, Skelly JM, Higgins ST. Contingency management for patients receiving medication for opioid use disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2021 ; 78 :1092-102.
14. Bentzley BS, Han SS, Neuner S, Humphreys K, Kampman KM, Halpern CH. Comparison of treatments for cocaine use disorder among adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open* 2021 ; 4 : e218049.
15. Ginley MK, Pfund RA, Rash CJ, Zajac K. Long-term efficacy of contingency management treatment based on objective indicators of abstinence from illicit substance use up to 1 year following treatment: A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2021 ; 89 : 58-71.
16. Kelly TM, Daley DC, Douaihy AB. Contingency management for patients with dual disorders in intensive outpatient treatment for addiction. *J Dual Diagn* 2014 ; 10 : 108-17.
17. Rash CJ, Alessi SM, Petry NM. Substance abuse treatment patients in housing programs respond to contingency management interventions. *J Subst Abuse Treat* 2017 ; 72 : 97-102.
18. Carroll KM. Lost in translation? Moving contingency management and cognitive behavioral therapy into clinical practice. *Ann N Y Acad Sci* 2014 ; 1327 : 94-111.
19. Sheridan Rains L, Steare T, Mason O, Johnson S. Improving substance misuse outcomes in contingency management treatment with adjunctive formal psychotherapy: a systematic review and meta-analysis *BMJ Open* 2020 ; 10: e034735.
20. Sayegh CS, Huey SJ, Zara EJ, Jhaveri K. Follow-up treatment effects of contingency management and motivational interviewing on substance use: a meta-analysis. *Psychol Addict Behav* 2017 ; 31 : 403-14.
21. Murphy SM, McDonnell MG, McPherson S, Srebnik D, Angelo F, Roll JM, Ries RK. An economic evaluation of a contingency-management intervention for stimulant use among community mental health patients with serious mental illness. *Drug Alcohol Depend* 2015 ; 153 : 293-9.
22. López-Núñez C, Alonso-Pérez F, Pedrosa I, Secades-Villa R. Cost-effectiveness of a voucher-based intervention for smoking cessation. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2016 ; 42 : 296-305.
23. Berlin N, Goldzahl L, Bauld L, Hoddinott P, Berlin I. Public acceptability of financial incentives to reward pregnant smokers who quit smoking: a United Kingdom-France comparison. *Eur J Health Econ* 2018 ; 19 : 697-708.

Approche psycho-corporelle

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) et Addiction

Cyril Tarquinio, Marie-Jo Brennstuhl, Camille-Louise Tarquinio

I. Rationnel

L'objectif de ce chapitre est de permettre une meilleure connaissance de la thérapie EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) et de présenter son intérêt clinique dans la prise en charge de l'addiction.

1.1. LA PSYCHOTHERAPIE EMDR

Comme nous le montrerons dans le cadre de ce chapitre la thérapie EMDR, développée par Francine Shapiro, a fait l'objet depuis sa découverte en 1987, de nombreux travaux qui attestent de son efficacité et de son efficience, notamment dans la prise en charge du trouble de stress post-traumatique (TSPT).

1.1.1. Le modèle TAI

Davantage métaphorique que véritable support théorique, le modèle du Traitement Adaptatif de l'Information (TAI) constitue le postulat de base de la thérapie EMDR. Développé à partir d'observations cliniques dans le but d'expliquer la rapidité des résultats obtenus, il repose sur l'idée que le corps a, jusqu'à un certain point, la capacité de se régénérer et de se guérir lui-même (exemple : le processus de cicatrisation après une coupure). Ce parallèle fut envisagé pour les capacités mnésiques notamment lorsqu'un individu est confronté à des événements négatifs de nature traumatique ou non. Ainsi, le psychisme aurait la faculté de « métaboliser » la majorité des vécus traumatiques. Lorsque ce système ne fonctionne pas correctement, l'information resterait « en suspens » dans le psychisme, influençant pensées, émotions et sensations, à travers des réseaux mnésiques dysfonctionnels.

1.1.2. Le protocole standard

La thérapie EMDR est une approche dite « intégrative », en ce sens qu'elle puise certains principes issus d'autres psychothérapies tels que les thérapies cognitives et comportementales (TCC), l'hypnose ou encore l'approche psychodynamique.

Cette approche, au même titre que les autres, doit être envisagée dans une prise en charge globale. À ce titre, avant même de débiter le processus de désensibilisation et de retraitement, une partie est consacrée à l'anamnèse du patient, puis à l'installation de ressources que ce dernier pourra utiliser en cas de besoin. C'est seulement une fois que ces éléments seront réunis que le processus de désensibilisation et de retraitement pourra débiter à l'aide des stimulations bilatérales alternées (mouvements oculaires, tapotements, sons ou vibrations).

Le protocole standard s'organise en 8 phases : 1 – histoire du patient ; 2 – préparation ; 3 – évaluation ; 4 – désensibilisation ; 5 – installation ; 6 – scanner corporel ; 7 – clôture ; 8 –

réévaluation. Les phases 1 et 2 sont semblables à toutes les psychothérapies, à la différence qu'elles sont conceptualisées sous l'angle du modèle TAI. Les phases 3 à 8, sont plus spécifiques à la psychothérapie EMDR.

Le plan de ciblage s'attache à définir la problématique actuelle incluant les éléments déclencheurs (prendre l'avion, se confronter à l'agresseur, prendre la parole en public ...), de repérer les événements du passé en lien (turbulences en avion, agression dans l'enfance, brimades maternelles...), ainsi que les scénarios du futur envisagés (voyage en avion futur, rendez-vous au tribunal, conférence...).

Si les déclencheurs actuels et les scénarios du futur peuvent être abordés très simplement, la recherche d'événements du passé nécessite de remonter le fameux « canal » mnésique dysfonctionnel. Pour ce faire, lors de la première séance, le patient est invité à se focaliser sur l'événement actuel le plus perturbant pour lui, à en ressentir les sensations, identifier ses cognitions, et laisser son esprit le guider à travers tous les événements du passé où il a déjà ressenti ou pensé cela. Tous les événements évoqués sont pris en compte, jusqu'à retourner à l'événement le plus ancien dont puisse se souvenir le patient. C'est cet événement qui sera considéré comme souvenir source et retraité en premier lieu, même s'il peut être moins chargé émotionnellement que d'autres. C'est le « nœud » initial du « canal », qui peut - s'il est retraité - impulser un changement dans tout le réseau dysfonctionnel.

Le traitement de désensibilisation s'opèrera alors de manière à retraiter le souvenir source, les souvenirs du passé, les déclencheurs actuels et les scénarios du futur, le tout suivant un protocole déterminé pour chaque point.

Le protocole standard constitue la pierre angulaire de la psychothérapie EMDR, dont il semble difficile de s'éloigner. En effet, ce dernier se retrouve dans tous les types de traitements même s'il est aménagé selon la problématique abordée, que l'on traite les phobies, la douleur ou encore l'addiction. Mais ce dernier ne se suffit pas. Bien au contraire, il doit dans les faits s'intégrer dans le processus psychothérapeutique inhérent à toute psychothérapie. Ainsi, il constitue un type d'intervention possible dans le cadre thérapeutique, mais ne doit pas être considéré comme le « Gold Standard ».

1.2. ADDICTION ET PSYCHOTRAUMATISME

28.2.1. Addiction et trouble de stress post-traumatique (TSPT)

Le TSPT apparaît rarement de façon isolée. Les données révèlent que 80 % des patients souffrant de TSPT présentent également un trouble psychologique concomitant ; les plus fréquents sont le trouble dépressif majeur, les troubles anxieux ainsi que l'abus et la dépendance à l'alcool (1). Jacobsen, Southwick et Kosten (2001) rapportent dans leur revue de la littérature un taux de comorbidité entre le TSPT et le trouble addictif variant de 20 % à 75 % selon les populations étudiées (2). McGovern et al. (2009) font état de 35 % à 50 % de patients soignés pour troubles addictifs qui auraient également développé un TSPT au cours de leur vie, ce chiffre variant de 25 % à 42 % pour les patients présentant un TSPT au moment de l'étude, soit quatre fois la fréquence de ce trouble dans la population générale (3). Il a été par ailleurs souligné que, dans la majorité des cas, le TSPT s'installe avant l'addiction (1,4).

Selon Volpicelli et al. (1999), face à un stress majeur ou une expérience traumatique, le niveau d'endorphine dans le cerveau augmente (5). Cette activité diminue de façon substantielle après

l'expérience traumatique. Le fait de consommer de l'alcool vient alors compenser la détresse émotionnelle liée au sevrage de l'endorphine. Ce phénomène a été dénommé hypothèse de compensation de l'endorphine (en anglais : *endorphin compensation hypothesis*).

Ainsi, des individus qui ont été confrontés à un traumatisme peuvent être amenés à s'alcooliser afin de pallier ce déficit et de reproduire l'effet « anesthésiant » expérimenté lors de l'augmentation du niveau d'endorphines. La répétition chronique des symptômes du TSPT contribue à une augmentation de l'activité endorphinique suivie par un phénomène de manque, pouvant amplifier le *craving* pour l'alcool.

La comorbidité du TSPT chez les patients souffrant d'addictions peut aujourd'hui difficilement être remis en cause. Dans la littérature, des concepts pathogénétiques ont été discutés. L'hypothèse de base est qu'un traumatisme sous-jacent conduit à un TSPT, les symptômes qui en découlent entraînent, de manière autochtone ou aussi iatrogène, vers l'usage excessif de substances et en conséquence vers la dépendance. En ce qui concerne le modèle alternatif, le développement de l'addiction précède et augmente le risque d'un traumatisme ainsi que le développement d'un TSPT en raison de la modification du mode de vie. On constate de plus en plus souvent le développement de dépendances à partir de troubles post-traumatiques. De nouveaux résultats ont depuis lors souligné l'importance d'une prise en charge psychothérapeutique du TSPT (6,7), car ce dernier, s'il n'est pas traité, constituera une source de perturbations qui élèvent le risque d'une récurrence de consommation des drogues ainsi que de dépendance.

28.2.2. Addiction et ACEs

Les ACEs (*Adverse Childhood Experiences*) peuvent être définis comme des « événements vécus durant l'enfance, de sévérité variable et souvent chroniques, survenant dans l'environnement familial ou social d'un enfant, qui causent un préjudice ou de la détresse et perturbent ainsi la santé et le développement physique ou psychologique de l'enfant¹ » (8). Le concept d'ACE a été introduit dans la littérature au cours d'une grande étude épidémiologique menée par Felitti et collaborateurs en 1998 (9) qui a permis de rendre compte de la relation graduelle entre l'ampleur de l'exposition aux violences (physiques, psychologiques, sexuelles) ou du dysfonctionnement du foyer pendant l'enfance et le développement de facteurs de risque multiples (tabagisme, obésité grave, inactivité physique, humeur dépressive, tentatives de suicide, alcoolisme, toute forme de toxicomanie, nombre élevé de partenaires sexuels au cours de la vie (>50) et maladies sexuellement transmissibles) en lien avec les principales causes de décès chez les adultes (aux États-Unis : cardiopathie ischémique, tout cancer, accident vasculaire cérébral, bronchite chronique ou emphysème, diabète, hépatite, toute fracture du squelette) ainsi que l'état de santé auto-perçu. En d'autres termes, plus une personne subit d'expériences adverses durant l'enfance, plus le risque de développer des comportements à risque pour la santé et ainsi, de souffrir de problématiques de santé à l'âge adulte est important. En fonction des réponses des participants était calculé un score total permettant de rendre compte de l'effet cumulatif des ACEs sur la santé.

La recherche dans le domaine a permis de confirmer l'existence d'une relation dose-réponse entre le nombre d'ACEs et le possible développement d'un trouble lié à la consommation de substances (10,11). De plus, la présence d'ACEs serait associée à une relation graduelle forte avec le risque d'initiation à la drogue du début de l'adolescence à l'âge adulte, ainsi qu'à la consommation de

¹ Traduction des auteurs: « *Adverse childhood experiences are childhood events, varying in severity and often chronic, occurring within a child's family or social environment that cause harm or distress, thereby disrupting the child's physical or psychological health and development* » (Kalmakis & Chandler, 2014)

drogue, au développement d'une addiction et à l'usage parental (11). D'autres recherches ont permis d'identifier que l'impact de chaque ACEs n'est pas équivalent, notamment en ce qui concerne le développement d'un trouble lié à la consommation de substance (10). Selon Cloitre et al. (2009) (12), l'exposition à de multiples expériences traumatiques, notamment pendant l'enfance, impacterait la régulation émotionnelle, ainsi, la consommation de substance constituerait une tentative pour faire face et atténuer l'impact émotionnel. Ceci, pouvant entraîner *in fine* le développement d'un trouble lié à la consommation de substances (13).

Inscrire le développement d'addictions dans l'histoire de vie des patients, notamment en ce qui concerne le vécu d'adversité durant l'enfance est nécessaire dans le cadre de la prise en charge psychothérapeutique. Elle permettra de mieux comprendre l'enjeu et la place de l'addiction dans la vie du patient ainsi que les précautions à prendre au cours du travail.

II. Description de la méthode

29. EMDR ET PRISE EN CHARGE DE L'ADDICTION

2.1. EMDR et addictions

Les premières approches psychothérapeutiques dans le domaine des addictions se sont surtout intéressées au traitement du TSPT comorbide. Plusieurs auteurs ont d'ailleurs suggéré d'envisager en premier lieu une prise en charge du souvenir traumatique (14).

Les choses ont depuis évolué et la prise en charge porte aussi sur la mémoire de la dépendance comme cela peut être le cas chez les alcoolodépendants. C'est le cas de Hase, Schallmayer et Sack (2008) qui avec la thérapie EMDR ont obtenu des résultats qui indiquent une diminution des comportements de *craving* (15). Il semble aujourd'hui raisonnable de parler d'un réseau de mémoire de l'addiction. Les souvenirs de récurrence, de manque, les aspects apparemment positifs de la dépendance constituent des nœuds dans ces réseaux de mémoire et sont autant de cibles à traiter avec la thérapie EMDR. Dans la mesure du possible, il faut se centrer sur les souvenirs les plus négatifs. Seulement, en pratique, il est souvent utile de commencer par une situation présente. Ainsi, les souvenirs les plus anciens sont ensuite plus facilement accessibles.

La planification du traitement s'appuie sur le protocole standard, sont alors traités :

- les souvenirs des récurrences ou des situations de fortes envies ou de manque sont retraités dans le secteur « *passé* » du protocole standard ;
- les déclencheurs actuels et les problèmes de comportement associés dans le secteur « *présent* » ;
- dans la partie « *futur* » où les peurs d'une rechute peuvent être retravaillées en utilisant la fiche de travail sur la Projection vers le futur et le scénario du futur.

Un autre aspect important qu'il conviendra de prendre en compte durant le processus thérapeutique est l'ambivalence vis-à-vis de l'abstinence, qui est souvent le fait d'une inscription en des termes positifs de la consommation de drogue dans le réseau de mémoire. Il ne faut pas oublier en effet que les addictions sont aussi le fait de renforcements positifs, conduisant à des états de bien-être ou des moments agréables. On peut à cet égard mettre à jour ces nœuds au travers d'un questionnement qui pourra porter sur les aspects « positifs » de la dépendance pour, *in fine*, les intégrer dans le processus de traitement.

29.2. Protocoles spécifiques à la prise en charge des addictions

Différents protocoles existent dans l'utilisation de l'EMDR dans le traitement des addictions :

- le protocole standard sera classiquement utilisé afin de retraiter les causes en lien avec l'apparition et le maintien du trouble ;
- le protocole DeTUR ciblera davantage les déclencheurs actuels de la consommation et permettra de renforcer les ressources et les capacités de coping afin de prévenir la rechute ;
- le protocole FSAP permettra une désensibilisation des émotions et ressentis positifs et un retraitement des représentations de soi liées à la consommation ;
- le CravEX permettra d'une part une désensibilisation et un retraitement des épisodes traumatiques liés à l'addiction, ainsi qu'un retraitement de la mémoire de la dépendance.

III. Niveau de validation scientifique

De la psychothérapie EMDR

De nombreux travaux attestent de son efficacité et de son efficacité, notamment en ce qui concerne la prise en charge du trouble de stress post-traumatique (TSPT). La psychothérapie EMDR est une thérapie intégrative et validée empiriquement en ce qui concerne la prise en charge du TSPT. Dans une revue, réalisée en 2014, vingt-trois essais cliniques publiés dans des revues à comité de lecture attestent de l'efficacité de l'EMDR sur le TSPT et les traumatismes (16). Les directives de pratique de l'Organisation mondiale de la santé (17) indiquent que la thérapie EMDR et la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme sont les seules psychothérapies recommandées pour les enfants, les adolescents et les adultes souffrant de TSPT (18).

Chen et collaborateurs (19) ont réalisé en 2014, une méta-analyse d'études cliniques qui vise à étudier les effets de la thérapie EMDR sur les symptômes du TSPT, la dépression, l'anxiété et la détresse subjective chez les patients souffrant de TSPT traités au cours des deux dernières décennies. Dans cette méta-analyse, ont été sectionnés, 26 essais contrôlés randomisés sur le traitement du TSPT par la psychothérapie EMDR. Cette étude a confirmé que la psychothérapie EMDR réduit significativement les symptômes du TSPT, la dépression, l'anxiété et la détresse subjective chez les patients souffrant de TSPT. L'analyse des sous-groupes a indiqué qu'une durée de traitement de plus de 60 minutes par session était un facteur majeur d'amélioration de l'anxiété et de la dépression, et qu'un thérapeute ayant de l'expérience dans la conduite d'une thérapie de groupe sur le TSPT était un facteur majeur de réduction des symptômes du TSPT.

En 2018, Khan et collaborateurs (20) ont réalisé une revue systématique et une méta-analyse portant sur 14 études afin de comparer l'efficacité de la TCC et de l'EMDR : (i) pour soulager les symptômes post-traumatiques, et (ii) pour atténuer l'anxiété et la dépression, chez les patients souffrant de TSPT. Le principal résultat de cette méta-analyse est que les participants traités par la psychothérapie EMDR présentaient une atténuation des symptômes post-traumatiques plus importante que les participants traités par la TCC. Par ailleurs, l'EMDR présentait une supériorité statistiquement significative sur la TCC en ce qui concerne l'atténuation de l'anxiété. De plus, bien qu'il ait été observé que l'EMDR était meilleure que la TCC pour réduire la dépression, cette différence n'était pas statistiquement significative.

Une autre méta-analyse a confirmé l'efficacité de l'EMDR par rapport aux TCC dans le cadre de la prise en charge du TSPT chez l'adulte. 11 études ont été incluses (N = 424). Bien que toutes les études comportent des limites méthodologiques, les méta-analyses pour les scores totaux du TSPT ont révélé que l'EMDR était légèrement supérieure à la TCC. Une méta-analyse cumulative a

confirmé ce résultat et une méta-analyse pour les scores des sous-échelles des symptômes du PTSD a indiqué que l'EMDR était plus efficace pour la diminution de l'intrusion et de la sévérité de l'excitation par rapport à la TCC. L'évitement n'était pas significativement différent entre les groupes. L'EMDR peut être plus adaptée que la TCC pour les patients souffrant de TSPT et présentant des symptômes d'intrusion ou d'hyperexcitation importants. Cependant, le nombre limité et la qualité médiocre des études originales incluses incitent à la prudence pour tirer des conclusions définitives (21).

