

JUIN 2014 - NUMÉRO 52

DÉPENDANCES

**Les états
« modifiés »
de conscience**

Revue éditée par
Addiction Suisse
et le **GREA**

SOMMAIRE

« Les états « modifiés » de conscience »

- Editorial** p. 1
Jean-Félix Savary
- Les états modifiés de conscience** p. 2
Jean-Dominique Michel
- Et si les drogues étaient en réalité bien moins addictives qu'on ne le pense ?** p. 7
Interview de Carl Hart par François Roulet
- Place des thérapies basées sur « un état de conscience modifié » dans le champ des addictions** p. 10
Jean-Marie Coste
- Hypnose et addiction** p. 14
Gérard Salem
- L'application des interventions basées sur la pleine conscience dans le domaine des addictions** p. 18
Daniela Dunker Scheuner et Valérie Rossier
- Psychothérapie et médication psychotrope : qu'est-ce qui fait que nous ne sommes pas des dealers ?** p. 22
George M. Riesen
- Les hallucinogènes dans la thérapie des addictions** p. 25
Robert Hämmig

ÉDITORIAL

Les états modifiés de conscience nous font peur. Depuis le siècle des Lumières, nous avons appris à nous en méfier comme de la peste. En effet, en instaurant la raison comme fondement d'un comportement légitime dans les sociétés occidentales, il a rejeté toute modification de la conscience dans des pratiques d'*Ancien Régime* dépassées, teintées d'ésotérisme, de superstition, voire même de diableries. Nos sociétés modernes, libérales et démocratiques, reposent sur l'usage de la raison en toute conscience. Modifier les paramètres de l'exercice de la raison, c'est ainsi menacer la société toute entière. La révolution morale du XIX^e siècle viendra renforcer encore cet aspect, en associant toutes modifications cognitives à un défaut moral, à un vice qu'il convient de juguler.

Mal aimés, mal compris, les états modifiés de conscience nous sont pourtant bien connus. En effet, nous en faisons tous les jours l'expérience durant le sommeil, devant la télévision ou simplement en regardant par la fenêtre. Par un de ces petits clins d'œil de l'histoire, cette pensée cartésienne à la source de notre défiance envers eux, nous aura finalement appris que ces *états modifiés* seraient plutôt la norme, tant notre conscience passe par des états différents dans le cours d'une seule journée. Capables de capter les ondes que notre cerveau émet, nous avons progressivement pris conscience du caractère subjectif et somme toute très relatif de notre usage de la raison en toute conscience, qui ne serait ainsi qu'un état parmi d'autres. Les substances psychotropes ne seraient donc pas si étrangères à notre fonctionnement habituel. Elles viennent renforcer, compléter, éviter, contourner, diminuer, altérer nos réflexions. Elles le font peut-être de manière violente, non contrôlée, dommageable ou artificielle, mais il s'agit bien d'un prolongement d'un fonctionnement humain. Notre vision de l'altérité radicale des drogues ne serait ainsi que la conséquence d'un rationalisme étroit.

Plus surprenant encore, certains états particuliers de notre conscience pourraient même être bénéfiques pour notre santé. Par exemple, l'hypnose est de plus en plus utilisée dans la médecine. La pratique de la méditation a démontré scientifiquement son utilité, grâce aux neurosciences qui ont mesuré des changements bénéfiques dans l'organisation des circuits de notre cerveau. Par ailleurs, les recherches sur l'usage thérapeutique du LSD laissent entrevoir de nouvelles perspectives. Assurément, il nous reste encore beaucoup à apprendre dans ce vaste domaine qui s'ouvre, une fois levé le tabou sur les états modifiés de conscience.

Modestement, c'est sur ce chemin que s'engage ce nouveau numéro de *dépendances*. Il explore quelques questions qui nous occupent aujourd'hui. Comment comprendre les effets des drogues ? Quels outils thérapeutiques, travaillant sur la conscience, pouvons-nous utiliser en addictologie ? Par ces quelques réflexions introductives, nous espérons alimenter ce débat, afin de surmonter les dogmes qui nous tiennent éloignés de l'objet même qui nous occupe.