Quelques éléments récents sur la psychothérapie EMDR et l'addiction

Une étude publiée en 2017 s'est intéressée, dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé (ECR), à l'efficacité de l'EMDR sur la réduction des symptômes du TSPT chez les patients souffrant d'un trouble lié à la consommation de substances et d'un TSPT (22). L'ECR a été réalisé en simple aveugle auprès de 158 patients porteurs d'un trouble lié à la consommation de substances et d'un TSPT comorbides. Ce travail examine l'efficacité de l'EMDR combinée au traitement du TSPT non axé sur les traumatismes, dans la réduction des symptômes du TSPT chez les patients souffrant d'un trouble lié à la consommation de substances et de TSPT comorbide, par rapport au traitement du TSPT non axé sur les traumatismes seul. Il est crucial de tester l'efficacité de l'EMDR dans ce groupe de patients, car les patients souffrant de troubles liés à la consommation de substances et de TSPT comorbides ont été exclus jusqu'à présent de la plupart des essais cliniques des interventions axées sur le traumatisme. Selon les auteurs, la découverte attendue de la supériorité de l'EMDR dans la réduction des symptômes de TSPT par rapport au traitement du TSPT non centré sur le traumatisme peut renforcer l'utilisation des approches de traitement centrées sur le traumatisme pour les patients souffrant de trouble lié à la consommation de substances et de TSPT comorbide.

Un autre essai contrôlé randomisé multicentrique de phase II à l'aveugle a évalué si la thérapie EMDR conduit à : (i) une réduction de la consommation de substances ; (ii) une amélioration des symptômes psychopathologiques et des symptômes liés aux traumatismes ; et (iii) une amélioration du fonctionnement général. L'hypothèse des auteurs est que le groupe EMDR s'améliorera dans toutes les variables par rapport au groupe de traitement habituel aux visites de 6 et 12 mois. Cette étude permet de fournir des preuves sur l'efficacité de la thérapie EMDR dans la réduction des symptômes liés à la dépendance, au traumatisme et aux symptômes cliniques et dans l'amélioration de la fonctionnalité chez les patients souffrant de troubles de la consommation de substance qui présentent des antécédents de traumatisme (23).

Éléments complémentaires

Dans un travail publié en 2016, dédié à la psychothérapie EMDR dans le traitement des troubles de la consommation de substance et des addictions, il est indiqué que les troubles co-occurrents constituent un défi en matière de traitement et que la thérapie EMDR constitue une réponse à ce défi. Les 8 phases et les 3 volets de la thérapie EMDR, ainsi que le modèle du traitement adaptatif de l'information permettent de considérer que la traumatisation précoce ainsi que l'adversité vécue durant l'enfance apparaissent comme les principaux facteurs d'émergence des symptômes et troubles cliniques, et sont souvent les principales causes de la consommation de substances destinées à réguler la détresse. Ainsi, selon les auteurs, l'approche à trois volets de la thérapie EMDR convient parfaitement au traitement des troubles co-occurrents et cible les éléments suivants (i) les contributeurs expérientiels passés aux symptômes actuels, (ii) les déclencheurs actuels qui activent la détresse, et (iii) les modèles futurs d'états et de comportements souhaités (18).

Ces auteurs considèrent que les effets du traitement observé avec la thérapie EMDR offrent une mesure supplémentaire de protection contre les rechutes futures avec la drogue, l'alcool ou d'autres comportements autodestructeurs destinés à l'origine à "se sentir mieux". Ils attirent l'attention sur l'hypothèse selon laquelle le problème numéro un de la société n'est pas l'abus de substances et les autres comportements nuisibles pour la santé, mais plutôt les traumatismes non résolus, la négligence et d'autres expériences de vie adverses qui, avec un traitement efficace, peuvent transformer une personne et lui permettre de vivre une vie libérée de ses souffrances passées et qui vaut la peine d'être vécue sans substances (18).

IV. Objectif(s) thérapeutique(s)

Comme nous l'évoquions précédemment, Shapiro (2001) (24) a développé le modèle de traitement adaptatif de l'information (modèle TAI) comme base théorique de la psychothérapie EMDR, en reconnaissant qu'une expérience ne doit pas nécessairement correspondre à un traumatisme de critère A du DSM-IV-TR pour être considérée comme traumatique. Dans son modèle, le fait de survivre à un combat de guerre et le fait de grandir dans un foyer où l'on subit des violences émotionnelles peuvent avoir le même impact, selon la personne et sa capacité à donner un sens aux expériences traumatiques. Le modèle de traitement adaptatif de l'information constitue une procédure permettant que les informations stockées de manière dysfonctionnelle soient alors stockées de façon plus adaptées et fonctionnelles (25). Cette procédure s'envisage en trois temps :

- (a) Accéder à l'information cible (c'est-à-dire les souvenirs stockés de manière dysfonctionnelle).
- (b) Stimuler le système de traitement de l'information de manière dynamique (par exemple, par une stimulation bilatérale).
- (c) Amener l'information à une résolution adaptative afin de résoudre le problème présenté.

De manière générale, on peut considérer qu'il s'agit des objectifs de la psychothérapie EMDR.

V. Indications / population cible / répondeurs éventuels

La psychothérapie EMDR est indiquée dans différents contextes de prise en charge, pour les enfants, les adolescents et les adultes (26) dans le cadre de troubles psychopathologiques tels que les troubles anxieux, les phobies, le trouble anxieux généralisé, le trouble panique, le trouble obsessionnel compulsif, les troubles de l'humeur unipolaire chez l'adolescent et chez l'adulte et bipolaire chez l'adulte, les troubles psychotiques, les troubles de la personnalité comme le trouble de la personnalité limite (encore appelé trouble de la personnalité borderline), le trouble de la personnalité narcissique ou la personnalité dissociative et d'autres pathologies complexes de la personnalité.

Par ailleurs, la psychothérapie EMDR est également reconnue dans le cadre de la prise en charge des addictions, qu'elles soient avec substance (27,28) ou sans substance, comme l'addiction au jeu (29) ou au sexe (30).

De plus, la psychothérapie EMDR a montré son efficacité dans le cadre de la prise en charge des troubles somatiques et somatoformes, tels que la douleur du membre fantôme, la douleur chronique, la dysmorphophobie, certaines dermatoses ou encore, certains troubles de la sexualité.

La prise en charge du deuil fait également partie des spécificités de prise en charge de la psychothérapie EMDR.

Concernant la prise en charge du psychotraumatisme, la psychothérapie EMDR est efficace sur les traumatismes récents, sur le trouble de stress post-traumatique (TSPT), comme envisagé précédemment chez l'adulte, mais également chez les enfants et les adolescents, sur le trauma

suite à des désastres naturels, le trauma suite à des agressions et violences sexuelles, chez les enfants victimes de violences domestique, sur le trauma complexe.

VI. Les résultats peuvent-ils être améliorés en associant la méthode à d'autres modalités de soins : psychothérapies, médicaments....

La prise en charge de populations spécifiques doit nécessiter des formations complémentaires voir supplémentaires. Par exemple, chez les patients qui expriment un passé d'adversité dès leur plus jeune âge, un vécu d'expériences potentiellement traumatiques, des blessures du lien, et qui laissent entrevoir un tableau clinique de trauma complexe, une préparation approfondie est fortement recommandée afin de favoriser l'expérience la plus sûre et sereine du retraitement des traumatismes avec la psychothérapie EMDR (Brown, Stowasser & Shapiro, 2016). Une perspective de développement supplémentaire des ressources est nécessaire pour les patients qui ne présentent pas suffisamment de ressources internes et externes, afin de pouvoir tolérer le retraitement. D'autres exercices d'ancrage et d'auto-apaisement, tels que le contenant, le lieu-sûr, la cohérence cardiaque, des exercices de présentification, peuvent contribuer à un apaisement et une stabilisation plus importante. La prise en charge des patients présentant un tel diagnostic nécessite une formation adaptée en ce qui concerne le champ psychotraumatisme et ses conséquences. Il en va de même pour la dissociation d'origine traumatique, l'addiction, les troubles de la personnalité et la psychopathologie en général, les maladies chroniques et la spécificité du public envisagé (enfant, adolescent, adulte, famille, couple, groupe...). La formation complémentaire, tout au long du parcours des professionnels, va constituer l'élément clé dans la qualité de la prise en charge proposée aux patients.

VII. Formation nécessaire

L'utilisation et l'application de la psychothérapie EMDR, nécessite d'avoir suivi une formation dans un organisme de formation reconnu par l'association EMDR Europe, permettant l'obtention du titre protégé de « praticien EMDR Europe ». Un Diplôme Inter-Universitaire de formation à la thérapie EMDR est également délivré à l'Université de Lorraine.

La formation est réservée aux psychiatres titulaires du DES ; aux internes en psychiatrie à partir du début de la 3ème année d'internat ; aux psychologues titulaires d'un DESS/ Master 2, sous réserve qu'ils aient accompli le stage professionnel prévu par la loi dans un établissement public ou privé (éléments à vérifier avec l'organisme de formation choisi) ; aux psychologues du travail, sous réserve d'effectuer un 1er cycle de supervision EMDR de groupe de 15h00 (au lieu de 10h00) ; aux psychothérapeutes dont le titre a été reconnu par une Agence Régionale de Santé.

Toutes les informations nécessaires ou l'annuaire des thérapeutes peuvent être trouvées sur le site de l'association EMDR France (<https://www.emdr-france.org/web/>).

VIII. Synthèse

L'utilisation de la thérapie EMDR dans le cadre de la prise en charge des addictions est en plein essor et permet de s'adapter à la pluralité des profils addictifs. L'utilisation du protocole standard est privilégiée lorsque les causes du comportement addictif sont connues et que le patient est suffisamment stabilisé pour qu'elles soient traitées.

L'utilisation de protocoles spécifiques permet de s'adapter et de cibler les différentes composantes des troubles de l'usage de substance, en ciblant la mémoire de la dépendance, les comportements de *craving*, l'envie de consommer, les ressentis positifs en lien avec la consommation.

La prévention de la rechute est également une étape fondamentale prise en charge par les protocoles spécifiques en EMDR.

Références bibliographiques

1. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 1995; 52(12), 1048-1060.
2. Jacobsen LK, Southwick SM, Kosten TR. Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: A review of the literature. *The American Journal of Psychiatry* 2001; 158(8), 1184-1190.
3. McGovern MP, Lambert-Harris C, Aquilano S et al. A cognitive behavioral therapy for co-occurring substance use and posttraumatic stress disorders. *Addictive Behaviors* 2009; 34(10), 892-897.
4. Back SE, Jackson JL, Sonne S, Brady KT. Alcohol dependence and posttraumatic stress disorder: Differences in clinical presentation and response to cognitive-behavioral therapy by order of onset. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2005; 29(1), 29-37.
5. Volpicelli J, Balaraman G, Hahn J et al. The role of uncontrollable trauma in the development of PTSD and alcohol addiction. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* 1999; 23(4), 256-262.
6. Hien DA, Jiang H, Campbell AN et al. Do treatment improvements in PTSD severity affect substance use outcomes? A secondary analysis from a randomized clinical trial in NIDA's Clinical Trials Network. *The American journal of psychiatry* 2010; 167(1), 95–101.
7. Marich J. EMDR in the Addiction Continuing Care Process Case Study of a Cross-Addicted Female's Treatment and Recovery. *Journal of EMDR Practice and Research* 2009; 3(2), 98-106.
8. Kalmakis KA, Chandler GE. Adverse childhood experiences: Towards a clear conceptual meaning. *Journal of Advanced Nursing* 2014; 70(7), 1489-1501.
9. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine* 1998; 14(4), 245-258.
10. Bryant DJ, Coman EN, Damian AJ. Association of adverse childhood experiences (ACEs) and substance use disorders (SUDs) in a multi-site safety net healthcare setting. *Addictive Behaviors Reports* 2020; 12, 100293.
11. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ et al. Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addictive Behaviors* 2002; 27(5), 713-725.
12. Cloitre M, Stolbach BC, Herman JL et al. A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity: Childhood and Adult Cumulative Trauma as Predictors of Symptom Complexity. *Journal of Traumatic Stress* 2009; 22(5), 399-408.
13. Leza L, Siria S, López-Goñi JJ, Fernández-Montalvo, J. Adverse childhood experiences (ACEs) and substance use disorder (SUD): A scoping review. *Drug and Alcohol Dependence* 2021; 221, 108563.
14. Zweben J, Yeary J. EMDR in the Treatment of Addiction. *Journal of Chemical Dependency Treatment* 2008 ; 8(2), 115-126.
15. Hase M, Schallmayer S, Sack M. EMDR Reprocessing of the Addiction Memory: Pretreatment, Posttreatment, and 1-Month Follow-Up. *Journal of EMDR Practice and Research* 2008 ; 2(3), 170-179.
16. Shapiro F. The role of eye movement desensitization & reprocessing (EMDR) therapy in medicine: Addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences. *The Permanente Journal*, 2014; 18, 71–77.
17. World Health Organization. *Guidelines for the management of conditions that are specifically related to stress*. WHO, 2013.
18. Brown, S., Stowasser, J., & Shapiro, F. (2016). EMDR Therapy and the Treatment of Substance Abuse and Addiction. In A. Andrade & D. De Micheli (Eds.), *Innovations in the Treatment of Substance Addiction 2016*: pp. 69-100). Springer.
19. Chen YR, Hung KW, Tsai JC et al. Efficacy of eye-movement desensitization and reprocessing for patients with posttraumatic-stress disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *PloS one* 2014; 9(8), e103676.
20. Khan AM, Dar S, Ahmed R et al. Cognitive Behavioral Therapy versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Patients with Post-traumatic Stress Disorder: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. *Cureus* 2018 ; 10(9), e3250.
21. Chen L, Zhang G, Hu M, Liang X. Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive-behavioral therapy for adult posttraumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *The Journal of nervous and mental disease* 2015; 203(6), 443–451.

22. Schäfer I, Chuey-Ferrer L, Hofmann A et al. Effectiveness of EMDR in patients with substance use disorder and comorbid PTSD: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC psychiatry* 2017; 17(1), 95.
23. Valiente-Gómez A, Moreno-Alcázar A, Radua J et al. A Multicenter Phase II Rater-Blinded Randomized Controlled Trial to Compare the Effectiveness of Eye Movement Desensitization Reprocessing Therapy vs. Treatment as Usual in Patients With Substance Use Disorder and History of Psychological Trauma: A Study Design and Protocol. *Frontiers in psychiatry*, 2019; 10, 108.
24. Shapiro F. *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (2nd ed.). Guilford Press, 2001.
25. Marich J. EMDR in addiction continuing care: A phenomenological study of women in recovery. *Psychology of Addictive Behaviors* 2010 ; 24(3), 498–507.
26. Augeraud E. Indications et contre-indications de l'EMDR. In C. Tarquinio, M.-J. Brennstuhl, H. Dellucci, M. Iracane, J. A. Rydberg, M. Silvestre, P. Tarquinio, & E. Zimmermann (Eds.), *Aide-mémoire EMDR*. Dunod, 2019 : pp. 45-52.
27. Carletto S, Oliva F, Barnato M et al. EMDR as Add-On Treatment for Psychiatric and Traumatic Symptoms in Patients with Substance Use Disorder. *Frontiers in psychology* 2018 ; 8, 2333.
28. Zweben J, Yearly J. EMDR in the treatment of addiction. *Journal of Chemical Dependency Treatment* 2006; 8, 115.
29. Henry SL Pathological gambling: Etiologic considerations and treatment efficacy of eye movement desensitization/reprocessing. *Journal of gambling studies* 1996; 12(4), 395–405.
30. Cox RP, Howard MD. Utilization of EMDR in the treatment of sexual addiction: A case study. *Sexual Addiction & Compulsivity* 2007; 14(1), 1-20.

Approche psychodynamique

Psychothérapies psychodynamiques

Isabelle Boulze-Launay, Alain Rigaud, Gérard Ostermann, Micheline Claudon

I. Rationnel

Les psychothérapies psychodynamiques peuvent se décliner en prises en charges brèves, à moyen terme ou à plus long terme. Leur durée s'adapte aux dispositifs institutionnels dans lesquels elles sont pratiquées (prise en charge hospitalière, résidentielle, ambulatoire...). Quelle que soit la durée des psychothérapies psychodynamiques, elles partagent les mêmes outils en suivi individuel ou en activité de groupe.

Les psychothérapies psychodynamiques en face à face se différencient principalement du dispositif de la cure type psychanalytique (divan) (1) par la formation universitaire des praticiens, le cadre institutionnel ou libéral dans lequel elles sont proposées, la nature des demandes des patients (notion d'avance de parole en addictologie) (2), leur régularité et leur durée plus ou moins prolongée... Elles se réfèrent cependant aux concepts théoriques psychanalytiques et à certains éléments de posture d'écoute comme le principe de neutralité bienveillante, d'attention flottante et l'analyse de l'implication transférentielle.

Pour toutes les addictions, une théorisation générale de la dépendance affective décrit des failles narcissiques résultant de traumatismes précoces au cours du développement, une adhésion pathogène à un idéal de bien-être dont le sujet ne parvient pas à se déprendre. L'approche clinique/psychodynamique (3, 4), des conduites d'addiction nous ramène toujours à des carences narcissiques sérieuses et précoces, pouvant entraîner des vécus dépressifs contre lesquels il s'agit de lutter à la fois par le comportement et surtout par le corps faute de parvenir à parler et mentaliser les conflits. Cette adhésion à la conduite isole le sujet dans l'investissement de son rapport au monde extérieur (familial, social et culturel), le freine dans la mise en représentation de ses affects et de ses mises en mots, par le mieux-être qu'elle procure, pourvoit une résolution temporaire mais illusoire à la souffrance du sujet (5).

Comme il s'agit d'une pathologie de « dépendance », la prise en charge passe initialement par une "*alliance thérapeutique*" favorisant une capacité à contenir le patient dans un « cadre qui donne confiance » (2). Il convient de proposer une *avance de la parole* (2) à la condition d'être en capacité de penser la dépendance dans la relation thérapeutique à partir d'une clinique « sous transfert » ("*dépendance de transfert*"). L'analyse de la relation transférentielle, des projections des patients comme des soignants, des attentes du patient vis-à-vis du thérapeute et de l'équipe constitue un élément de méthode qui garantit la fiabilité du cadre thérapeutique et qui protège des dérives dans les prises en charge par excès ou par défaut, comme de l'usure dans les prises en charge soutenant ainsi le nécessaire "*travail de séparation*" progressive (2, 5). L'objectif est de travailler :

- À restaurer le sentiment de sécurité intérieure,
- À gérer l'impulsivité et/ou le passage à l'acte lié à l'addiction, en lui substituant progressivement une mise en mots des affects.
- En prenant principalement en compte la vie psychique inconsciente, sa conflictualité, le transfert et la causalité psychique (6).