Jean-Félix Savary, GREA

LES ÉTATS MODIFIÉS DE CONSCIENCE

Jean-Dominique Michel, anthropologue de la santé, formateur, Genève

Les questionnements autour des « états modifiés de conscience » ont émergé au sein de notre culture au cours des dernières décennies, portés principalement par les domaines de la psychologie et de l'anthropologie. Les avancées récentes des neurosciences permettent d'affiner la cartographie des modulations de notre état de conscience, et de repérer les lieux somatiques des processus qui leur correspondent.

CONSCIENCE ET « TRAJET ANTHROPOLOGIQUE »

Nous sommes ici au cœur de ce fameux « trajet anthropologique », fondamental à notre espèce, qui voit s'entrelacer la dimension matérielle de notre expérience de vie et sa dimension immatérielle. La conscience est évidemment une réalité immatérielle. Son déploiement en revanche sollicite un ensemble de dispositifs matériels à l'intérieur de notre cerveau. Si la question n'est pas tranchée à ce jour de savoir si la pensée est un produit du fonctionnement du cerveau ou au contraire informe celui-ci (auquel cas elle en serait au moins en partie indépendante), le fait est qu'il y a une interrelation entre les contenus dynamiques de notre psychisme et le corps par et à travers lequel nous les vivons.

Parler d'états modifiés de conscience, c'est reconnaître que notre conscience se module et se modifie. Certaines considérations liminaires sont nécessaires pour entrer de plain-pied dans cette question.

La première consiste à observer que nous sommes, dans l'usage de notre conscience, dans cette double intimation du matériel et de l'imaginaire. Notre biologie est une donnée dure, son appareillage est arrêté au sein du programme de l'espèce, et nous ne pouvons redessiner l'architecture de notre cerveau, de notre système nerveux ou de nos organes. Tout un ensemble de fonctions sont prévues à l'intérieur de notre organisme, et lorsque nous naissons et nous développons, nous prenons possession d'un véhicule corporel et de conscience qui est arrêté à bien des égards.

L'usage du système nerveux n'est cependant ni donné, ni clos. Sa configuration concrète (qui prédéterminera les manières dont nous vivons nos expériences de vie) s'effectue à travers tout un bain d'affects et de représentations qui nous proviennent de l'environnement humain au sein duquel nous nous développons. Ce codage, implicite et explicite, nous permet d'acquérir un sens de la réalité coordonné au groupe humain qui nous entoure.

Nous disposons donc d'un système nerveux apte à l'encodage, qui nous permet de percevoir le monde d'une manière partiellement objective, mais à travers des inflexions et des connotations, des représentations que nous assimilons en provenance de notre milieu psychoaffectif.

D'une certaine manière (et ce n'est pas pour flatter notre narcissisme national qui s'estime expert en la matière) la réalité – ce que nous tenons comme telle collectivement – est toujours le fruit d'un consensus. Ce dernier terme étant à entendre au sens étymologique : soit le fruit d'un réglage culturellement normé de l'usage de nos sens et de notre conscience.

Un Amérindien de la forêt amazonienne, par exemple, aura grandi au sein d'une communauté qui, par nécessité, a développé une disposition particulièrement efficace dans l'usage de l'audition, là où notre propre culture est à très haute prédominance visuelle. Si nous nous retrouvions en sa compagnie dans un même espace, nous serions dans des espaces sensoriels différents et vivrions des expériences qui le seraient à la mesure du différentiel de nos aptitudes sensorielles et de cette hiérarchie des sens. Nous passerions, quant à nous, à côté de tout un ensemble d'informations que nous serions au moins en partie inaptes à percevoir.

Il en est ici comme des aptitudes langagières. Chaque jeune enfant est capable de produire tous les sons existant dans l'ensemble des systèmes de langage, présents et passés, de l'humanité. Chaque langue sélectionne dans ce répertoire immense un certain nombre de phonèmes dont elle fait usage. Dans le « bain de langage » de notre enfance, nos organes de la phonation se spécialisent et se configurent d'une manière qui nous donne la maîtrise de ce répertoire de sons, et notre oreille voit s'atrophier en proportion l'aptitude à entendre les phonèmes extérieurs à notre « bande passante », que nous devenons progressivement inaptes à reproduire.

Et c'est ainsi la matrice de nos expériences psychiques (ce vaste répertoire de sensations, d'affect, d'émotions, de pensées, de narrations et de sentiments) qui nous est en quelque sorte donnée par le processus d'enculturation, par lequel nous apprenons à synchroniser notre système nerveux avec celui des autres (de l'environnement familial proche aux grandes imprégnations relevant de la vision du monde sociétale – Weltanschauung).

Nos expériences psychiques sont ainsi en partie naturelles (on retrouve ainsi les mêmes grandes émotions dans toutes les cultures) et en partie culturelles, puisque la manière dont on va les vivre et le regard qu'on va porter sur elles connaissent une variabilité importante d'un contexte à l'autre.

Nous pouvons donc observer qu'il y a tout un conditionnement dont nous sommes inévitablement porteurs, et qui va participer à notre sentiment d'identité, à partir de ce qui est consensuellement considéré comme « normal » dans les cercles de notre environnement humain.

NOTRE CONSCIENCE SE MODIFIE EN PERMANENCE !

La seconde considération est celle de remarquer que notre état de conscience se modifie en permanence tout au long de nos journées. On a certes identifié certaines grandes catégories d'états de conscience. La classification la plus courante distingue l'état de veille, l'état de rêverie éveillée, l'état de rêve (sommeil paradoxal) et l'état de sommeil profond. On observe que dans ces différents états le cerveau fonctionne selon des rythmes cérébraux différenciés, repérables à l'électro-encéphalogramme.

Les rythmes appelés Delta et Thêta (inférieurs à 8 hertz) sont fréquents chez l'enfant là où ils correspondent à des états de sommeil ou de transe profonde chez l'adulte... On a également pu observer que certaines pratiques (comme la méditation) permettaient de produire des états de conscience caractéristiques du sommeil en état de veille.

Mais, au-delà de cette grande catégorisation, nous pouvons repérer qu'il existe toutes sortes d'états de conscience, et que celle-ci se modifie à vrai dire en continu. Nous passons par toutes sortes de mini « trances », plus ou moins marquées, tout au long de nos journées. La concentration intense du travail intellectuel est une forme de transe. L'état souvent pâteux qui s'étale du réveil au premier café le matin en est une autre. Les états émotionnels sont des formes de transe : vous arrivez au travail ou à la maison de bonne humeur, sifflotant (une forme de transe), un collègue ou votre conjoint vous adresse une remarque désobligeante et vous voilà contrarié, irrité, voire furieux : autant de trances.

Regarder la télévision plonge notre cerveau dans un état de transe léthargique, conduire notre voiture en étant absorbé dans nos pensées révèle que notre inconscient est capable de conduire à notre insu, l'intimité amoureuse constitue une transe que nous sommes nombreux à trouver délectable, etc.

La philosophie bouddhiste marque sans doute un point en relevant que les caractéristiques principales de notre état de conscience sont le changement et donc l'impermanence. Étant donné cette modulabilité, l'être humain, à travers l'espace et le temps, a cherché les moyens de mettre à profit certains types d'états modifiés de conscience à des fins particulières.

LA DÉCONSTRUCTION DE LA RÉALITÉ

Lorsque nous parlons aujourd'hui d'états modifiés de conscience, nous nous référons à des expériences plus vastes et plus intenses que la contrariété provoquée par une remarque désobligeante ou la conduite distraite de notre véhicule. Il existe en effet toute une gamme d'expériences, en lien avec le sacré, qui visent à produire des modifications extrêmes du fonctionnement de notre système nerveux.

Qu'il s'agisse de pratiques d'oraison, de prière ou de méditation afin de favoriser des états mystiques, ou d'états de transe ou d'ébriété, ce dont il est question ici relève fondamentalement de la possibilité « de déconstruire la réalité ».