II. Description de la méthode

La particularité de l'intervention psychodynamique brève (IPB) est une approche psychanalytique des situations de crise. Son objectif est à la fois de conduire une investigation psychodynamique et psychiatrique, et d'évaluer l'opportunité d'un traitement ultérieur. L'IPB propose une écoute spécifique de la conflictualité intrapsychique et inconsciente révélée par la crise. La brièveté de l'intervention (4 séances selon le modèle IPB, 12 séances à raison d'une fois par semaine dans l'approche des Thérapies Transitionnelles Brèves Psychanalytiques (individuelles ou en de groupe) conduit à attendre des patients qu'ils investissent rapidement et positivement la relation thérapeutique, autrement dit que le thérapeute puisse, dès les toutes premières séances, repérer la mise en place d'un transfert de base positif. Pour les IPB, il est nécessaire de respecter une alliance thérapeutique, de convenir d'une finalité thérapeutique (conditionnée par l'état actuel du patient), de s'assurer que les buts soient accessibles à une prise en charge limitée.

Une expertise clinique psychodynamique sous la forme d'entretiens ou de bilan (méthodes projectives, questionnaires, test d'efficiences) peut aussi être proposée à tout patient avec ou sans crise manifeste associée. Cette expertise est le plus souvent à l'origine de la mise en place d'un suivi thérapeutique ambulatoire.

Les psychothérapies psychodynamiques à moyen ou à plus long terme s'adaptent à la durée des suivis proposée par les équipes (moyen terme en SSR, plus long terme en ambulatoire...).

Indépendamment de la durée des psychothérapies (courtes, moyennes ou à plus long terme), le thérapeute reçoit une formation à plusieurs techniques d'interventions en individuel ou en groupe qu'il peut compléter par d'autres formations (psychodrame, relaxation d'inspiration analytique – méthode Sapir) et par une pratique de supervision personnelle.

Le thérapeute est sans cesse interpellé affectivement et psychiquement dans la relation soignante. Pour continuer à rester à l'écoute du patient et des équipes, il doit donc être à l'écoute de ses ressentis, pour mieux les identifier, les analyser et bien veiller à ses contre-attitudes. C'est ce qui garantit sa capacité à maintenir une bonne distance entre lui et le patient, lui et les équipes.

Il est à noter que l'ensemble des méthodes employées ne sont pas exclusives l'une de l'autre, le thérapeute les adapte en fonction du parcours du patient, de son niveau de régression, de ses défenses, de ses angoisses, de son isolement, de sa comorbidité (à la fois troubles psychopathologiques mais aussi troubles de la personnalité).

III. Niveau de validation scientifique

La validation scientifique des psychothérapies psychodynamiques a fait l'objet de beaucoup de débats lorsque celles-ci sont soumises aux mêmes évaluations que les approches sur l'usage des médicaments car, dans ce cadre, leur niveau de validation est faible (7). Des synthèses récentes des travaux scientifiques internationaux (6, 8) montrent cependant la validité et l'intérêt de ces approches.

En 2010, Shedler (6) soutenait que compte tenu de l'accumulation des résultats empiriques, l'affirmation selon laquelle l'approche psychanalytique manque de soutien sur le plan scientifique n'est plus défendable et que les tailles d'effet de cette approche sont similaires aux autres psychothérapies. Elles appartiennent aux thérapies validées empiriquement et sont soutenues par plusieurs milliers d'études, dont plus de 250 essais contrôlés randomisés (8).

En 2021, Rabeyron conclut sa revue très complète en précisant que les études se sont multipliées et diversifiées. Il souligne les limites et les biais des évaluations quantitatives de type essais cliniques

contrôlés randomisés et l'intérêt de développer des méthodes d'évaluation complémentaires, fondées sur la pratique clinique, qualitatives et processuelles comme l'approche du groupe de Boston, l'analyse des processus psychothérapeutiques par le *psychotherapy process Q-sort* ou la modélisation du processus de symbolisation (École de Lyon) (9).

Dans la littérature scientifique, il apparaît que les psychothérapies psychodynamiques sont efficaces sur le court terme et le long terme. Cette efficacité tient principalement à la qualité de l'alliance thérapeutique avec le patient et aux caractéristiques du thérapeute, comme pour les autres psychothérapies. Ces approches sont démontrées empiriquement comme efficaces dans la plupart des troubles psychiatriques (10).

IV. Objectif(s) thérapeutique(s)

Le but de la psychothérapie est d'éviter un enkystement, le développement et la chronicisation d'un processus pathologique, ainsi que de faciliter une amélioration symptomatique par la découverte par le patient d'un nouveau mode d'être avec lui-même. Il s'agit d'une approche de transition : « transition » entre un moment de mal être et un soulagement, « transition » vers un éventuel travail plus global sur soi-même grâce à cette première expérience.

Sur le long terme, ces approches proposent de soutenir les patients dans le temps, en les écoutant, en les rencontrant régulièrement dans un cadre donné jusqu'à ce qu'ils soient en capacité de procéder à un retour sur eux-mêmes. Ce retour à l'historicisation à partir d'entretiens, subdivisés en plusieurs entretiens, favorise une relation de co-construction de sens. Ces récits favorisent une herméneutique par l'interprétation et la compréhension de l'expérience vécue de l'intérieur. Le temps d'énonciation est celui d'une reprise en main de moments événements difficiles de la vie dans une logique du sens. C'est dans ce moment de *présence à soi* que le récit peut faire œuvre. Le sujet se voit modifié par l'énonciation de son expérience, il procède à une reconfiguration et une appropriation de son existence. Ainsi le thérapeute participe à la fabrication du récit qu'on peut considérer comme un produit de l'interaction. Cet échange se joue dans les mots, le récit, mais aussi dans un « cadre qui donne confiance ». De ce cadre résulte un climat émotionnel, des postures. Formuler son histoire *dans une relation* transférentielle mobilise des désirs, des attentes, des répétitions... Une énonciation peut donc se penser comme un *processus* dans la mesure où quelque chose de vivant, de non-figé, de l'ordre d'un *devenir* peut s'instaurer.

V. Indications /population cible/ répondeurs éventuel

L'IPB peut être adaptée à des situations multiples dont le dénominateur commun est la « crise ». Toutefois cette thérapie, comme les thérapies transitionnelles brèves psychanalytiques, s'adressent plutôt à des sujets qui consultent en raison d'une rupture brutale dans leur mode de vie habituel et qui pensent ne pas arriver à se remettre seuls. Les patients peuvent présenter des niveaux d'introspections divers avec lesquels le thérapeute devra s'adapter. Il faut également qu'ils soient sortis, dans le cas d'une addiction, d'une phase aiguë de dépendance (cf. discours mono idéique trop figé) De ce fait les motifs les plus fréquents sont ceux associés à un deuil ou une rupture brutale, et à des dépressions d'intensité légère à modérée. C'est au cours de cette première investigation que le thérapeute évaluera la nécessité de passer à une autre approche souvent plus psychiatrique. Les limites de cette approche sont liées au processus (troubles du cours de la pensée, trouble psycho-organique), au contexte psychiatrique (hospitalisations en urgence, trouble bipolaire ou du spectre de la schizophrénie) ou à la subjectivité du thérapeute (risque suicidaire, violence).

Les psychothérapies psychodynamiques à moyen et à long terme peuvent être proposées sans que la notion d'urgence thérapeutique soit présente, elles participent à l'aide et au soutien dans les demandes initiales de contrôle et/ou d'arrêt des conduites à partir d'une écoute et d'une compréhension des enjeux psychiques inconscients et des conflits dont le patient est traversé.

Ces psychothérapies s'adressent donc à tous types de public dans le domaine de la prévention et des soins en santé mentale. Elles peuvent s'appliquer à toutes les tranches d'âge. La présence de comorbidités psychiatriques ne constitue pas une contre-indication si ce n'est peut-être la schizophrénie dans une phase aiguë ? La raison d'une application aussi large tient au fait qu'en fonction du niveau de demande (conseil, bilan), du niveau de régression et/ou de pathologie, il y aura une adaptation du cadre thérapeutique et des outils employés.

VI. Les résultats peuvent-ils être améliorés en associant à d'autres modalités de soins : psychothérapies, médicaments.

En addictologie, les psychothérapies psychodynamiques en favorisant l'alliance thérapeutique peuvent s'associer à des traitements médicamenteux, des approches sociales, éducatives. Les approches plurifocales sont intéressantes (cf. : pharmacologique) ex : un patient TDAH qui sera traité par méthylphénidate et qui pourra plus facilement élaborer, idem pour un déprimé.

Le premier objectif de cette méthode est donc bien de favoriser l'alliance thérapeutique et peut s'associer à des traitements médicamenteux, *et secondairement* donner du sens à la propension à l'addiction (cf. historicisation). Il reste important de ne pas s'enfermer dans un modèle unique d'explication ou de prise en charge de l'addiction... Ces approches psychodynamiques gagneront à être associées à une ou des approches complémentaires afin de multiplier l'instauration des liens thérapeutiques.

VII. Formation nécessaire

Concernant l'approche IPB, il s'agit d'une formation à la psychodynamique destinée à des thérapeutes qui sont déjà inscrits dans un parcours comme psychiatres ou psychologues. Les différents outils proposés dans l'approche IPB, à savoir TRCC (conflits intra psychiques) DMRS (mécanismes de défense et organisation de personnalité) constituent les outils de formation dont l'utilisation sera évaluée au cours des supervisions individuelles ou en groupe ainsi qu'au travers des cas sur vidéo.

En revanche, en ce qui concerne les Thérapies Transitionnelles Brèves Psychanalytiques, l'étude de suivis de cas en milieu hospitalier souligne que « *de telles thérapies pour être convenablement conduites ne peuvent qu'être le fait d'analystes rompus à la pratique de l'analyse classique qui pourront de ce fait se trouver confrontés aux exigences potentiellement frustrantes pour un analyste, des thérapies brèves* » (11).

Pour les psychothérapies psychodynamiques brèves, à moyen ou à plus long terme, une formation à la théorie psychodynamique est traditionnellement dispensée dans des parcours universitaires pour les psychologues cliniciens et pour les psychiatres.

Les psychologues cliniciens formés aux approches psychodynamiques suivent un parcours universitaire de 5 années. Les trois premières années de licence sont obtenues à partir des résultats universitaires et de la réalisation d'un stage. L'entrée en master se présente sous la forme d'un concours. A la fin du master le candidat devra avoir validé ses examens écrits, ses stages et l'écriture d'un mémoire professionnel et de recherche. En France, l'usage du titre de psychologue est régi par l'article 44 de la loi n°85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social et le décret n°90-255 du 22 mars 1990 fixant la liste des diplômes permettant de faire usage professionnel du

titre de psychologue. Une fois les prérequis remplis (licence de psychologie et master de psychologie clinique validé), les psychologues doivent s'inscrire sur les listes ADELI et sont qualifiés pour prétendre au titre de psychothérapeute. L'usage du titre de psychothérapeute fait lui aussi l'objet d'une réglementation (décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 (modifié) modifié le 7 mai 2012 (instruction n°DGOS/RH2/2012/308 du 3 août 2012) principalement sur les modalités d'inscription au registre national des psychothérapeutes.

VIII. Synthèse

Les psychothérapies psychodynamiques mises en œuvre en addictologie sont des approches qualitatives, elles s'intéressent aux rapports singuliers du patient à sa souffrance psychique. Ces approches sont adaptées à tous les temps des rencontres cliniques, à toutes les étapes du parcours de soins, pour les thérapies psychodynamiques brèves elles sont particulièrement indiquées dans des situations de crise. Ces thérapies, quelle que soit leur durée, favorisent des aménagements du cadre thérapeutique pour faciliter chez le patient la découverte de capacités de pensée réflexive, à partir d'une aide à l'énonciation d'une plainte, d'une écoute de la problématique de dépendance et des conflits intra psychiques, et de l'utilisation du transfert. Ces thérapies doivent permettre au patient de retrouver un fonctionnement qu'il jugera satisfaisant sans pour autant avoir pour ambition un remaniement de celui-ci dans sa globalité. Elles se réfèrent à des théories de la personnalité qui permettent de dégager les facteurs curatifs du processus thérapeutique, de faire des liens entre théorie, techniques utilisées et changement(s) visé(s).

Références bibliographiques

1. Rigaud A. La psychanalyse et les psychothérapies d'inspiration analytique. *Alcoolologie et Addictologie* 2001 ; 23(2) : 142-156.
2. Ostermann G, Rigaud A, Claudon, M. Avance de la parole, de la confiance, auprès d'un patient dépendant de l'alcool. *Dépendances* 2014 ; 51 : 13-16.
3. Jeammet, P. Psychopathologie des conduites de dépendance et d'addiction à l'adolescence. *Cliniques méditerranéennes*, 1995 ; 47-48, 155-175.
4. McDougall J. L'économie psychique de l'addiction. *Revue Française de Psychanalyse* 2004 ; 68(2) : 511-527.
5. Boulze-Launay I, Rigaud A. Alcohol and loneliness : In my solitude. In : *International Forum of Psychoanalysis* 2020 ; 1-9. Routledge.
6. Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol* 2010;65:98–109.
7. Psychothérapie, trois approches évaluées. Expertise collective INSERM, les éditions INSERM, Paris, 2004.
8. Lilliengren, P. « Comprehensive compilation of randomized controlled trials (RCTs) involving psychodynamic treatments and interventions. » *Psychiatry*, 2017 ; 11.1 : 181.
9. Rabeyron, T. L'évaluation et l'efficacité des psychothérapies psychanalytiques et de la psychanalyse. *L'Évolution Psychiatrique*, 2021 ; 86, 3 : 455-488.
10. Despland, J. N., De Roten, Y., Kramer, U., & Kramer, U. *L'évaluation des psychothérapies*. Lavoisier médecine sciences, 2018.
11. Bismuth, Annick, et al. « Thérapies transitionnelles brèves psychanalytiques », *Le Carnet PSY*, 2015 ; 194, 9 : 22-28.

Approche systémique

Thérapies Systémiques Brèves (TSB)

Thérapies Orientées Solution (TOS)

Olivier Cottencin

I. Rationnel

Les thérapies systémiques brèves, thérapies stratégiques, thérapies orientées solution sont nées à Palo Alto (USA) dans les années 50. Grégory Bateson (1904-1980), biologiste et anthropologue reçoit des fonds de recherches pour étudier la communication et la logique des systèmes humains. Avec ses collaborateurs, il fonde le Mental Research Institute (MRI) et détermine que les règles d'une relation ne sont pas définies une fois pour toutes, il y a une perpétuelle adaptation réciproque, consciente ou non. Il s'agit d'un processus à feed-back : tout ce qui vit s'adapte, tout ce qui ne s'adapte pas meurt (dans le biologique comme dans le relationnel).

Ils observent les liens entre interaction familiale et développement de la santé (ou de la maladie) chez les membres de la famille et grâce à leurs liens fort avec Milton H Erickson (1901-1980), leurs travaux s'orientent vers l'étude des hallucinations, des amnésies, des paradoxes de fonctionnement dans les familles des patients atteints de schizophrénie (publiant la théorie du double lien).

Au sein du MRI le groupe créera le Brief Therapy Center et donnera naissance aux Thérapies Systémiques et Familiales Stratégiques mais également à la recherche sur la résolution de problèmes relationnels répétitifs dans la logique cybernétique des systèmes humains. Et avec le temps de nombreuses écoles s'inspireront de leurs travaux pour développer des outils et des grilles d'intervention thérapeutique dans l'esprit systémique et bref : programmation neurolinguistique, hypnose ericksonienne, thérapies stratégiques, thérapie brève centrée sur la solution, thérapie provocative ...

Mécanismes d'action connus ou hypothétiques

Les principaux concepts se déclinent autour de leur définition. D'abord cette thérapie n'est pas une analyse. Partant du principe que la connaissance d'un supposé pourquoi n'est ni nécessaire ni suffisant pour changer (1), la TSB abandonne volontairement les concepts déterministes (causalistes) des analyses. Elle se veut non normative et quitte les concepts psychopathologiques pour ne parler que de problèmes qu'elle définit avec le « client ». Ainsi les TSB s'orientent vers les solutions plus que vers l'analyse des problèmes. Ensuite cette thérapie est systémique, à savoir que nous sommes dans un système dans lequel on ne peut pas ne pas communiquer et on ne communique pas tout seul. Elle propose donc une vision interactionnelle des problèmes humains, s'attachant à travailler les situations cliniques sous l'angle des interactions plus que sous tout autre angle dans une vision pragmatique. Enfin cette thérapie est brève dans le sens anglo-saxon de « brief / briefing » c'est-à-dire qui vise un objectif. Si elles sont sensibles au temps c'est parce qu'elles sont focalisées, ciblées, stratégiques : partant d'un problème concret pour aller vers un objectif (une solution) concret.

Considérant également que le problème qui amène le sujet est souvent la solution qu'il a choisie pour le résoudre, l'esprit des TSB est d'abord d'élargir l'éventail de ses choix de solutions, de tirer profit autant de ses échecs que de ses succès et d'utiliser les exceptions au problème, qui sont des solutions qui fonctionnent déjà mais qui ne sont pas utilisées en raison de freins souvent liés aux conventions sociales préétablies. Ainsi en TSB on évitera de parler des raisons du problème, des interprétations personnelles du problème ou encore des étiquettes pour se concentrer sur le langage du patient et sur les faits (plus que sur les commentaires des faits).

La principale grille d'intervention conceptualisée en thérapie systémique brève consiste à recentrer la question de la définition du problème autour de 5 questions comme suit :

1. Qui demande ? (Qui veut que cela change ?)
2. Quel est le problème ? En quoi est-ce un problème ? (Vision non normative)
3. Quels ont été les tentatives de solutions utilisées jusqu'à présent ?
4. Quel changement minimal proposer ? (Plus petit changement qui soit un véritable changement, suffisamment petit pour être réalisable et suffisamment grand pour être un véritable changement)
5. Quel est le langage du patient ?

Justification de l'utilisation de la méthode en Addictologie

En Addictologie les premiers à conceptualiser l'usage des thérapies systémiques brèves et orientées solutions seront Luc Isebaert (à Bruges) et Nicholas Cummings (aux USA).

L'addiction n'est ni un fléau, ni un problème moral mais une maladie. Une maladie des habitudes, de la perte de contrôle et d'un individu qui rencontre un produit dans un contexte environnemental. En conséquence, une vision systémique centrée sur les solutions semblait être une meilleure solution qu'une analyse des problèmes qui ont conduit le sujet à présenter un comportement addictif. Car trouver la raison pour laquelle un sujet a des addictions, ne l'aide pas à s'en séparer. Savoir pourquoi n'aide pas à lutter contre les envies irrésistibles (craving), contre l'impact cognitif de cette maladie (ancrée jusque dans la mémoire procédurale), contre les conséquences sur l'environnement ou encore contre le pouvoir addictogène des substances. Ainsi tout arrêt sans aide, ni stratégie est voué à l'échec et renforce le sentiment d'échec ... au point que le patient finit par abandonner, convaincu de son impossibilité à changer.