Une autre caractéristique intrinsèque de notre condition humaine est que nous n'avons jamais du réel qu'une expérience indirecte. Parmi les subtilités lexicales utiles, on peut ainsi distinguer le *réel* (« ce qui est ») de la *réalité* (« la manière dont nous percevons et nous représentons le réel »). C'est par exemple une évidence que les couleurs n'existent pas dans le réel. Il y a simplement des vibrations lumineuses au sein des phénomènes macro physiques. Lorsque notre système visuel est stimulé par certaines de ces vibrations, une perception est créée en nous, sous forme de couleur.

C'est cependant toujours dans notre cerveau et notre conscience (couple matériel/immatériel) que la formalisation des phénomènes s'effectue. Un joli koan de la tradition zen peut illustrer notre propos : « Un drapeau flotte dans le vent. Qu'est-ce qui bouge, le drapeau ou le vent ? »

La réponse est : « ça bouge en toi »...

Cette réflexion n'induit évidemment en rien que le réel n'existerait pas. Mais qu'il ne peut être appréhendé avec objectivité sans que soit reconnu le jeu de la conscience qui s'en empare et le construit sous forme de « réalité ». Or cette construction, comme nous l'avons développé, résulte du fonctionnement de notre système nerveux tel qu'il a été configuré au cours de nos apprentissages, selon les codes en vigueur autour de nous.

Tant que nous sommes dans le fonctionnement consensuel de notre système nerveux, nous sommes dans la réalité habituelle. Les états modifiés de conscience extrêmes offrent de ce point de vue la particularité de permettre une « déconstruction » de la réalité, ce dont les poètes aussi bien que les mystiques ont de longue date eu l'intuition.

Le poète visionnaire anglais William Blake proposa dans un vers célèbre : « Si les portes de la perception étaient nettoyées, chaque chose apparaîtrait à l'homme telle qu'elle est, infinie ». Ce vers donna son titre à un ouvrage célèbre (« The Doors of Perception ») de Aldous Huxley, publié en 1954, qui posa les fondements philosophiques de la culture psychédélique et d'un renouveau de la spiritualité en Occident. Jim Morrison s'en inspira également pour nommer le

groupe de musique dont il fut le chanteur et poète. Ce que Blake entendait par là concernait un accès direct au réel, non déformé par les filtres de notre construction habituelle de la réalité.

Arthur Rimbaud, dans une lettre célèbre à son professeur de littérature, proposait que « Le poète se fait voyant par un long, immense et raisonné dérèglement de tous les sens ». Cette intention ainsi exprimée par les poètes rejoint les pratiques psychophysiques des religions premières (mais que l'on retrouve également dans des formes religieuses ultérieures comme certains courants de l'islam ou du Judaïsme).

L'historien des religions Mircea Eliade fut le premier à les étudier de manière systématique dans son fameux ouvrage « Le chamanisme et les techniques archaïques de l'extase », publié en 1950. Il y effectue un survol magistral de la littérature ethnographique au sujet des pratiques chamaniques (nom générique donné aux rituels magico-religieux des sociétés premières, présentant un remarquable isomorphisme à travers l'espace et le temps).

Le chamane, dont la vocation est toujours signalée par une crise existentielle extrême à l'entrée de l'âge adulte, apprend à maîtriser les états modifiés de conscience extrêmes. À travers différentes initiations pouvant impliquer l'exposition à des conditions naturelles éprouvantes, le jeûne, ou encore la privation de sommeil, l'apprenti fait l'expérience de cette déconstruction de la réalité pour accéder à un univers parallèle, invisible, réservoir de ressources symboliques opérantes. Il va apprendre à y accéder, à s'y mouvoir et à y agir de sorte à pouvoir intervenir sur les champs mythiques et informationnels qui, selon ce système de pensée, surdéterminent les phénomènes observables dans le plan de la réalité ordinaire.