II. Description de la méthode

Modèle de Bruges (2)

(Méta-modèle de thérapie cognitive et systémique centrée sur le client et sur les solutions)

La thérapie centrée sur les solutions peut être vue et utilisée comme un méta-modèle qui se concentre sur l'alliance thérapeutique (ensemble de facteurs communs qui comptent pour beaucoup dans l'efficacité de toute démarche thérapeutique) : les facteurs liés au client (objectifs, ressources, compétences), les facteurs placebo (espoir et allégeance) et les facteurs liés au thérapeute (qualités d'être humain et compétences).

Le modèle de Bruges est donc un modèle éricksonien, un modèle systémique et existentialiste, un modèle axé sur les solutions et les compétences (plus que sur les problèmes et leur analyse), et un

méta-modèle axé sur les facteurs communs et dirigé par les clients, ainsi l'expert en thérapie dirigée par le client est le ... client.

Les hypothèses sur les facteurs liés au client sont que :

1. Toute thérapie est une auto-thérapie. La thérapie concerne le changement ; nous ne pouvons que nous changer nous-mêmes ; par conséquent, nous sommes les agents de notre propre thérapie.
2. La thérapie consiste à changer les habitudes. Les problèmes et les symptômes peuvent être conceptualisés comme des habitudes indésirables ; la thérapie consiste alors à développer des habitudes préférées qui peuvent prendre la place de celles qui ne le sont pas.
3. La thérapie consiste à se gérer différemment dans ses interactions avec la réalité. Les problèmes et les symptômes peuvent également être conceptualisés comme des interactions problématiques avec la réalité (principalement avec soi-même et son environnement) ; la thérapie se concentre sur des interactions plus favorables.
4. Tous les clients ont les ressources nécessaires pour résoudre leurs problèmes et accepter leurs limites. C'est la tâche du thérapeute d'aider les clients à puiser dans ces ressources et à les transformer en compétences dont ils ont besoin pour atteindre leurs objectifs (existentiels et quotidiens).

Les hypothèses sur le changement et la continuité :

1. Certains aspects de la réalité peuvent être modifiés, d'autres non. Le thérapeute aidera les clients à distinguer quels aspects de leurs difficultés sont des problèmes qui peuvent être modifiés et lesquels sont des limitations qui ne le peuvent pas.
2. Le changement est constant, tout comme la continuité. Trouver un bon équilibre entre les deux est l'un des principaux objectifs de la thérapie.
3. Une étape à la fois. Des changements petits et apparemment sans importance qui s'appuient les uns sur les autres peuvent entraîner des changements significatifs.

Problèmes et solutions ; limites et opportunités :

1. Se concentrer sur les problèmes est moins utile que de se concentrer sur les objectifs, les ressources et les compétences. Certains problèmes doivent être résolus. Mais de nombreux problèmes et symptômes se développent grâce à l'attention que nous leur accordons. Regarder plutôt les choix existentiels et les moyens de les mettre en œuvre fait diminuer les problèmes ou même les dissoudre.
2. Se concentrer sur les limites est moins utile que de se concentrer sur l'acceptation et sur les opportunités. Lorsque les clients cessent de chercher une porte dans le mur aveugle de leurs limites et acceptent qu'il n'y a pas de passage par-là, ils peuvent faire demi-tour et découvrir un vaste paysage d'opportunités jusque-là inaperçues.
3. Techniques. Les tâches et les expériences n'ont pas besoin d'être orientées vers la résolution de problèmes ou l'élimination de symptômes. Ils visent à redonner le pouvoir aux clients, c'est-à-dire à créer un contexte dans lequel les clients peuvent se construire une vie meilleure en développant des habitudes plus satisfaisantes.
4. La triade axée sur les solutions :
 - Si ce n'est pas cassé, ne le répare pas
 - Une fois que vous avez découvert ce qui fonctionne, faites-en plus
 - Si cela ne fonctionne pas, faites quelque chose de différent

Hypothèses sur l'alliance thérapeutique :

1. Le thérapeute est l'expert de la méthode thérapeutique et du processus thérapeutique. Le client est l'expert des objectifs, des choix, des ressources et des compétences.
2. Le thérapeute et le patient construisent ensemble l'alliance thérapeutique.
3. Les clients sont toujours motivés pour quelque chose. Dans l'alliance entre le thérapeute et les clients, la motivation des clients émerge et les objectifs pour lesquels ils sont motivés sont mis en œuvre.

Soins addictologiques sous contrainte (3)

En addictologie la demande de soins peut se faire sous la contrainte soit d'un tiers (entourage, justice) soit de sa propre santé. Or la contrainte aux soins place le soignant à la fois dans une position d'aidant et de contrôleur social et le confronte au paradoxe de soigner des patients qui ne le demandent pas. L'analyse de la demande au moyen de la grille des TSB permet de repérer la contrainte précocement et de l'utiliser comme levier thérapeutique (la motivation externe n'étant pas considérée comme un frein). En identifiant en premier lieu la position du patient (non-concerné, plaignant, client), le thérapeute détermine les objectifs souvent divergents entre demandeur et patient contraint et utilise cette divergence comme levier de négociation. La négociation se concentre sur le vécu du soin obligé afin de déterminer quel problème le patient contraint est prêt à travailler (incapable de travailler sur l'addiction qu'il ne reconnaît pas, le patient contraint peut travailler sur l'objectif de se libérer de la contrainte comme objectif en soi ... pour commencer).

Il ne s'agit pas de négocier la réalité de la demande mais son vécu afin de définir un objectif acceptable pour les deux parties. En TSB, la contrainte est identifiée et utilisée plutôt que cachée et déniée dans le but de reconnaître l'ensemble des cognitions, valeurs et croyances des demandeurs et des contraints, afin de définir les motivations au changement de chacun des protagonistes. Il n'est pas obligatoire de travailler avec un patient volontaire, mais il est indispensable de travailler avec les objectifs définis à l'issue de la négociation par le patient conscient de la contrainte et de ce qu'elle lui apporte.

Le travail avec la rechute (2)

La rechute fait partie du soin et doit être intégrée dans le programme de soins non comme échec mais comme expérience supplémentaire. A chaque étape de la rechute son arrêt est une option.

5 questions pour travailler la rechute (à l'alcool par exemple)

- Vous avez très envie de boire, que pouvez-vous faire pour ne pas avoir envie de boire ?
- Qu'est-ce que vous pourriez faire si vous avez quand même bu un verre ?
- Vous avez bu trois ou quatre verres, vous êtes en situation de perte de contrôle ? Que pouvez-vous faire pour arrêter cette perte de contrôle ?
- Si vous êtes complètement ivre, que pouvez-vous faire pour vous le lendemain matin ?
- Vous avez bu trois jours de suite, vous êtes en rechute. Que pouvez-vous faire pour éviter la poursuite de la rechute ?

III. Niveau de validation scientifique

Quelques rares publications d'essais clinique se sont penchées sur l'efficacité des Thérapies Orientées Solutions dans différents domaines (programmes online, thérapies de groupes, ... addictions, dépression, trouble anxieux, fonctionnement psychosocial, ...)

La majorité des études compare les TOS au « traitement habituel » (un traitement témoin non protocolisé et non décrit), méthode qui induit un effet d'allégeance et n'apporte pas de niveau de

preuve suffisant. Toutefois lorsque les essais comparent les TOS à des thérapies structurées, il est parfois retrouvé des différence en faveur des TOS ou une absence de différence significative. Ceci étant posé, les TOS ou TSB entrent dans le cadre d'un courant thérapeutique issu des thérapies systémiques (reconnu et validé depuis plus de 50 ans). Enseigné sous toutes les latitudes sa réputation se fonde sur l'expérience et les groupes d'échange de pratique au sein d'instituts de formation privés ou publics. Ce courant est particulièrement reconnu efficace dans le cadre du travail en situation de crise ou de contrainte en raison de son utilisation des leviers de changements proposés par le patient en tenant compte de la réalité de son contexte environnemental.

IV. Objectif(s) thérapeutique(s)

Rendre le sujet acteur de son propre changement face à un trouble qui a modifié ses habitudes (au sens des neurosciences) en l'aidant à trouver de nouvelles habitudes face aux déclencheurs qui entraînaient les anciennes habitudes.

V. Indications / population cible / réponders éventuels (critères d'indication voire contre-indications)

Patients souffrant d'addictions aux substances psychoactives ou d'addictions comportementales, consentant ou non aux soins, demandeur de soins ou contraint, en situation de crise ou en demande programmée et individuelle, dans un objectif de réduction de risque ou d'abstinence. Les thérapies systémiques brèves par essence s'adaptent aux situations les plus diverses puisqu'elles partent du point de vue du patient.

VI. Les résultats peuvent-ils être améliorés en associant la méthode à d'autres modalités de soins : psychothérapies, pharmacologie....

Les thérapies systémiques brèves sont compatibles avec toute approche conjointe ou séquentielle (psychothérapeutique et pharmacothérapeutique) car toute solution qui fonctionne est une solution acceptable pour le patient. Les TSB sont utilisationnistes et pragmatiques, intégratives et non exclusives.

VII. Données médico-économiques

Aucunes données connues

VIII. Formation nécessaire

De nombreuses formations existent en France ou en Belgique majoritairement proposées par des facultés de psychologie ou de médecine ou encore des instituts de formation se réclamant du courant éricksonien.

IX. Synthèse

Intéressantes dans les soins contraints, dans les soins de crise, les TSB et TOS offrent une vision pragmatique centrée sur les solutions plutôt que sur l'analyse des problèmes. Elles sont centrées

patient et font le choix de ne travailler qu'avec les objectifs du patient sous réserve d'être correctement définis.

Les TSB proposent de placer les patients dans une situation où ils peuvent choisir de ne pas continuer leur trouble (pathologie). Toute thérapie ne pouvant être qu'une auto-thérapie (on ne change que soi-même et pas quelqu'un d'autre), le rôle du thérapeute est d'aider le patient à construire sa propre thérapie.

3 questions à partager avec le patient avant de travailler

- Peut-on envisager une solution à cette difficulté ?
- Le patient est-il contraint ?
- Le patient est-il prêt à travailler lui-même ?

Références bibliographiques

1. Megglé D. Les Thérapies brèves. Presses de la Renaissance. 2002
2. Isebaert L, Cabié MC, Dellucci H. Alliance thérapeutique et thérapies brèves : le modèle de Bruges. Eres Ed, 2015, Paris
3. Cottencin O, Isebaert L. Addictologie : premiers pas, contrainte et modèle solutionniste ... de Bruges à Lille in Dourelugne Y, Cottencin O, Betbèze J, Barrois I, Likaj V. Thérapies brèves plurielles : principes et outils pratiques. Elsevier Masson Ed, 2019, Paris.

Approche systémique

Hypnothérapie Ericksonienne

Gérard Ostermann

I. Rationnel

Des modifications de l'activité cérébrale sous hypnose ont été mesurées par tomographie par émission de positrons et imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (1,2,3,4).

Des modifications des perceptions et en particulier de l'expérience de la douleur s'accompagnent de l'activation du thalamus, du cortex somatosensoriel, du cortex insulaire et cingulaire antérieur et les suggestions hypnotiques d'analgésie produisent une diminution significative de l'activité de ces régions (5).

II. Description de la méthode (6,7)

L'hypnothérapie éricksonienne fait partie des thérapies brèves systémiques.

Comme toute l'approche éricksonienne, elle est orientée solution, c'est-à-dire centrée sur les ressources dont le sujet a besoin pour accueillir ses ressentis sensoriels et faire face aux difficultés dans lesquelles il est pris. Cette approche comporte une composante d'hypnorelaxation et d'apprentissage de l'auto-hypnose pour améliorer la gestion de l'anxiété. Elle inclut également un travail de fond sur les modifications des perceptions relationnelles. Ainsi, le sujet apprend à se reconnecter à ses ressources relationnelles, à traverser les angoisses de vide et à se réassocier au sein d'une relation sécurisée avec le thérapeute.

A la différence de l'hypnosuggestion du XIX^{ème} siècle, l'hypnothérapie éricksonienne n'est pas centrée sur l'utilisation de suggestions standard visant à la disparition des symptômes (par ex associer prise d'alcool et dégoût de la boisson), mais sur une compréhension singulière de chaque sujet : il peut ainsi redevenir autonome et avoir la capacité de choisir de boire ou de ne pas boire.

Ce processus hypnotique caractérisé par une perception psycho-corporelle élargie permet au sujet de se connecter aux ressources dont il a besoin pour pouvoir se réassocier, faire à nouveau des choix, qui vont modifier son ressenti et ouvrir sa capacité d'action. Ce processus aussi appelé transe hypnotique se caractérise par un imaginaire partagé permettant d'expérimenter l'auto-hypnose dans une relation d'accordage. Le sujet collabore avec le thérapeute et devient lui-même co-thérapeute. L'hypnose éricksonienne peut être qualifiée d'approche coopérative dans laquelle le sujet peut, grâce à la réassociation, se remettre en mouvement au lieu de rester bloqué sur son symptôme.

III. Niveau de validation scientifique

Il existe beaucoup de publications concernant l'utilisation de l'hypnose à visée thérapeutique dans le champ de la psychiatrie et des addictions. Une synthèse en a été réalisée dans un rapport INSERM en 2015 (8).

La conclusion est que certaines de ces études ont de réelles qualités méthodologiques. Si les résultats sont variables, il existe néanmoins suffisamment d'éléments pour pouvoir affirmer que l'hypnose a un intérêt thérapeutique potentiel dans certaines indications.

Concernant les addictions, les études portent surtout sur l'aide au sevrage du tabac. Une revue Cochrane et 2 essais sont présentés :

- La revue Cochrane de 2010, revue en 2019 (14 études – 22 interventions contrôle) ne permet pas de conclure à une efficacité de l'hypnose dans le sevrage tabagique (9).
- Un essai ultérieur portant sur 223 patients n'a pas non plus retrouvé de supériorité de l'hypnose (1 séance unique en groupe) par rapport à la relaxation (1 séance unique en groupe) pour le sevrage tabagique (10).
- En revanche, Hasan et al. ont retrouvé une tendance à une supériorité de l'hypnose (séance individuelle unique) par rapport aux substituts nicotiques (11).

Au total, il n'existe pas à ce jour suffisamment de données pour conclure quant à l'efficacité ou l'inefficacité de l'hypnose dans le sevrage tabagique. Il est important de garder en tête que les interventions en hypnose peuvent être très hétérogènes (nombre de séances, en groupe ou en individuel etc..) et que les conclusions ne peuvent se généraliser au-delà de l'intervention précise évaluée.

A noter que ce rapport propose une analyse de la littérature médicale à propos de l'hypnose, bien menée et pertinente dans les limites qu'il est important de rappeler : littérature uniquement médicale, critères EBM stricts, assimilation de l'hypnose à une thérapeutique analogue à un médicament. Ces limites sont importantes car il est possible de comprendre alors que l'ensemble du phénomène « hypnose » et toute la question de son efficacité en particulier dans le champ des addictions ne sont pas couverts. Ceci supposerait d'engager des études plus qualitatives, qui probablement viendraient confirmer l'intérêt de l'hypnose thérapeutique dans le champ des addictions.

IV. Objectif(s) thérapeutique(s)

Le sujet utilise ses propres capacités à se dissocier, dans un contexte créatif favorisé par la relation avec le thérapeute. Cette dissociation thérapeutique (dés-association) lui permet de percevoir en même temps le symptôme et ses ressources afin de créer sa propre manière de mettre le symptôme à distance, le sujet devient ainsi capable d'accueillir ses ressentis sensoriels en lien avec la situation problème. L'objectif est que le patient, en modifiant sa perception dans une relation sécurisée, fasse l'expérience qu'il peut lui-même agir sur ses symptômes en étant en capacité de traverser les angoisses de mort liées au contexte abandonnique et développer ainsi une nouvelle créativité.

V. Indications / population cible / répondeurs éventuels

- Troubles anxieux et dépressifs
- Troubles addictifs / toute personne souffrant d'une pathologie addictive
- Sujets souffrants de troubles de l'attachement.

La limite de prise en charge est l'incapacité de co-construire une relation de coopération.

VI. Les résultats peuvent-ils être améliorés en associant la méthode à d'autres modalités de soins : psychothérapies, médicaments...

Cette approche est complémentaire des autres approches psychothérapeutiques et médicamenteuses

VII. Formation nécessaire

La pratique de cette technique nécessite un thérapeute (médecin, psychiatre, psychothérapeute) formé par un organisme de formation reconnu par l'institution. Pour les professions de santé non médicales, la pratique de l'hypnose n'est légale que sous responsabilité médicale et dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle.

VIII. Synthèse

L'hypnose est une pratique relationnelle impliquant la participation du corps (sensorialité, affect, cognitif) centrée sur la co-création d'un nouvel espace de vie.

Références bibliographiques

1. Faymonville ME, Laureys S, Degueldre C et al. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiol*, 2000, 92, 1257-1267.
2. Faymonville ME, Roediger L, Del Fiore G et al.— Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Brain Res Cogn Brain Res*, 2003, 17, 255-262.
3. Maquet P, Faymonville ME, Degueldre C et al. Functional neuroanatomy of hypnotic state. *Biol Psychiatry* 1999 ;45(3):327-33.
4. Rainville P, Hofbauer RK, Paus T et al. Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion. *J Cogn Neurosci*, 1999, 11, 110-125
5. Vanhaunderhuysse A, Boveroux P, Boly M et al. Hypnose et perception de la douleur. *Rev Med Liège* 2008 ; 63 (5-6) : 424-428.
6. Livre Blanc de l'hypnose clinique et thérapeutique. Confédération Francophone d'Hypnose et Thérapies brèves. Confédération Francophone d'Hypnose et Thérapies Brèves (CFHTB), 2020, 144 p.
[LIVRE BLC CFHTB Version Web 2.pdf \(agence-mo.com\)](#)
7. L'hypnose : théorie et applications. Dossier. *Journal des Psychologues*, n°390, sept 2021, Martin Media
8. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B et al. *Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose : revue de la littérature médicale scientifique et de la littérature destinée aux professionnels*. Rapport INSERM U1178, Santé Mentale et Sante Publique, juin 2015, 213 p.
<https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/2017-11/inserm-rapportthematique-evaluationefficacitehypnose-2015.pdf>
9. Joanne Barnes , Hayden McRobbie, Christine Y Dong, Natalie Walker, Jamie Hartmann-Boyce. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Jun 14;6(6):CD001008.
10. Dickson-Spillmann M, Haug S, Schaub MP. Group hypnosis vs. relaxation for smoking cessation in adults: a cluster-randomised controlled trial. *BMC Public Health* 2013 Dec 23;13:1227.
11. Hasan FM, Zagarins SE, Pischke KM, et al. Hypnotherapy is more effective than nicotine replacement therapy for smoking cessation: results of a randomized controlled trial. *Complement Ther Med* 2014 Feb;22(1):1-8.