Une première catégorie de pratiques psychophysiques favorisant ce passage dans une autre dimension tient à l'utilisation de psalmodies, de chants, de percussions (le tambour est le véhicule chamanique par excellence), de danses ou de pratiques du souffle favorisant une entrée dans la transe. Ces rituels étant toujours collectifs, la coordination des inconscients des participants assure une intensité psychique apte à bouleverser le codage habituel du système nerveux.

C'est une occurrence fréquente - et amusante !- dans la littérature ethnographique que celle où des observateurs profanes et incrédules se sont retrouvés dans des états de transe profonde, « chevauchés » par des entités invisibles. Et se retrouvaient à se comporter sans en garder la moindre conscience d'une manière rigoureusement fidèle à la description de ces entités, dont ils ignoraient tout au préalable...

PSYCHOTROPES

Les psychotropes, à travers l'espace et le temps, ont également intéressé les populations humaines précisément pour leur faculté de désorganiser le fonctionnement usuel du système nerveux, et donc de déconstruire la réalité. Car une telle déconstruction ne conduit pas nulle part : elle conduit ailleurs...

Sur les près de 15 000 cultures répertoriées dans la littérature ethnographique, on ne trouve qu'une poignée d'exceptions (pour les amateurs de curiosité, en Océanie) qui se soient abstenues de faire recours à des substances psychotropes à des fins rituelles. Partout ailleurs, de tout temps, les populations humaines ont mis à profit les ressources psychédéliques de certains psychotropes pour « voyager entre les mondes ».

De nos jours encore, nombreux sont les Occidentaux à se rendre aux quatre coins du globe pour y vivre des expériences sacrées en ingérant de l'ayahuasca, de l'iboga, du jus de tabac ou du peyotl. Nous sommes ici dans une réalité postmoderne, avec toutes les médiations qu'implique le fait pour un Occidental de se retrouver dans une culture éloignée de la sienne, mais elle aussi aujourd'hui inévitablement influencée par notre propre mode de vie et nos représentations du réel...

L'intoxication psychotrope est vécue comme un moyen de « basculer » hors du champ de notre compréhension limitée de nous-mêmes et du monde. L'usage ayant été perdu chez nous (il en existait des formes anciennes en Europe mais qui ont été combattues avec la férocité que l'on connaît par l'Eglise qui y vit de la « sorcellerie »), c'est désormais dans le lointain (mais ces pratiques s'acclimatent aussi sur notre sol...) que ce recours est mis à profit par des personnes en recherche de dépassement.

La pharmacologie s'y est également mise, on trouve des expériences de psychothérapie psychédélique conduite à l'aide du LSD (notamment celles menées par le Dr Stanislav Grof, un des fondateurs de la psychologie transpersonnelle) ou encore de l'ecstasy. La rigidité morale liée à la « lutte contre la drogue » a conduit à la cessation de telles expériences, parmi lesquelles figurait la « narco-analyse », utilisant des barbituriques pour favoriser l'accès à des souvenirs refoulés.

Du fait de l'intensité des effets des psychotropes, les pratiques sacrées traditionnelles qui en faisaient usage étaient très rigoureusement cadrées. Elles avaient lieu à certains moments du cycle cosmo-agraire et se déroulaient selon un rituel précis, sous la conduite de chamanes expérimentés. Un participant projeté dans d'autres niveaux de la réalité sans maîtrise aurait fait encourir au groupe le risque de désorganiser l'agencement des mondes...

Il reste sans doute quelque chose de cette recherche sacrée dans les modes de consommation profanes (problématiques ou non) que l'on observe aujourd'hui en Occident. L'accès aux substances illicites est un « rite de passage » pour nos adolescents qui vivent dans un monde dramatiquement indigent sur le plan symbolique et où, à part la remise d'un certificat d'études, du permis de conduire ou d'une carte d'électeur (ainsi que le droit de payer des impôts...), plus rien d'intelligible ne vient célébrer l'accession à l'âge adulte. Les transes induites et partagées par les jeunes, à l'écart du monde des adultes, et incluant nécessairement certaines prises de risque, sont comme des succédanés des confrontations héroïques prévues par les grands rites de passage traditionnels.