Approche systémique

Thérapie narrative

Gérard Ostermann

I. Rationnel

La perception de chaque sujet est liée à l'histoire dans laquelle il vit, histoire structurée par ses relations.

Lorsque les relations sont vivantes et sécurisées, elles rendent possibles un partage affectif et font percevoir l'autre comme une personne ayant envie de coopérer. Dans ce cas, plus le sujet se sent en relation avec l'autre, plus il se sent en relation avec lui-même.

Lorsque les relations sont insécures, comme par exemple dans les troubles de l'attachement, l'autre est perçu comme une personne maltraitante ou comme un rival. Il existe alors une contradiction entre la relation à l'autre et la relation à soi, le sujet est prisonnier d'une histoire dans laquelle il ne peut pas faire de choix (ex boire ou ne pas boire, manger ou ne pas manger etc). Il est sous l'emprise d'angoisses de vide liées à l'absence de relations vivantes, c'est-à-dire de relations dans lesquelles il pourrait faire l'expérience de la liberté.

Pour aider un sujet souffrant de relations insécures et sous l'emprise d'addictions, il est nécessaire de le connecter préalablement à des histoires rendant possible la perception de relations sécurisées, dans lesquelles sa liberté peut être reconnue par un tiers et avoir du sens.

La thérapie narrative est une approche systémique centrée sur les ressources. Elle a été développée par Michael White et David Epston (1,2,3). Il s'agit d'une approche centrée sur le lien entre langage et relation, et qui aide, grâce à un processus d'échafaudage (4), à construire des concepts donnant forme à la vie relationnelle et à la subjectivité.

Cette thérapie systémique est particulièrement indiquée dans la prise en charge des troubles de l'attachement, des pathologies liées à la problématique du vide. Cette problématique est centrale en addictologie.

II. Description de la méthode

La thérapie narrative fait partie des thérapies brèves systémiques orientées solution, favorisant les processus de réassociation.

Lorsque le sujet a un niveau faible de relations sécurisées, il est dissocié, ne perçoit pas affectivement les intentions collaboratives des autres. De même, il a des difficultés à imaginer que les autres perçoivent ses intentions collaboratives. Ce déficit de perception des intentions amène chez le sujet un vécu dissociatif, marqué par la contradiction entre les intentions et les actions.

L'approche narrative est centrée sur la perception affective des intentions, préalable indispensable au travail sur les actions à réaliser. Lorsque la perception des intentions est remise en place, le sujet se perçoit comme ayant de la valeur. Le thérapeute peut alors l'accompagner en lui posant des questions orientées solution afin de co-créer une histoire alternative structurée par les valeurs

préférées du sujet : celui-ci va alors être en capacité, parce que réassocié, de choisir librement de boire ou ne pas boire, de manger ou ne pas manger etc.

Dans cette approche, la position du thérapeute est une position décentrée et influente.

III. Niveau de validation scientifique

Il existe très peu de publications portant sur l'évaluation de la thérapie narrative.

Madigan (5) et de Shazer (6) ont rapporté des cas de succès dans leurs ouvrages.

Plus récemment, des études ont porté sur des troubles psychiatriques fréquemment associés aux conduites addictives.

Lopes a montré dans une petite étude contrôlée chez 63 patients déprimés une supériorité de la thérapie narrative comparée à une liste d'attente. Une différence en faveur de la TCC n'a été montrée que sur une des 2 échelles utilisées (7).

Dans une autre étude randomisée, menée chez des enfants déprimés et anxieux, la thérapie narrative a montré une réduction de ces troubles avec une taille d'effet importante pour l'anxiété (0,9) et la dépression (3,05) (8).

Enfin, plusieurs études ont porté sur la thérapie d'exposition narrative (TEN) dans le syndrome de stress post-traumatique et une méta-analyse a été effectuée. Elle a inclus 18 études et a conclu à une taille d'effet modérée en faveur de la TEN par rapport aux groupes contrôles ($g = -0,57$). Cette différence disparaissant cependant lorsque les biais des études étaient pris en compte (9).

Si ces études ouvrent des perspectives intéressantes, leurs biais et leur grande hétérogénéité ne permettent pas actuellement de préciser le niveau d'efficacité de la thérapie narrative.

Enfin, concernant les conduites addictives, Austin a décrit des succès chez des toxicomanes grâce à l'utilisation de films en thérapie narrative avec les toxicomanes (10).

IV. Objectif(s) thérapeutique(s)

Permettre à un sujet de passer d'une histoire dominante à une histoire alternative pour se libérer de son addiction, à partir d'un travail thérapeutique sur les émotions, les gestes automatiques, les blocages identitaires, les exceptions, la déconstruction de la norme.

V. Indications / population cible / répondeurs éventuels

- Troubles anxieux et dépressifs
- Conflits relationnels
- Troubles addictifs / toute personne souffrant d'une pathologie addictive
- Sujets souffrants de troubles de l'attachement.

La limite de prise en charge est l'incapacité de co-construire une relation de coopération.

VI. Les résultats peuvent-ils être améliorés en associant la méthode à d'autres modalités de soins : psychothérapies, médicaments...

Cette approche est complémentaire des autres approches psychothérapeutiques et médicamenteuses

VII. Formation nécessaire

La pratique de cette technique nécessite un thérapeute (médecin, psychiatre, psychothérapeute) formé par un organisme de formation reconnu par l'institution.

VIII. Synthèse

Pratique relationnelle impliquant le lien entre langage et corps, permettant la perception des intentions relationnelles collaboratives chez l'autre, et de se reconnecter à des histoires de vie qui reflètent les valeurs préférées du sujet.

Références bibliographiques

1. White M, Epston D. *Narrative Means to Therapeutic Ends*, New York: W. W. Norton, 1990, 256 p.
2. White M, Epston D. [Les moyens narratifs au service de la thérapie](#). Ed. Satas, Bruxelles, 2003, 233 p.
3. White M. *Cartes des pratiques narratives*. Ed. Satas, Bruxelles, 2009, 304 p.
4. Vygotsky LS. *Internalization of higher psychological functions. Mind in society*. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1978.
5. Madigan S. *Narrative Therapy*, Washington DC : American Psychological Association, 2011 : 202 p
6. De Shazer S. *Changement et thérapie brève. Différence*, éd. Satas, Bruxelles, 1996 : 212 p.
7. Lopes RT, Gonçalves MM, Machado PP, Sinai D, Bento T, Salgado J. Narrative therapy vs. cognitive-behavioral therapy for moderate depression: empirical evidence from a controlled clinical trial. *Psychother Res*. 2014;24(6):662-74.
8. Jalali F, Hashemi SF, Hasani A. Narrative therapy for depression and anxiety among children with imprisoned parents: A randomised pilot efficacy trial. *J Child Adolesc Ment Health*. 2019 Dec;31(3):189-200.
- 9.. Wei Y, Chen S. Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychol Trauma*. 2021 Nov;13(8):877-884.
10. Austin JP. *Métaphores sur Grand Ecran : utilisation des films en thérapie narrative avec les toxicomanes*. *Hypnose et thérapies brèves* 2016, n° 10 hors-série. Accès internet : [Métaphores sur Grand Ecran : utilisation des films en thérapie narrative avec les toxicomanes \(hypnose-therapie-breve.org\)](#)

Approche systémique

Thérapies familiales

E. Kammerer* V. Rohart** D. Touzeau***

*addictologue et thérapeute familial libéral à Mulhouse, retraité

** psychologue, tabacologue thérapeute familiale, service de thérapie familiale (G.H. Paul Guiraud)

*** psychiatre addictologue service addictions (G.H. Paul Guiraud)

I. Rationnel

Si les thérapies familiales ne peuvent pas constituer l'approche unique des patients addicts, elles en constituent une dimension incontournable dans toutes les thérapies proposées dans la mesure où l'environnement proche du patient interagit avec ses conduites addictives au même titre d'ailleurs que son milieu socio-culturel.

Elles regroupent « *un ensemble de pratiques où au moins deux personnes apparentées, confrontées à des troubles mentaux, comportementaux et/ou relationnels, consultent dans une perspective thérapeutique. Il peut s'agir de troubles graves et violents, avec un risque vital, tels que les troubles psychotiques, psychosomatiques, démentiels, les troubles des comportements alimentaires, les addictions, les comportements de négligence, de maltraitance, d'abus sexuel. Il peut s'agir également de difficultés de couple, de problèmes éducatifs, de perturbations des communications, de passions familiales* ». Jacques Miermont (1)

Les thérapies familiales se sont développées depuis les années 50 aux États-Unis puis en France ces dernières décennies. Elles ne constituent pas une variante technique originale, mais ont contribué à transformer la façon d'appréhender les troubles psychiques et les addictions. Elles ont puisé dans plusieurs sources d'inspiration, en particulier la démarche systémique élaborée par l'école de Palo Alto, mais encore dans de nombreuses autres sources (psychanalytique, intergénérationnelle, féministe...)

Ainsi que le souligne Mony Elkaim (2), cette diversité provient de ce que ce champ a été constitué par des thérapeutes qui ne se connaissaient pas et qui l'ont créé à une même époque à partir d'intérêts complémentaires. Aucune orthodoxie ne s'est imposée aux dépens d'une autre et la plupart des praticiens centrent maintenant leur pratique sur ce qui est opérationnel. « Les réussites cliniques sont le résultat de co-constructions effectuées avec les patients et ayant créé des agencements aux heureuses conséquences ».

Et finalement après avoir, dans les années 70, considéré les familles comme « pathogènes » et à tenir à distance, certains addictologues ont rapidement compris qu'il était possible de les associer aux traitements suivant différentes modalités qui ont donné lieu à la création d'institutions pionnières comme le centre Monceau pour les familles de toxicomanes. L'approche systémique y a permis d'identifier un dysfonctionnement du système familial et la prise en charge globale du groupe familial cherche alors à dynamiser ses membres plutôt qu'à les opposer.

Ainsi, après S. Minuchin et J. Haley, précurseurs du modèle systémique des addictions, Ducan Stanton et Thomas Todd (3) (4), ont précisé que la prise de toxique chez l'adolescent relevait d'une

tentative de prise d'autonomie conduisant à une fausse individuation. La consommation sur ce mode semble être choisie comme pour revendiquer le sentiment d'exister. Selon S. et P. Angel (5) la drogue est le symptôme de la recherche d'une cohérence identitaire. Le symptôme « Addiction » représente une forme paradoxale de résolution des dilemmes : Rester ou Partir. L'état second permet d'être physiquement présent tout en étant psychiquement absent. Le toxique créerait un sentiment d'omnipotence protectrice des désagréments de l'existence, des engagements affectifs et professionnels risqués. L'addiction tend à empêcher la prise de distance avec la famille d'origine, avec des mécanismes de codépendance.

II. Description de la méthode

Plusieurs courants théoriques se sont intéressés aux prises en charge familiales : psychanalytiques, psychodynamiques, systémiques, humanistes, narratives et centrées sur la solution, comportementales et cognitives. La conception éco-étho-anthropologique de la famille, qui considère rituels, mythes et épistémê, permet au clinicien de s'adapter aux nouvelles déclinaisons de la famille et finalement à tout type d'organisation familiale sans idée préconçue (6).

Schématiquement on distingue les thérapies *de* la famille et les thérapies *avec* la famille ou *en* famille.

Depuis leur origine, les thérapies familiales ont été confrontées à deux possibilités :

- la première postule que le symptôme « *addiction* » est l'expression d'un processus qui se situe au cœur du fonctionnement familial. Les cliniciens vont se focaliser sur les relations familiales, chercher à en identifier les dysfonctionnements, ici et maintenant, ou en remontant plus loin, voire à plusieurs générations en arrière.
- la seconde considère que le symptôme est lié à une perturbation de l'organisation de la personne qui affecte de manière périphérique la dynamique de la vie familiale. Elle se focalise sur les dimensions socio-psycho-biologiques du trouble.

La pratique addictive, liée à une perturbation de l'organisation de la personne, peut parfois affecter profondément la dynamique familiale qui s'organise et se construit autour d'elle, au point que son abandon mette en péril l'équilibre familial ou conjugal ainsi établi. Pour maintenir ce « pseudo-équilibre », le système se rigidifie en faisant obstacle aux changements.

Cette homéostasie constitue une stratégie développée par le système pour assurer sa pérennité à tout prix, quitte à tolérer longtemps l'intolérable. A ce principe essentiel, s'ajoutent trois autres notions auxquelles se réfère la théorie systémique :

- **L'interdépendance** réside dans le fait que lorsqu'un élément bouge, l'ensemble du système se modifie.
- **La non sommativité** part de l'idée que la famille ne se limite pas à la somme de ses membres et qu'il existe une dynamique propre du système.
- **L'équifinalité** marque l'importance de la complexité multifactorielle des situations qui, de ce fait, ne permet pas de faire de lien de causalité linéaire.

La thérapie familiale, associée ou non à une démarche individuelle, doit permettre d'ouvrir une perspective de changement en apportant plus de sécurité relationnelle : elle s'avère précieuse dans ces situations, fréquentes en cas d'addiction alcoolique d'un parent ou d'un conjoint, de trouble du comportement alimentaire d'un ou d'une adolescente par exemple (7) (8) (9).

Elle a aussi permis de voir dans les conduites addictives des adolescents et jeunes adultes une façon de conjurer, de gérer ou de fuir leur peur face à l'obligation de prise d'autonomie, cette difficulté étant largement en lien avec la matrice relationnelle familiale (10).

Les cliniciens peuvent ainsi repérer les fonctionnements familiaux aggravant ou entretenant les conduites addictives et ceux protecteurs ou favorisant le changement. L'entourage joue un rôle essentiel dans le soutien à la motivation, la resocialisation, le soutien aux approches thérapeutiques ainsi qu'un rôle majeur dans la prévention de la rechute, l'accompagnement et la stabilisation (11).

La thérapie familiale s'ajoute aux dispositifs existants, sans s'y substituer. En lien avec les addictions, on cherche à faire une thérapie hédonique, où l'on a plaisir à se retrouver. Le cadre est lui-même thérapeutique, avec une ritualisation du lien dans le temps (séances mensuelles d'1h-1h30 avec un binôme de thérapeutes). Dans le travail avec les familles, on n'est pas dans l'urgence. Cette prescription d'une temporalité plus lente rassure le patient et l'entourage. Malgré la description d'instabilité de nombreux patients addicts, on constate souvent une participation régulière aux consultations familiales. L'idée est de recréer des liens agréables en évinçant les substances des relations interpersonnelles. La mise en place de tâches de restructurations contextuelles encourage la famille à tester de nouveaux modes relationnels en dehors des séances. Les thérapeutes peuvent aussi recevoir en sous-système (couple, fratrie...) (12).

Enfin, il existe aussi des groupes de psychoéducation multifamiliale (13). Cette approche consiste à regrouper plusieurs familles, incluant le patient, autour des troubles addictifs, dans un cadre et un but thérapeutiques. Il s'agit d'une démarche collaborative, où l'on travaille « avec » et non « sur » les familles. L'efficacité est d'autant plus grande que la prise en charge est précoce et ce d'autant plus lorsque les symptômes sont bruyants, les rechutes fréquentes, et la souffrance familiale importante (14). Les familles à expression émotionnelle élevée (tendance à la critique, hostilité, hyper-implication émotionnelle) pourraient particulièrement bénéficier de ces groupes.

III. Niveau de validation scientifique

Les méta-analyses, (voir pour la discussion (1)) qui doivent outre les différentes tailles d'effectifs prendre en considération de multiples orientations, confirment néanmoins l'efficacité (15) de ces approches voire leur supériorité (associées à d'éventuels traitements médicamenteux) par rapport aux techniques individuelles, aux thérapies de groupes d'adolescents ou au counseling psycho-éducatif, avec un effet dans la durée, notamment pour le cannabis (16).

L'expertise INSERM relève un intérêt significatif de l'inclusion des membres de la famille dans le traitement de la personne alcoolodépendante, en particulier avec les thérapies contextuelles (17).

La thérapie familiale multidimensionnelle pour adolescents toxicomanes est une approche pluridisciplinaire au carrefour de la psychologie développementale, des théories écologiques et de la thérapie familiale (18).

Mais comment comparer et évaluer des méthodes aussi variées ?

La médecine fondée sur les preuves « ce qui marche pour tel ou tel trouble mental » n'est pas exhaustive. La dimension qualitative de la relation famille-thérapeutes est difficilement évaluable et pourtant fondamentale. Elle améliore le moral, renforçant les ressources et apportant de la motivation avec des thérapeutes délivrant du soutien.

Cette dimension qualitative est évaluée par les pratiques psychothérapeutiques sur les preuves.

IV. Objectifs thérapeutiques

⇒ **Au niveau individuel** (patient)

- Diminuer les souffrances psychiques, améliorer l'estime de soi
- Favoriser l'observance du traitement, avec une plus longue persévérance dans les soins
- Contribuer à la réhabilitation psycho-sociale du consommateur,
- Réduire les comportements hétéro et auto-agressifs,
- Diminuer les hospitalisations.

⇒ **Au niveau groupal** (famille)

- Proposer un temps d'intersubjectivité partagé (19) qui est « la reconnaissance que soi et l'autre sont des personnes distinctes ayant chacun des intentions, des désirs différents. »
- Mobiliser les ressources familiales afin que les parents (ou le conjoint) puissent apprendre à faire avec leur enfant (ou époux) en changeant leur perception.
- Sortir de la confrontation entre les proches et le patient désigné.
- Accroître l'empathie.
- Amener à une différenciation interpersonnelle, en aidant chacun à se défaire de l'enlacement émotif dans lequel il se sent enchaîné et en recréant une souplesse d'adaptation du système.
- Permettre la reconnaissance du trouble par chacun des membres de la famille, et la création d'un contexte pour pouvoir en parler dans un cadre contenant.

En addictologie, nous sommes dans la co-construction d'un objectif acceptable (qui ne soit pas en tout ou rien, où nous aurions d'un côté une consommation massive ou de l'autre l'abstinence totale), mais plutôt dans une réduction des risques pour aller moins mal (11). Cet état d'esprit se rapproche de celui avec lequel nous pratiquons les consultations familiales ; l'idée étant d'arriver à un apaisement des tensions au sein du système, afin que la situation soit plus supportable pour chacun. Nous cherchons à trouver un nouvel équilibre plutôt que de revenir à l'équilibre antérieur (2).

⇒ **Au niveau institutionnel** (système élargi : professionnels...)

Le partenariat entre les différentes institutions de soins facilite la continuité des soins et solidifie les liens systémiques. L'organisation des contextes de soins à la fois individuels (addictologue, psychologue, infirmier au CSAPA, psychiatre en CMP...) et familiaux représente une hiérarchie enchevêtrée qui favorise les processus d'autonomisation. « Il s'agit moins d'inclure la famille dans un protocole thérapeutique que de promouvoir des processus d'autonomisation entre familles et équipes soignantes, qui redonnent au patient et à ses proches l'initiative des engagements thérapeutiques » (1).