Même dans l'usage abusif chronique, il reste une part de quête mystique que les auteurs les plus pertinents, spécialistes du domaine ou poètes, ont su percevoir. On relèvera également l'utilité des approches thérapeutiques abordant la question de la spiritualité en lien avec les trajectoires d'addiction...

MODIFIONS NOS ÉTATS DE CONSCIENCE, MAIS SAINEMENT !

Un autre courant observable à l'intérieur de notre société est la pratique d'états modifiés de conscience à des fins « vertueuses ». L'Occident reconnaît aujourd'hui que dans les pratiques psychospirituelles de l'Orient, comme d'ailleurs dans celles de certains de ses propres courants historiques, existe une clé intéressante pour l'harmonisation et la pacification de notre psychisme.

On assiste ainsi à l'émergence de « nouvelles » adaptations de pratiques méditatives, proposées dans différents contextes. La plus célèbre de celle-ci à l'heure actuelle est l'approche dite « de pleine conscience (Mindfulness) », inspirée des enseignements de la psychologie bouddhiste, concernant la maîtrise de notre attention et ses impacts sur la gestion des états de tension intérieure.

Un médecin lausannois, le docteur Roger Vittoz, avait été un précurseur en la matière. Contemporain de Freud, il proposa une méthode « de rééducation par le contrôle cérébral » visant à traiter, selon le vocabulaire de l'époque, les « psychonévroses », soit ce vagabondage cérébral anxieux et épuisant auquel tout névrosé qui se respecte (c'est-à-dire tout un chacun) est rudement soumis.

Vittoz considérait que la priorité pour une personne en désarroi face à ses émotions ou ses pensées était de trouver une maîtrise sur son fonctionnement cérébral. A l'inverse de la psychanalyse naissante, il tenait que l'analyse des contenus problématiques était de moindre priorité que la rééducation dans l'usage de sa conscience.

De nombreuses expériences en laboratoire ont montré l'effet, immédiat et durable, des pratiques de méditation dans le sens de calmer la réactivité émotionnelle de notre système limbique, et de développer des circuits cérébraux axés sur des valeurs de tolérance et de compassion.

À la confluence de la psychologie de la conscience et de la psychologie positive, de nombreuses propositions s'inscrivent aujourd'hui dans le paysage des pratiques de soins et de gestion du stress, décliné à l'intention des patients, mais aussi des milieux de la formation, des entreprises, et de l'industrie du bien-être.

Il est vrai que les bénéfices de telles approches sont avérés, et qu'il serait dès lors peu compréhensible de s'en priver. Certains auteurs (dont Fabrice Midal, philosophe et grand spécialiste de la méditation) mettent en garde contre le risque de transformer des pratiques méditatives considérées en Orient comme des véhicules de rencontre avec soi assez impitoyables en pommade anesthésiante. Dénonçant notre « matérialisme spirituel » ils soulignent que le sens de la méditation authentique est de nous confronter sans concessions au réel de qui nous sommes, dans toutes nos dimensions intérieures. En faire un consolateur à bon compte de nos misères risque de camoufler et de refouler plus encore le réel de notre détresse et en fin de compte de nous rendre un bien mauvais service.

Il est vrai que l'expérience de la méditation, sur la durée, est tout sauf l'ingurgitation d'un sirop de pseudo-bien-être. Elle nous conduit à entrer en relation de manière brute avec nous-mêmes et de l'entier de ce qui nous compose. Au passage, elle met en lumière dans sa nudité la souffrance qui nous habite. Les traditions spirituelles de l'Orient tiennent qu'il s'agit d'un passage obligé, et que l'aspirant sera éprouvé, ayant à trouver en lui les ressources de sa vaillance pour affronter ses propres démons.

Notre culture est aujourd'hui tellement en lutte avec cette zébrure fondamentale de l'humain, en dénegation de sa complexité existentielle et psychique, qu'on voit effectivement le risque que la pratique de la méditation soit (comme les médicaments psychotropes prescrits évidemment à l'excès dans notre société) des instruments supplémentaires pour nous maintenir coupés de nous-mêmes, en quelque sorte adaptés socialement à tout prix.

Le psychiatre Yves Prigent proposait dans un ouvrage célèbre (« L'expérience dépressive ») que la dépression était une réaction salutaire sur le plan psychique à une coupure trop virulente d'avec soi-même. Et que sans en nier la souffrance ni refuser à en médiquer au besoin et temporairement l'excès, il importait de rencontrer à bras-le-corps ce qu'elle signale. Il décrit également la situation, bien plus tragique à ses yeux, de ces êtres « normosés » qui ne sont même plus suffisamment en bonne santé pour entrer en dépression et continuent de fonctionner, un peu comme des robots, soumis et suradaptés à des pressions professionnelles, sociétales, familiales malsaines.

Fabrice Midal insiste sur le fait que la méditation et la pratique des états modifiés de conscience ont à être préservées dans leur capacité d'ébranlement. On relèvera au passage qu'aucune culture traditionnelle n'a jamais proposé celles-ci comme une espèce de raccourci autoroutier vers un état de bonheur à bon compte.

Le paradigme techno scientifique qui régit notre monde contemporain commet des dégâts considérables par « aplatissement » des réalités existentielles et humaines. Les systèmes de soins sont entrés depuis une dizaine d'années, sous la double pression des systèmes dits « qualité » et des contraintes économétriques, dans de redoutables états de souffrance institutionnelle. Les principaux indicateurs reconnus en la matière sont actuellement en rouge dans la plupart des institutions soignantes.

La réponse habituelle face au stress des collaborateurs consiste précisément à proposer des formations visant à leur donner des outils individuels pour arriver à mieux le « gérer ». Alors que les stressés les plus impactés relèvent des niveaux structurel et fonctionnel dans l'organisation du travail. On voit donc la perversité qu'il y aurait à instrumentaliser à des fins « dopantes » des pratiques dont le sens est de mettre à nu le réel.

Il ne s'agit pas pour autant de se priver de ceux en quoi elles peuvent être utiles dans le sens de générer de l'apaisement. Mais de s'assurer que le complément indispensable, celle de la mise à nu et de l'amplification de la lucidité sur l'organisation et les relations humaines, particulièrement lorsqu'elles sont en souffrance, ne soient pas niées au passage.

UN MOMENT PASSIONNANT

Nous nous trouvons aujourd'hui à un moment passionnant de l'évolution de notre espèce. Celle-ci s'est effectuée au cours des âges à travers un ensemble de transformations neurologiques. Le philosophe Michel Serres propose par exemple une lecture de la révolution numérique en cours à la lumière des grands chocs précédents : l'accès à la bipédie, le couplage cybernétique main/cerveau, le développement du langage, l'invention de l'écriture, le passage (vers le VIII^{ème} siècle) à la lecture mentalisée puis la révolution de l'imprimerie : autant d'étapes qui auront bouleversé de manière fondamentale notre manière d'être et notre relation au monde.

Nous sommes aujourd'hui à un moment de l'histoire où se développe une nouvelle conscience collective réflexive sur l'usage de notre cerveau et de notre système nerveux. A la confluence des sagesse traditionnelles (qui ont défriché un territoire immense en la matière) et de nos connaissances actuelles dans les domaines de la psychologie, de la neurophysiologie et des sciences sociales, émerge une réflexion sans précédent sur nos possibilités de faire évoluer nos processus psychiques individuels et collectifs en développant une maîtrise quant à certains « codages ».

C'est une évidence que la médecine de demain puisera de manière beaucoup plus franche dans ce réservoir de possibilités pour aider les personnes en souffrance dans leur santé à mobiliser des ressources de résilience et d'auto-guérison. Mais le champ évolutif dépasse de beaucoup la pratique médicale puisqu'il s'agit en définitive de comprendre comment nous sommes conditionnés dans notre biologie et selon nos héritages individuels et collectifs à percevoir le monde d'une manière partiellement biaisée.