V. Indications

Classiquement, l'indication d'une thérapie individuelle est évidente lorsque la demande, le symptôme et la souffrance sont portés par le sujet. Cependant la charge de ces trois éléments peut être répartie sur plusieurs membres de la famille : une prise en charge familiale sera alors préférée, qui permettra très souvent l'éclosion ultérieure d'une demande individuelle. L'approche familiale s'avère être un excellent vecteur d'accès aux soins dans ces situations, en particulier pour les adolescents et les jeunes adultes non-demandeurs de soins. Ceci permet de répondre, avec des modalités rigoureuses, à la demande des parents inquiets d'un trouble du comportement de leur enfant adolescent, de les aider à faire venir ce dernier en consultation pour que le thérapeute puisse les aider à gérer leur inquiétude, ce qui sera aussi l'occasion, en famille, de parler de ses projets et

des obstacles, de leur réalisation (dont les conduites addictives), et parfois d'établir un diagnostic de trouble comorbide (20) (21).

VI. Formation des thérapeutes familiaux

La tenue d'entretiens de couple ou familiaux ne s'improvise pas, en particulier avec des familles dysfonctionnelles ou conflictuelles, le risque étant de contribuer, par un défaut de maîtrise des interactions en séance, à une aggravation des conflits ou des dysfonctionnements, avec en corollaire une augmentation de la charge d'angoisse, de culpabilité et du sentiment d'échec des membres du couple ou de la famille.

Une formation préalable est recommandée. Durant les premières années d'exercice le thérapeute peut avoir recours à un dispositif de co-thérapie, et plus durablement à une supervision clinique, individuelle ou en groupe.

Les formations proposées en thérapie familiale, d'inspiration systémique ou analytique, émanent majoritairement d'organismes privés, parfois d'universités sous la forme d'un D.U., pour un volume d'environ 270 h d'enseignement théorique. Elles s'étalent sur 2 à 4 ans, et sont dispensées en France ou à l'étranger, en étant accessibles aux médecins, psychologues, infirmiers et travailleurs sociaux. Les cursus systémiques sont validés par l'Association Européenne de Thérapie Familiale (E.F.T.A.).

VII. Synthèse

Ce qu'il faut retenir, c'est que la conjonction de thérapies (pharmacologique, individuelle et familiale) semble aboutir à de meilleurs résultats que les thérapies familiales isolées ; elles sont souvent un complément de la prise en charge. Les thérapies familiales s'appuient sur les ressources et compétences de la famille plutôt que sur ses déficits. Elles sont très utiles pour permettre l'éclosion d'une demande individuelle de soins et sont parfois incontournables, en complément des autres modalités de prise en charge, lorsque les difficultés d'autonomisation sont intriquées avec les relations familiales angoissées ou lorsque l'entourage résiste à l'abandon des conduites addictives par le patient.

Références bibliographiques

1. Miermont J, Barrière A. Thérapies familiales. EMC – Psychiatrie 2017; 14(3): 1-15.
2. Elkaïm M. et al. Panorama des thérapies familiales. Le Seuil, Paris, 1995.
3. Stanton D, Todd T. Heroin Addiction as a Family Phenomenon. Guilford Press, New York, 1978.
4. Stanton D, Todd T. The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction. Guilford Press, New York, 1982.
5. Angel S., Angel P. Les toxicomanes et leurs familles. Armand Colin, Paris, 2002.
6. Miermont J. Le paradigme éco-étho-anthropologique. Thérapie Familiale 2002 (23) : 29-146
7. Anastassiou, V. Quinze ans de pratiques familio-systémiques en alcoologie. Thérapie Familiale 2008 ;. 29(2) : 279-318.
8. Prieur B. L'anorexique, le toxicomane et leur famille. ESF, Paris, 1989.
9. Pauté R, Charbouillot-Mangin B. L'anorexie chez les adolescentes. Érès, Toulouse, 2001.
10. Gammer C, Cabié MC. L'adolescence, crise familiale. Érès, Toulouse, 1992.
11. Cassen M. Dynamiques familiales et conduites addictives : l'exemple des toxicomanies,. Le Journal des psychologues 2008 ; 254 (1) : 57-60.
12. Andolfi M. La thérapie avec la famille. ESF Éditeur, Paris, 1982.
13. Cassen M., Delile JM. Thérapies multifamiliales et addictions. In Cook Darzens S, Thérapies multifamiliales : des groupes comme agents thérapeutiques. Érès, Ramonville-Sainte-Agne, 2007.

14. Miller WR. A Collaborative Approach to Working with Families, *Addiction* 2003; 98 (1): 5-6.
15. Shadish WR, Ragsdale K, Glaser LL, Montgomery LM. The efficacy and effectiveness of marital and family therapy: a perspective from meta-analysis. *J Marit Fam Ther* 1995;21:345-60.
16. Stanton MD, Shadish WR. Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychol Bull.* 1997 122(2):170-91.
17. Psychothérapie : Trois approches évaluées. INSERM. Expertise collective. Les éditions Inserm, Paris : 2004, XII-553 p.
18. Phan O, Bonnaire C, Bastard N, Jouanne C. Le projet INCANT. *Psychotropes* 2008 (14) : 137-256
19. Golse, B. De l'intersubjectivité à la subjectivation (co-modalité perceptive du bébé et processus de subjectivation) *Le Carnet PSY* 2006 ; 109, 25-29
20. Kammerer E. Avec son cannabis, il nous rendra malades ! *Le Courrier des Addictions* 2005 ; 7 (suppl 1) : 43-45.
21. Phan O. Thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT) : Quelles influences ? *l'Encéphale* 2014 (40) : 408-415

Approche basée sur les pairs

12 étapes de facilitation - TSF (Twelve Step Facilitation) / FDE (Facilitation en Douze Etapes)

Micheline Claudon, Marion Acquier*

* Présidente d'Alcooliques Anonymes France

I. Rationnel

Cette approche s'est développée sur une base holistique qui prend en compte les trois dimensions de la personnalité (physique, mentale et spirituelle) selon la conception du mouvement des Alcooliques Anonymes (AA) pour qui la dépendance à l'alcool affecte la personne dans ces trois sphères.

Le Modèle Minnesota vise l'abstinence complète, considérée comme le pré-requis pour la compréhension, l'intégration et l'application du programme en 12 étapes. Il porte une attention particulière au concept de maladie, l'affirmation selon laquelle la dépendance est une maladie chronique et progressive contribuant à lever la honte.

Ce modèle a pour but de remettre en action les personnes dépendantes afin qu'elles apprennent à puiser dans leurs ressources personnelles, notamment en prenant du temps pour réfléchir, prendre des décisions moins fondées sur leurs émotions, et plus sur l'étude des faits, découvrir qu'elles sont responsables de leur vie.

Enfin, la spécificité du Modèle Minnesota se concentre sur le "rétablissement" de la personne ("rehabilitation" en anglais), c'est-à-dire que le programme de traitement multidisciplinaire mis en place met l'accent sur les soins plutôt que la guérison.

II. Description de la Méthode

Ce modèle repose sur l'intervention externe de professionnels, en vue de faciliter l'engagement dans les groupes d'entraide AA. La personne participe à une variété d'interventions et reçoit des enseignements approfondis sur la philosophie AA ou NA (Narcotiques Anonymes) et sur les 12 étapes.

Le Modèle Minnesota est un modèle thérapeutique développé aux États Unis dans les années 1950. Il repose sur trois principes fondateurs qui nécessitent d'être remis dans leur contexte historique pour en mesurer l'aspect novateur.

- **Traiter les personnes dépendantes comme des personnes malades**

Cette méthode introduit l'idée que les personnes dépendantes des produits addictifs méritent un traitement digne et un accompagnement dans leur "rétablissement ».

- **Traiter les personnes dépendantes avec respect**

Respecter les personnes dépendantes en tant que personnes qui ont des droits et des devoirs favorise des résultats satisfaisants. Par ailleurs, le modèle considère que leur état est le résultat d'une maladie, ce qui implique que leur volonté seule n'a pas prise sur leur maladie.

- **Traiter les personnes dépendantes dans leur globalité**

C'est ici que l'on retrouve la spécificité du Modèle Minnesota. En effet, cette approche prend en charge la personne dans sa globalité, "corps, âme et esprit". La dimension "spirituelle" se traduit notamment dans le fait que toutes les pathologies confrontent l'être humain à ses limites et à sa mortalité. La nature spirituelle du mouvement a été d'emblée revendiquée par son créateur Bill W, qui s'estimait physiquement malade (« ill ») psychologiquement malade (« ill ») et spirituellement souffrant (« sick »).

La thérapie de facilitation en 12 étapes est une variante du Modèle Minnesota permettant de l'utiliser en soins ambulatoires et non plus seulement résidentiels, ce qui lui assure l'implantation la plus importante aux États-Unis depuis les 20 dernières années.

Cette variante est manualisée (le manuel est exclusivement en Anglais) ce qui permet d'assurer une uniformité d'un patient à l'autre.

III. Niveau de validation scientifique

Cette approche choisie pour le projet MATCH (1) a été évaluée comme étant au moins aussi bénéfique que les deux autres approches (thérapie cognitivo-comportementale et thérapie de l'augmentation de la motivation).

La dernière revue Cochrane du groupe « Drugs and Alcohol » de mars 2020 (2) met en exergue qu'il existe des données probantes de haute qualité indiquant que les interventions standardisées des AA/FDE sont plus efficaces ou au moins aussi efficaces que d'autres traitements établis, tels que la TCC, pour augmenter l'abstinence. Ainsi, ils augmentent faiblement le taux d'abstinence continue par rapport à d'autres thérapies comme la TCC (RR = 1,21 IC 95 % 1,03 – 1,42 ; haut niveau de certitude ; 2 études, 1936 patients). En ce qui concerne le pourcentage de jours d'abstinence (PDA), ils semblent fonctionner aussi bien que d'autres interventions cliniques à 12 mois (différence moyenne (DM) 3,03, IC 95% -4,36 à 10,43 ; 4 études, 1999 participants ; données probantes de très faible certitude), et mieux à 24 mois (DM 12,91 IC 95% 7,55 à 18,29 ; 2 études, 302 participants ; données probantes de très faible certitude) et à 36 mois (DM 6,64 IC 95% 1,54 à 11,75 ; 1 étude, 806 participants ; données probantes de très faible certitude). Les résultats sont également similaires aux traitements de comparaison sur le nombre de verres par jour de consommation et les jours de forte consommation.

IV. Objectif (s) thérapeutique(s)

Cette approche est centrée sur :

- L'acceptation de la notion de maladie, en prenant en charge la personne dans sa globalité (corps, psychisme, esprit).
- La reconnaissance de ses limites personnelles, de ses vulnérabilités, l'acceptation de l'aide des autres pour devenir responsable et acteur de sa vie.
- Le choix des comportements et des attitudes qui favorisent le rétablissement.

V. Indications /population cible / répondeurs éventuels

Cette variante du Modèle Minnesota est encore à ce jour l'approche la plus utilisée par les centres de traitement américains (selon l'étude Slaymaker 80% déclarent qu'ils fonctionnent sur la base du Modèle Minnesota (3). Les données disponibles en Europe ne permettent pas de préciser cette donnée.

La méthode TSF serait plus efficace chez les patients présentant un niveau de sévérité psychiatrique plus faible (1) et ceux ayant une plus grande dépendance à l'alcool (4).

VI. Les résultats peuvent-ils être améliorés en associant la méthode à d'autres modalités de soins : psychothérapies, médicaments

Cette approche est complémentaire des autres approches psychothérapeutiques notamment les approches cognitivo-comportementales et motivationnelles.

Selon le rapport produit par l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) en 2010 sur l'évaluation des résultats de l'approche TSF, les meilleurs résultats sont obtenus par l'association de la TSF avec la participation volontaire et dans la durée à des groupes d'entraide basés sur les 12 étapes (5).

VII. Données médico-économiques

Les analyses économiques ont révélé des avantages en faveur de AA/TSF par rapport aux traitements ambulatoires et aux interventions de TCC. L'ampleur de ces avantages peut être considérable. Par exemple, l'analyse économique d'Ouimette 1997 (in 6, 7) a constaté qu'en plus de l'augmentation du taux d'abstinence, les interventions AA/TSF ont pu réduire les coûts de santé liés à la santé mentale et à la consommation de substance au cours des deux années suivantes de plus de 10.000 USD par patient par rapport aux interventions de TCC réalisées dans des environnements résidentiels.

La méta-analyse de la Cochrane indique que dans 3 des 4 études analysées, AA/TSF réduisait davantage les coûts que les autres traitements (2).

VIII. Formation nécessaire

La standardisation du programme permet d'uniformiser la formation à cet outil (seulement aux USA). Cette approche nécessite l'engagement et la confiance du thérapeute dans la méthode TSF.

IX. Synthèse

L'approche pratiquée par des professionnels du Modèle Minnesota permet d'étendre une approche validée en soins résidentiels à un contexte de soins en consultation externes. Les résultats positifs dans la durée sont corrélés à une participation volontaire des patients aux groupes d'entraide AA.

Références bibliographiques

1. [Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes.](#) J Stud Alcohol. 1997 Jan;58(1):7-29

2. Kelly JF, Humphreys K, Ferri M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 Mar 11;3(3):CD012880.
3. Klein AA, Slaymaker VJ, Kelly JF. The 12 Step Affiliation and Practices Scale: development and initial validation of a measure assessing 12 step affiliation. *Addict Behav.* 2011 Nov;36(11):1045-51.
4. Cooney, N., Babor, T., DiClemente, C. & del Boca, F. Clinical and scientific implications of Project MATCH. In: Babor, T. & del Boca, F. (Eds.). *Treatment Matching in Alcoholism*, IRMA Monograph Series No. 4, 2003: pp. 222-237. Cambridge: Cambridge University Press.
5. Desrosiers, P., Ménard, J.-P., Tremblay, J., Bertrand, K., & Landry, M. Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance : guide de pratique et offre de services de base. [Montréal] : Association des centres de réadaptation en dépendances du Québec, 2010.
6. Humphreys K, Moos R. Can encouraging substance abuse patients to participate in self-help groups reduce demand for health care? A quasi-experimental study. *Alcohol Clin Exp Res.* 2001 May;25(5):711-6
7. Humphreys K, Moos RH. Encouraging posttreatment self-helpgroup involvement to reduce demand for continuing care services: two-year clinical and utilization outcomes. *Alcohol Clin Exp Res* 2007;31(1):64-8.

Approche basée sur les pairs

Thérapies communautaires intégratives

Caroline Salas Toquero, Psychologue clinicienne, Docteure en Psychologie
Lucie Pennel, Psychiatre Addictologue
Maurice Dematteis, Neurologue, Professeur de Pharmacologie et Addictologie

Affiliation

Univ. Grenoble Alpes, Service Universitaire de Pharmaco-Addictologie - CSAPA,
CHU Grenoble Alpes, 38043 Grenoble, France

I. Rationnel

Puisant ses origines au Brésil, la Thérapie Communautaire Intégrative (TCI) a été développée par le psychiatre brésilien Adalberto Barreto à la fin des années 1980 pour faire face à deux difficultés principales : d'une part pour tenter de répondre à la demande criante de soins dans le domaine des pathologies psychiatriques et addictives issue des milieux défavorisés et, d'autre part, face au constat d'une forte demande en ordonnances pour des médicaments qui engendraient des coûts trop onéreux pour ces personnes précaires (1). Cette intervention s'est ensuite progressivement déployée en Europe (2).

Cette approche groupale s'est bâtie sur les expériences de vie, les savoirs populaires et les ressources culturelles. Elle est dite « *communautaire* » car elle repose sur l'idée selon laquelle toute société humaine dispose de mécanismes de régulation efficaces. Elle est qualifiée d'« *intégrative* » dans le sens où elle regroupe une diversité de personnes, de cultures et de compétences permettant de lutter contre l'isolement et l'exclusion sociale. L'état d'esprit consiste à unir les forces individuelles pour être plus forts et créer des liens. Ainsi la TCI rassemble des personnes de la communauté et fait appel aux ressources de chacun (réservoirs de solutions, d'idées et d'expériences) pour offrir un espace d'écoute et de partage des soucis du quotidien, d'une épreuve à surmonter ou d'un obstacle à franchir.

La TCI repose sur six piliers théoriques (3,4) :

- 1) La **pensée systémique** qui tient compte de plusieurs grands principes dont celui d'interdépendance des éléments d'un système : "*Un tout est plus que la somme des parties qui la constituent*". Le groupe apparaît alors plus fort que chaque personne isolée qui le compose.
- 2) La **théorie de la communication** modélise que tout comportement a valeur de communication et livre un message : "*On ne peut pas ne pas communiquer*". Le thérapeute doit maîtriser les règles de la communication non verbale pour identifier et verbaliser les messages, les contradictions, les attitudes corporelles exprimées autrement que par des mots.
- 3) L'**anthropologie culturelle** s'attache à l'étude de l'homme et des sociétés humaines dans leur versant culturel, à savoir l'histoire commune partagée par un groupe d'individus (ensemble de valeurs, de représentations, de mythes et de symboles). Les développements réalisés en ethnopsychiatrie appuient sur l'importance des traditions et sur les différences d'interprétation du fonctionnement psychique selon la culture d'appartenance.

4) La **pédagogie** selon Paulo Freire (*Pédagogie des opprimés, 1970 ; Pédagogie de l'autonomie, 1996*) prône l'horizontalité et la circularité de la communication : "*personne n'éduque autrui, personne ne s'éduque seul, les hommes s'éduquent ensemble par l'intermédiaire du monde*". Ses travaux s'appuient sur deux grands principes : l'intérêt de s'appuyer sur l'expérience vécue pour favoriser l'apprentissage et la place du dialogue comme une pratique permettant de développer son esprit critique.

5) La **théorie de l'apprentissage social** selon Albert Bandura (*Social Learning Theory, 1977 ; Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory, 1986*) suggère que les personnes apprennent à travers les autres par l'observation, l'imitation, et l'apprentissage vicariant (*modeling*) en développant des valeurs pro-sociales et des compétences psycho-sociales nécessaires.

6) Le concept de **résilience** consiste à transformer et valoriser l'expérience et la souffrance en une compétence.

II. Description de la méthode

Déroulement et structuration des séances :

Les séances de groupe durent généralement une heure et demie, animées par un ou plusieurs facilitateurs. Elles peuvent rassembler de nombreuses personnes (parfois plus d'une cinquantaine). Elles suivent une structure organisée séquentiellement en 5 étapes (1,5).

1) L'*accueil* est la phase initiale où facilitateurs et participants sont assis en cercle, et intègrent au groupe les nouveaux arrivants. Le thérapeute communautaire souhaite la bienvenue au groupe, apporte des explications sur la thérapie puis initie des dynamiques interactives de partage pour « briser la glace » sous la forme d'un jeu, d'une danse, d'une chanson ou encore d'une relaxation (de courte durée, de 3 à 5 minutes). L'étape d'accueil comprend différents objectifs dont :

- la construction d'un espace circulaire de parole et d'écoute,
- la présentation des règles (respect de la parole de l'autre, non jugement, parler à la première personne en utilisant le « je ») et la réassurance quant au processus qui va se dérouler,
- le soutien chaleureux de l'inclusion et de l'estime de soi en se souhaitant la bienvenue, en apportant des informations sur le processus et en célébrant les dates importantes (anniversaires, fêtes, réussites) avant d'aborder les souffrances,
- la détente et le sentiment de sécurité,
- la création de liens et l'intégration au groupe en allant à la rencontre les uns des autres.

Dans les étapes suivantes, les facilitateurs annoncent la procédure proposée et renforcent à chaque fois le groupe comme étant un espace ouvert à la parole ou à la non-parole.

2) Le *choix du thème* : les personnes qui le souhaitent prennent la parole et exposent brièvement leur situation-problème. Le mode de communication verbal peut être complété de chansons, poèmes, blagues, dictons pour faciliter et enrichir les ressentis et l'expérience décrite. L'un des facilitateurs résume les propositions des participants qui ont souhaité s'exprimer en prenant soin de clarifier l'émotion principale qui émane de cette souffrance. Dans un second temps, les participants vont choisir un thème parmi ceux qui viennent d'être exposés. Pour choisir le thème, ils peuvent expliquer leur choix puis, après un vote à main levée, la situation qui récolte le plus de voix devient le thème central de la séance. Le facilitateur va alors reformuler de façon claire et synthétique le thème proposé en mettant en lumière l'émotion associée. Dans l'ouvrage de Barreto (3), les principaux thèmes abordés par ordre de fréquence sont le stress et les émotions négatives (27%), les conflits familiaux (20%), les addictions (12%), la vie professionnelle et le chômage (10%), la

dépression et la violence (9%) et les formes de rupture de liens sociaux (9%). Ces pourcentages sont similaires à l'analyse thématique réalisée par da Rocha et al. (2013) (6) qui associe la spiritualité, le pardon, le dialogue, le soutien familial et amical et la détermination comme étant les principales stratégies de coping suggérées lors des sessions de TCI.

3) La *contextualisation* consiste pour la personne dont le thème a été choisi, à fournir de plus amples détails et informations. Le groupe peut lui poser des questions pour l'aider à mieux comprendre ce qu'il se passe et favoriser la conscientisation. Souvent les participants posent des questions pour eux-mêmes, sur leurs doutes, leurs conflits.

4) La *problématisation* correspond au partage d'expériences de vie. Cette étape dure généralement 45 minutes. La personne qui a exposé sa situation est invitée à écouter les autres à son tour. Tous les membres du groupe deviennent des partenaires. Ils sont invités à revisiter leur histoire personnelle et à proposer des solutions et des stratégies selon les apprentissages qu'ils en ont tirés de façon à renforcer les compétences de la personne dont le thème a été choisi.

5) La *clôture* ou *rituel de fin* : au moment de clore la séance, les participants se lèvent et forment un cercle en se touchant les épaules (la main ou la taille) pour renforcer les liens et le sentiment d'appartenance. C'est dans cette dernière étape que l'on valorise la personne dont le thème a été retenu et que les membres du groupe partagent ce qu'ils ont appris ou ressentis pendant la séance.

Posture des facilitateurs et principe de la démarche :

La posture du facilitateur et sa manière de s'exprimer doit répondre à une attitude sympathique tout en étant ferme dans ses indications, une attitude corporelle d'ouverture en regardant chacun dans les yeux, un discours synthétique avec un ton de voix claire et suffisamment fort pour pouvoir être entendu de tous, une attention soutenue pour ne pas rompre le fil conducteur surtout quand surviennent des discours prolongés qui s'écartent de ce qui est demandé, tout en sachant interrompre la parole. Ces attitudes authentiques, chaleureuses et sécurisées adoptées par les facilitateurs encouragent un processus qui progressivement permet d'avancer vers le changement. Cette posture enclenche un processus de libération du groupe et un engagement à reprendre le contrôle sur sa vie, faire ses propres choix et rechercher les ressources individuelles et collectives à mobiliser.

Lors des prises de parole, la personne est invitée à nommer ses émotions pour ne pas se limiter à des sensations imprécises, ni tenter de rationaliser son vécu. Cette démarche lui permet une réflexion sur ses pensées et une prise de conscience de son état pour avancer vers le changement. La parole est un remède tant pour celui qui parle que pour ceux qui écoutent. Ce partage d'expérience de vie permet à la communauté de trouver en elle-même des solutions à des problèmes qu'une personne seule n'a pas été en mesure de trouver.

III. Niveau de validation scientifique

La recherche sur cette pratique est relativement récente. Elle est menée essentiellement par des chercheurs brésiliens, l'accent étant principalement mis sur les résultats qualitatifs. Il n'y a pas d'essais contrôlés randomisés.

La TCI est recommandée par le système de santé publique au Brésil depuis 2008 pour prendre en charge les maladies dans le champ des soins primaires, et classifiée comme une intervention psychosociale (7). La revue de littérature de Lemes et al. (2020) (8) recense 17 études réalisées

depuis 2007 sur la TCI. La majorité de ces études sont brésiliennes, qualitatives, et intègrent la TCI au sein de communautés thérapeutiques hébergeant des usagers de substances.

Une étude brésilienne évaluant la satisfaction des TCI a été réalisée auprès de 198 participants composés de 87,4% de femmes et de 67,2% sans emploi. Cette étude rapporte que 83,3% des participants se sentent compris dans leurs souffrances lors des séances, 61,6% déclarent avoir obtenu une aide considérable, 48% se disent très satisfaits de la qualité des soins reçus, 85,9% d'entre eux estiment y recourir à nouveau s'ils ont besoin d'aide (9). Une étude rétrospective qualitative conduite auprès de trois centres de réhabilitation pour les addictions au Brésil, consistant en l'analyse de 18 sessions de groupes auprès de 21 consommateurs de substances psychoactives a permis d'extraire trois thèmes d'intérêt concernant les objectifs perçus de la TCI : les bénéfices sociaux, l'amélioration de l'estime de soi (apprentissage, compréhension et respect) et le sentiment d'appartenance à un groupe (10).

Entre mars et avril 2020, dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, une centaine de sessions ont été réalisées en visioconférence, impliquant 3579 participants de différents pays dont la France, suggérant une alternative intéressante au déploiement de la TCI (11).

IV. Objectif(s) thérapeutique(s)

La TCI répond à plusieurs objectifs personnels et interpersonnels (4,12) :

- échanger et partager des expériences, des savoirs et savoirs faire selon un modèle co-participatif.
- identifier ses émotions.
- apprendre à écouter, oser s'exprimer et se positionner devant les autres.
- développer des stratégies de résolution de problèmes, des compétences psychosociales, des ressources personnelles et culturelles alternatives aux troubles de l'usage et aux problèmes associés.
- créer du lien social interpersonnel et intercommunautaire solidaire : rompre l'isolement, l'exclusion et la stigmatisation sociale en créant, ou renforçant, un sentiment d'acceptation, de sécurité et d'appartenance à un groupe. La TCI valorise le rôle de la famille et du réseau social, l'identification à ses valeurs culturelles, les pratiques traditionnelles et la communication entre les différentes formes de savoirs. Ces éléments permettent également l'assimilation des normes sociales par l'influence des pairs.
- valoriser l'histoire de vie des personnes en renforçant l'estime de soi individuelle et collective et la confiance en soi.
- favoriser le maintien ou l'amélioration de leur santé et faciliter l'accès aux soins de santé si nécessaire. Elle peut permettre d'éviter de faire appel aux réseaux de soins en addictologie ou à l'usage de médicaments en déployant d'autres alternatives.

Les principaux critères de jugement sont l'engagement et la poursuite dans les soins, la réduction (et l'arrêt) des comportements addictifs et l'amélioration de la santé (diminution du recours aux soins et aux hospitalisations).

V. Indications / population cible / réponders éventuels

La TCI s'adresse à toutes les personnes qui se sentent seules pour faire face à leur souffrance, à une population marquée par la précarité, l'insécurité ou encore l'abandon institutionnel quels que soient sa souffrance et son âge, aussi bien des individus que des familles, ou des professionnels de santé. Elle s'est développée dans le secteur de la santé, de l'éducation et de la justice (7). Elle trouve

sa place dans le contexte des addictions, avec ou sans substances, dont les personnes ont bien souvent un entourage social défaillant. Elle peut être intéressante dans le contexte de la prévention des conduites à risques et addictives, ainsi que dans les soins, lorsque la personne entreprend une démarche de prise en charge. L'appréhension des groupes peut toutefois s'avérer être un frein pour certaines personnes.

VI. Les résultats peuvent-ils être améliorés en associant la méthode à d'autres modalités de soins : psychothérapies, pharmacologie....

Absence de données.

VII. Données médico-économiques

Absence de données.

VIII. Formation nécessaire (profil professionnel et formation complémentaire)

La formation d'animateur – facilitateur en thérapie communautaire est ouverte aux soignants, elle s'adresse particulièrement aux psychologues, aux médecins et aux travailleurs sociaux. Elle consiste généralement en un séminaire de deux à quatre jours consolidé par des séances d'intervision. De tels séminaires visent l'identification des ressources de la personne et du collectif, le référentiel groupal centré sur les ressources et les solutions, la méthodologie et les outils d'animation groupale, ceux propres à la TCI en lien avec la thérapie narrative.

IX. Synthèse

Cette thérapie prend comme point de départ une « situation-problème » dont le groupe va dégager un ensemble de solutions à partir de l'échange d'expériences vécues. Elle se fonde sur le réseau social et la solidarité plutôt que de se centrer sur la pathologie. Elle constitue une plus-value aux prises en charge individuelles, en permettant le partage des expériences et la recherche de stratégies sociales et psychologiques. Elle promeut l'empowerment personnel, l'intelligence collective et s'inscrit dans une approche de réhabilitation psychosociale. Cependant à ce jour, cette approche a fait l'objet de peu d'études internationales et l'évaluation de sa validité reste à établir.

Références bibliographiques

1. Barreto A., Grandesso M. Community therapy: A participatory response to psychic misery. *Int J Narrat Ther Community Work* 2010 ; 4 : 33-41.
2. Marie-Roda C. La thérapie communautaire. *Le Journal des psychologues* 2009 ; 7 : 71-7.
3. Barreto A. La thérapie communautaire pas à pas. Trad. Française. Paris, Dangles, 2012,
4. Cezário PFO, de Araújo LL, Pereira TLB et al. Integrative community therapy and its benefits for primary care: An integrative review. *Int Arch Med* 2015 ; 8 : 1-9.
5. Hugon N. La thérapie communautaire : Une technique d'animation des groupes favorisant l'implication des patients addictifs dans le processus de changement. Atelier 32, Développer la dimension humaine des EPP médicales et paramédicales. Journées Internationales de la Qualité Hospitalière & en Santé, 29-30 novembre 2010.
6. da Rocha IA, de Sá AN, Braga LA, et al. Community integrative therapy: situations of emotional suffering and patients' coping strategies. *Rev Gaucha Enferm* 2013 ; 34 :155-62.
7. Silva MZ, Barreto A, Ruiz JEL et al. The scenario of integrative community therapy in Brazil: History, overview and perspectives. *Temas em Educ.e Saúde* 2020; 16 : 341-59.

8. Lemes AG, do Nascimento VF, da Rocha EM et al. Integrative community therapy in mental health care: an integrative review. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* 2020; 33 : 10629.
9. de Andrade FB, de Oliveira Ferreira Filha M, de Toledo Vianna RP et al. Evaluation of participant satisfaction with community therapy: a mental health strategy in primary care. *Psychiatr Q* 2012 ; 83 : 325-34
10. Lemes AG, Rocha EM, Nascimento VF et al. Benefits of integrative community therapy revealed by psychoactive drug users. *Acta Paul Enferm* 2020; 33: e-APE20190122.
11. Barreto AP, Filha MO, Silva MZ, Di Nicola V. Integrative community therapy in the time of the new coronavirus pandemic in Brazil and Latin America. *World Soc Psychiatry* 2020; 2: 103-5.
12. Grandesso M. Integrative community therapy: Constructing possibilities in community contexts through dialogue and shared knowledge. *AI Practitioner* 2015 ; 17 : 33-7.

Approche avec support

Psychothérapies à médiation : sociothérapie, ergothérapie, musicothérapie, art-thérapie.

Marc Auriacombe

I. Rationnel

On appelle psychothérapies à média, les méthodes thérapeutiques qui utilisent une médiation, en plus ou à la place de la parole. De très nombreux médias peuvent être utilisés, mais les plus utilisés sont la création artistique (musicothérapie, art-thérapie) et les interactions sociales (sociothérapie, ergothérapie) (1).

Ces thérapies ont été particulièrement développées pour les personnes avec des maladies psychiatriques, notamment les plus sévères (les troubles psychotiques) et dans le contexte de séjours hospitaliers longs. Elles sont aussi utilisées en addictologie notamment par les dispositifs d'addictologie gérés par des hôpitaux psychiatriques, mais aussi les structures de moyens séjours, type CSAPA avec hébergement ou soins de suite et de réadaptation en addictologie (SSRA). Dans le contexte de l'addictologie, elles sont orientées vers l'obtention ou le maintien de l'abstinence, mais peuvent aussi prendre en compte les troubles psychiatriques comorbides.

II. Description de la méthode

Sociothérapie

La sociothérapie correspond à des activités de groupe organisées dans un but thérapeutique d'occupation, de réadaptation au travail, d'amélioration ou de restauration des communications interpersonnelles. La sociothérapie consiste en l'utilisation réfléchie des relations humaines d'un individu afin de réduire ses troubles affectifs et comportementaux. Ces relations sont sélectionnées au sein du groupe social du sujet. C'est l'une des activités spécifiques des infirmiers et des éducateurs spécialisés en psychiatrie. Il n'existe pas de formation diplômante.

Ergothérapie

L'ergothérapie se caractérise par l'éducation, la rééducation, la réadaptation ou encore la réhabilitation par l'activité. C'est par le biais d'activités de la vie quotidienne (soins personnels, travail et loisirs) et d'autres exercices globaux et analytiques que l'ergothérapeute organise une thérapie visant à améliorer des capacités d'agir et des compétences, cela individuellement ou en groupe.

L'ergothérapie s'applique à des personnes de tous âges, notamment dans le secteur de la santé mentale, de la neurologie, de la rhumatologie ou encore de la rééducation fonctionnelle.

Il existe une formation diplômante d'ergothérapeute et la profession d'ergothérapeute est réglementée. L'ergothérapeute est aussi habilité à confectionner des orthèses et à donner des conseils sur les aides techniques et pour l'aménagement du domicile de personnes en situation de handicap. L'ergothérapie joue un rôle primordial dans la réadaptation en milieu écologique, favorisant la rééducation lors de mises en situation, pour permettre un retour à l'indépendance, dans un cadre rééducatif, afin de permettre à la personne d'évoluer avec un maximum d'autonomie dans son quotidien personnel, professionnel et dans ses activités de loisir et de la vie quotidienne.

Musicothérapie (2)

La musicothérapie est l'utilisation de la musique ou du son dans une démarche de soin. La musique ou le son est le médiateur dans la relation soignant/soigné. La musicothérapie s'inscrit parfois comme thérapie de soutien.

Trois dimensions de la musicothérapie sont décrites : la musicothérapie active, réceptive et la détente psychomusicale.

Il existe des formations non diplômantes variées avec différentes références théoriques et pratiques.

Art-thérapie (3)

L'art-thérapie est un accompagnement thérapeutique de personnes en difficulté, à travers la production d'œuvres artistiques. Il s'agit d'une pratique de soin fondée sur l'utilisation thérapeutique du processus de création artistique. L'art-thérapeute est un artiste, ou professionnel de la relation d'aide, pratiquant l'art-thérapie.

La médiation artistique est l'intervention d'un artiste auprès de personnes en difficulté pour qu'elles contactent leur potentiel créateur et redeviennent par là davantage sujets d'elles-mêmes.

Il existe plusieurs approches de la psychothérapie par l'art avec différentes références théoriques et pratiques.

III. Niveau de validation scientifique

Il n'y a que peu de données scientifiques évaluatives publiées sur l'impact des thérapies à média en addictologie et en psychiatrie. Il ne semble pas exister non plus de véritables données d'experts partageables. Les documents existants sont essentiellement des rapports individuels d'expériences ou des études psychopathologiques théoriques.

Dans le champ de l'addictologie, la musicothérapie a été la plus étudiée. Une revue systématique est disponible. Elle a porté sur 34 études quantitatives et 6 études qualitatives. Cependant les auteurs concluent que la diversité et l'hétérogénéité des études et des méthodes utilisées ne permettent pas de conclure quant à l'efficacité de ces méthodes. De plus, il n'y a pas d'étude de suivi (4).

Enfin, s'il n'est pas contestable que ces thérapies soient utilisées en addictologie, il n'existe pas de données précises sur l'importance de leur utilisation et les caractéristiques des professionnels qui les pratiquent et avec quels objectifs.

IV. Objectif(s) thérapeutique(s)

Les objectifs thérapeutiques sont à personnaliser à chaque situation.

V. Indications / population cible / réponders éventuels (critères d'indication voire contre-indications)

De façon générale, ces thérapies à média peuvent être utiles aux différentes étapes de la prise en charge d'une personne avec addiction : management de l'arrêt et d'un éventuel syndrome de sevrage (musicothérapie), adaptation au post-sevrage et à la réduction de l'usage ou à l'abstinence. Ces thérapies à média pourraient s'adapter au management du craving. Enfin l'ergothérapie a une place spécifique en SSRA.

VI. Les résultats peuvent-ils être améliorés en associant la méthode à d'autres modalités de soins : psychothérapies, médicaments....

Dans le contexte de l'addictologie, ces thérapies sont habituellement associées à une approche globale de la prise en charge thérapeutique de l'addiction, ses conséquences et les facteurs de vulnérabilité de la personne.

VII. Données médico-économiques

Pas de données connues.

VIII. Formation nécessaire (profil professionnel et formation complémentaire)

À part l'ergothérapie pour laquelle il existe une formation diplômante et une profession réglementée, les autres psychothérapies à média sont comme les psychothérapies en général, pratiquées par une diversité de professionnels de santé ou pas.

IX. Synthèse

Les thérapies à média sont connues et utilisées dans beaucoup de structures d'addictologie et pourtant on ne dispose pas d'information sur l'importance de cette utilisation et son utilité. Un premier travail de recensement serait à faire.

Références bibliographiques

1. De Luca M. Thérapies à médiation : ergothérapie, sociothérapie et médiations groupales. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-820-C-10, 2009.
2. Forestier R. Tout savoir sur la musicothérapie, Paris, éd. Favre, 2011
3. Dikann A. L'art-thérapie, Collection ABC, éditions Grancher, Paris, 2018
4. Hohmann L, Bradt J, Stegemann T, Koelsch S. Effects of music therapy and music-based interventions in the treatment of substance use disorders: A systematic review. PLoS One. 2017 Nov 15;12(11):e0187363.

Vers une médecine des addictions personnalisée

Maurice Dematteis, Lucie Pennel, Caroline Salas Toquero

I. Intérêt d'une approche fonctionnelle dimensionnelle en addictologie

L'association d'une ou de plusieurs conduites addictives et de troubles psychiatriques est fréquente en pratique clinique. Quelle que soit leur cause respective, ces deux problématiques s'aggravent mutuellement. La présentation clinique qui en résulte peut être complexe, avec des symptômes qui peuvent être communs aux deux problématiques, amplifiés et/ou déformés par l'association des deux problématiques, ou spécifiquement dus à des substances et mimant certains aspects des pathologies psychiatriques, etc. Cette situation qui est fréquente dans la pratique peut représenter un défi, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique, et nécessite de faire évoluer les approches évaluatives et thérapeutiques, y compris sur le plan psychothérapeutique (1). Comme le propose l'initiative Research Domain Criteria (RDoC) dans son axe clinique comportemental (2,3), le fonctionnement humain peut être décomposé en domaines et en dimensions élémentaires concernant les émotions, la motivation, la cognition, les comportements sociaux et les rythmes de vie (4) :

- les systèmes de valence négative : ils sont responsables des réponses aux situations ou aux contextes aversifs, tels que la peur, l'anxiété et la perte (de quelque chose, de quelqu'un, etc).
- les systèmes de valence positive : ils sont responsables des réponses à des situations ou à des contextes de motivation positifs, tels que la recherche de récompense, le comportement de consommation et l'apprentissage de récompense, d'habitude.
- les systèmes cognitifs : ils sont responsables de différents processus tels que l'attention, les perceptions sensorielles, la mémoire (déclarative, de travail), le langage et le contrôle cognitif.
- les systèmes pour les processus sociaux : ils sont impliqués dans les réponses interpersonnelles de différentes natures, incluant la perception et l'interprétation des actions d'autrui.
- les systèmes d'éveil / de régulation : ils sont chargés de générer l'activation des systèmes neuronaux selon les contextes et de fournir une régulation homéostatique appropriée des systèmes tels que l'équilibre énergétique et le sommeil.
- les systèmes sensori-moteurs : ils sont principalement responsables du contrôle et de l'exécution des comportements moteurs, et de leur amélioration au cours de l'apprentissage et du développement.

Cette approche dimensionnelle donne une lecture fonctionnelle des patients et permet de décrire leurs modalités de fonctionnement quelle que soit la cause à l'origine des altérations de ces dimensions. Même si l'approche complète qui va du gène au comportement en passant par les molécules, les neurotransmetteurs, les cellules et les neurocircuits est souvent présentée sous l'angle de la recherche (2-4), plusieurs initiatives visent à intégrer ce type d'approche dans la pratique clinique (5-7). Dans le même esprit, d'autres approches dimensionnelles sont actuellement proposées comme HiTOP (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology) (8). Au final, ces approches donnent une lecture psychopathologique pragmatique permettant de proposer des stratégies thérapeutiques adaptées, en fonction des dimensions identifiées et de leur évolution dans le temps.

II. Développement du trouble addictif et de l'altération des différentes dimensions associées (figure 1)

Les premières consommations procurent des effets positifs (en termes de plus-value de fonctionnement pour le sujet) ce qui favorise la répétition des usages (renforcement positif) et le développement d'un craving de récompense vis-à-vis du produit et de ses effets recherchés et attendus.

Les altérations induites par la répétition des usages s'accompagnent d'une altération progressive du contrôle préfrontal, avec une automatisation des comportements sous un pilotage émotionnel en lien avec le développement d'une anxiété anticipatoire et d'une dysrégulation émotionnelle (état dysphorique avec labilité émotionnelle).

Les usages deviennent compulsifs et se répètent par un renforcement négatif (s'apaiser en consommant), avec un craving de soulagement et une saillance exacerbée pour l'objet d'addiction, au détriment des autres domaines de la vie et quelles que soient les conséquences. Il s'y associe des atteintes de l'intéroception et des capacités à percevoir son propre état mental (introspection) et celui des autres (théorie de l'esprit). Ces atteintes contribuent aux altérations de l'estime de soi, de la confiance en soi, du sentiment d'auto-efficacité, aux sentiments de culpabilité, de honte, à l'auto-stigmatisation, etc.

Au final, les conduites addictives peuvent affecter l'ensemble des registres cognitifs (neurocognition, métacognition, cognitions sociales) et émotionnels. L'existence de vulnérabilités pour certaines dimensions (par exemple, vulnérabilités psychologiques ou psychiatriques pour les dimensions indiquées par une étoile) favorise l'entrée dans le processus de développement de l'addiction. Ayant naturellement une hypoactivité préfrontale et une impulsivité, les adolescents ont un risque majoré de développer une addiction.

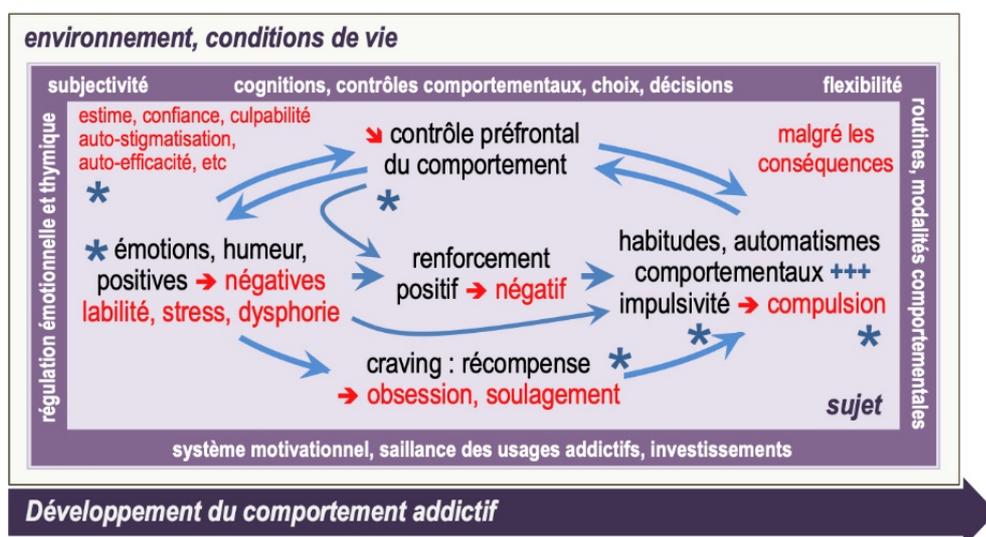


Figure 1 : Schéma du développement du trouble addictif et de l'altération des dimensions associées.

Figure adaptée de Dematteis et al, 2018 (9).

III. Schéma d'analyse multidimensionnelle et cibles thérapeutiques (figure 2)

Le développement du processus addictif se traduit par une réduction du contrôle comportemental et un envahissement émotionnel (anxiété, tristesse, etc), avec des altérations des rythmes de vie et d'autres régulations selon 6 grands domaines tels que décrits dans le cadre de travail RDoC.

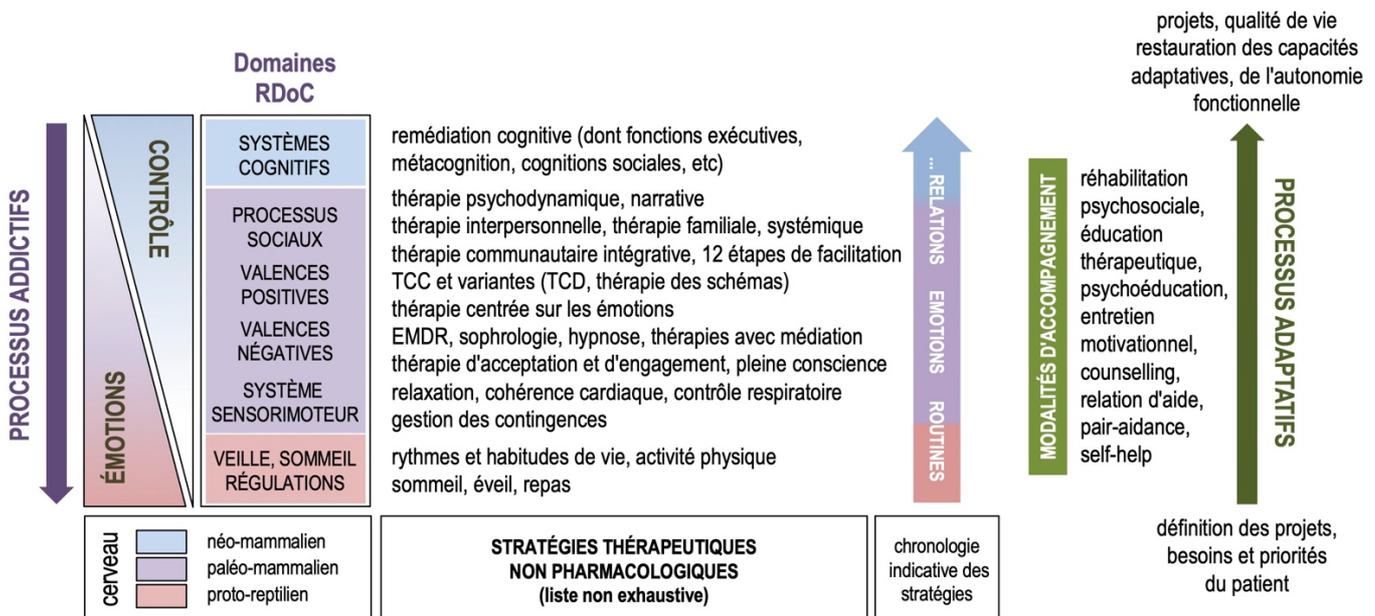


Figure 2. Hiérarchisation des domaines fonctionnels altérés et des stratégies thérapeutiques non pharmacologiques.

Figure adaptée de Dematteis et al, 2018 (10). Abréviations : EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) : désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires ; TCC : thérapie cognitivo-comportementale ; TCD : thérapie comportementale dialectique.

Partie gauche de la figure. Dans une stratégie de médecine personnalisée (le bon traitement à la bonne personne et au bon moment), une prise en charge hiérarchisée vise à traiter d'abord les fonctions affectées les plus basiques (restauration des rythmes de vie dont le sommeil, apaisement émotionnel par médiation corporelle ou autre, etc), puis lorsque l'état clinique du patient le permet, à intégrer des approches psychothérapeutiques visant à renforcer et/ou à restaurer des fonctions plus complexes notamment dans la gestion des émotions et de la relation. Certaines stratégies permettent de travailler différentes dimensions et pas uniquement celle indiquée en face dans les domaines du RDoC. D'autre part, la chronologie des stratégies doit être adaptée en fonction des patients ; par exemple, certains pourront nécessiter préalablement des approches de remédiation cognitive pour faciliter le travail avec d'autres approches comme les thérapies cognitivo-comportementales (9,11). Les combinaisons des approches et leur articulation chronologique sont personnalisées de manière intégrative (9,12).

Partie droite de la figure. Selon différentes modalités d'accompagnement visant à renforcer chez le patient sa motivation ainsi que l'acquisition de connaissances et de compétences dans la gestion de sa maladie (notamment approches motivationnelles et éducatives), les différentes stratégies sont

proposées au patient dans une approche intégrative visant le rétablissement en fonction de ses choix et objectifs prioritaires. Elles permettent de restaurer les capacités adaptatives du patient, son autonomie fonctionnelle, ses réengagements dans les différents domaines de la vie au profit de ses projets et de sa qualité de vie.

Références bibliographiques

1. Emmelkamp PM, David D, Beckers T, Muris P, Cuijpers P, Lutz W, Andersson G, Araya R, Banos Rivera RM, Barkham M, Berking M, Berger T, Botella C, Carlbring P, Colom F, Essau C, Hermans D, Hofmann SG, Knappe S, Ollendick TH, Raes F, Rief W, Riper H, Van Der Oord S, Vervliet B. Advancing psychotherapy and evidence-based psychological interventions. *Int J Methods Psychiatr Res* 2014 ; 23 Suppl 1 : 58-91.
2. Insel T, Cuthbert B, Garvey M, Heinssen R, Pine DS, Quinn K, Sanislow C, Wang P. Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry* 2010 ; 167 : 748-51.
3. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2014 ; 13 : 28-35.
4. <https://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc/constructs>
5. Alexopoulos GS, Arean P. A model for streamlining psychotherapy in the RDoC era: the example of 'Engage'. *Mol Psychiatry* 2014 ; 19 :14-9.
6. Hershenberg R, Goldfried MR. Implications of RDoC for the research and practice of psychotherapy. *Behav Ther* 2015 ; 46 : 156-65.
7. Yager J, Feinstein RE. Potential applications of the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC) to clinical psychiatric practice: How RDoC might be used in assessment, diagnostic processes, case formulation, treatment planning, and clinical notes. *J Clin Psychiatry* 2017 ; 78 : 423-432.
8. Michelini G, Palumbo IM, DeYoung CG, Latzman RD, Kotov R. Linking RDoC and HiTOP: A new interface for advancing psychiatric nosology and neuroscience. *Clin Psychol Rev* 2021 ; 86 : 102025.
9. Dematteis M, Pennel L, Dubreucq J, Giraud-Baro E, Brousse G. Addictions : entre stratégies d'adaptation et pathologie. Place d'une réadaptation cognitivo-émotionnelle et sociale. In Franck N éditeur. *Traité de Réhabilitation Psychosociale*. Elsevier, France 2018, p. 386-395.
10. Dematteis M, Pennel L. Du produit à la fonction : soins complexes en addictologie par une approche dimensionnelle fonctionnelle. *Ann Med Psychol* 2018 ; 176 : 758-65.
11. Nardo T, Batchelor J, Berry J, Francis H, Jafar D, Borchard T. Cognitive remediation as an adjunct treatment for substance use disorders: a systematic review. *Neuropsychol Rev* 2022 ; 32 : 161-191.
12. Zarbo C, Tasca GA, Cattafi F, Compare A. Integrative psychotherapy works. *Front Psychol* 2016 ; 6 : 2021.

Conclusion

Olivier Cottencin

« Revenez quand vous serez motivé », « il faut que cela vienne du patient » « quand on veut, on peut » ne sont plus des postures acceptables dans le monde de l'Addictologie, vu le nombre d'outils psychothérapeutiques qui se sont développés ces vingt dernières années. Et c'est d'ailleurs dans cet esprit que tous ces courants sont probablement nés. Nés aussi de la frustration des thérapeutes qui sentaient bien qu'il était possible de faire quelque chose face au déni, aux échecs, aux réticences, aux rechutes et aux fragilités de chacun qu'il convenait de traiter autant chez l'individu que chez son entourage souvent impacté, mais toujours impliqué malgré l'épuisement.

Pourtant malgré le développement du repérage précoce et de l'intervention brève, l'approche motivationnelle et le développement des techniques de communication qui sont aujourd'hui non seulement à notre disposition mais encore faciles d'accès (que ce soit en formation universitaire ou continue), les freins sont nombreux. Et la stigmatisation des personnes souffrant de troubles addictifs est encore très présente en les désignant tour à tour victimes de leur intempérance ou coupables de leur faiblesse. Il n'y a pas d'un côté les malades et de l'autre les bien-portants : nous sommes face à un continuum qui va du simple usage à l'addiction, et lorsque cette dernière est installée nous sommes alors face à une véritable maladie, une maladie des habitudes (au sens des neurosciences) et une maladie du contrôle (le craving demeure le principal facteur de rechute). Faut-il attendre la demande, alors que le patient sait que c'est plus fort que lui ? Et alors qu'on peut agir à tous les stades de ce continuum ?

Car en réalité, beaucoup de patients aimeraient arrêter et il est faux d'affirmer qu'on ne peut rien pour eux et qu'ils ne veulent pas changer. En fait nombreux sont les patients qui ont essayé d'arrêter tout seul mais, qui devant les échecs répétés ou les nombreuses rechutes, ont fini par se convaincre que c'était impossible jusqu'à finalement se protéger du changement et de leur « incompétence à changer » par le mécanisme du déni. Alors que si nous pouvions leur proposer un traitement sans peine et sans souffrance la majorité accepterait immédiatement. Et nous pouvons même dire que si nous leur proposons un traitement difficile et douloureux mais pour lequel nous serions sûrs du résultat, ils seraient encore très nombreux à le demander. Rappelons-nous à ce propos de l'engouement déclenché par le baclofène qui a amené aux soins des patients abuseurs ou dépendants à l'alcool qui sans cette aubaine ne n'auraient jamais consulté (de peur de changer, de peur des jugements) et que nous n'aurions finalement rencontrés qu'à des phases tardives de décompensation physique, psychique ou sociale.

Mais au-delà de cette conclusion très centrée sur les premiers pas avec le patient addict, le guide pratique des psychothérapies les plus utilisées en Addictologie aborde de nombreuses thérapies à différents stades de l'évolution de la maladie addictives et dans différents champs. Alors que faut-il retenir ? D'abord que plus on s'occupe des patients, mieux ils vont. Ainsi leur laisser le choix ou non de consulter n'est pas une bonne solution. Et nous en avons eu la preuve lorsque de notre propre chef nous avons contacté les patients (au téléphone ou en visio) pendant le confinement de mars-avril 2020. Combien d'entre eux, nous ont exprimé se sentir soutenus et ont pu se rétablir ou se maintenir dans les soins. **L'aller-vers est aujourd'hui la règle** et les salles de consommation à moindre risque (devenues haltes soins addiction) en sont bien la démonstration. Il n'est jamais trop tôt (ni trop tard d'ailleurs) pour permettre l'accès aux soins addictologiques et ceci - quoi qu'en disent

certain - même sous contrainte. Car pour paraphraser Philippe Jeammet, la contrainte peut être une chance.

Et face à cette posture thérapeutique assez peu commune (mais cela évolue) dans le domaine de la santé mentale où l'on attend le désir du patient, un tel changement de paradigme nous rappelle ce qui est démontré dans la littérature. Nous savons aujourd'hui que plus le patient se sent compris, par un thérapeute formé aux addictions, plus il ressent qu'il y a une solution pour lui au sein du soin proposé dans le cadre d'une alliance thérapeutique (c'est-à-dire d'un objectif commun), et meilleure sera son adhésion et son engagement dans les soins.

Toutefois, l'alliance thérapeutique ne se fait pas à n'importe quel prix ... ou plutôt avec n'importe quel outil. L'éthique de la pratique est fondamentale et nous avons pris soin de présenter des psychothérapies référencées. Car la psychothérapie c'est comme un scalpel : ce n'est pas le scalpel qui est dangereux mais l'usage que l'on en fait. L'éthique doit être au cœur de la pratique, comme la bienveillance et le professionnalisme. Et au risque de répéter ce que Jean Bernard Daepfen a présenté sur les déterminants de l'efficacité des psychothérapies : la qualité du thérapeute, la croyance partagée et l'alliance thérapeutique sont, au-delà de l'efficacité, l'essence de la qualité de la psychothérapie et de sa dynamique.