L'exploration des états modifiés de conscience (et donc de la modulabilité de cette « conscience-qui-donne-forme-à-la-réalité ») est une pierre de touche fondamentale de cette construction nouvelle.

Courriel :

jdm@jdmichel.ch

Bibliographie :

- Desjardins Arnaud, *Approches de la méditation*, Pocket, 2008
- Eliade Mircea, *Le Chamanisme et les techniques archaïques de l'extase*, Payot, 1992
- Hanson Rick et Mendius Richard, *Le Cerveau de Bouddha, Bonheur et sagesse au temps des neurosciences*, Les Arènes, 2011
- Harner Michael, *La Voie du Chamane*, Mama Editions, 2011
- Huxley Aldous, *Les Portes de la Perception*, 10x18, 2001
- Kabat-Zinn Jon, *L'éveil des sens – Vivre l'instant conscient grâce à la pleine conscience*, Les Arènes, 2009
- Michaux Henri, *Misérable Miracle*, Gallimard, 1956
- Midal Fabrice, *Frappe le ciel, écoute le bruit, Ce que vingt-cinq ans de méditation m'ont appris*, Les Arènes, 2014
- Perrin Michel, *Le Chamanisme*, PUF, 2002
- Planson Claude, *Vaudou. Un initié parle*, Editions Dullis, 1974
- Prigent Yves, *L'expérience dépressive*, Desclée de Brouwer, 1988
- Rimbaud Arthur, *Œuvres complètes*, La Pléiade, 2009
- Serres Michel, *Petite Poucette*, Editions Le Pommier, 2012
- Tart Charles, *Altered States of Consciousness*, Harper, 1990
- Vitton Roger, *Traitement des psychonévroses par la rééducation du contrôle cérébral*, Desclée de Brouwer, 2008

ET SI LES DROGUES ÉTAIENT EN RÉALITÉ BIEN MOINS ADDICTIVES QU'ON NE LE PENSE ?

Interview du **Professeur Carl Hart**, neuropsychologue, Columbia University par François Roulet, civiliste, GREA

Durant des années, il a eu le sentiment de prêcher dans le désert. Aujourd'hui, il fait salle comble partout où il est invité à présenter ses recherches. Carl Hart y voit le signe d'une évolution des mentalités sur la question des drogues, y compris dans son pays, les Etats-Unis, fer de lance de la prohibition. Car ses travaux remettent en cause bon nombre de certitudes. A commencer par le fait que les drogues sont rarement aussi addictives qu'on a bien voulu le penser. Hart en veut pour preuve ses recherches en laboratoire effectuées sur des...humains. Des études menées durant plusieurs semaines avec des consommateurs de crack ou de méthamphétamines qui montrent que leur comportement est avant tout rationnel. Ainsi, lorsqu'on leur offre des alternatives (financières en l'occurrence), les usagers diminuent drastiquement leur consommation. Dans son dernier ouvrage, *High Price*, Hart mêle constats scientifiques et éléments autobiographiques. Il y raconte donc l'histoire d'un afro-américain qui, avant d'être professeur d'université, a grandi dans les quartiers pauvres de Miami, côtoyant tous les jours le monde de la rue, du deal et de la consommation de drogues. Son histoire.

Vous affirmez qu'en matière de drogue, la science, les autorités politiques et, par conséquent, la société ont commis beaucoup d'erreurs aux cours des dernières décennies. Qu'avons-nous fait faux ?

Les erreurs ont été et demeurent si nombreuses qu'il serait impossible de toutes les énumérer. Prenons l'exemple de la science. Des données mal interprétées ont eu une influence considérable sur les politiques publiques. En science, nous concentrons notre attention sur les effets négatifs associés aux drogues. En partie parce que ceux qui nous financent, attendent que l'on décrive les conséquences néfastes de l'usage de psychotropes. Or, en tant que bon scientifique, je ne peux pas me satisfaire de cette mission. Il faut considérer l'ensemble des effets et des comportements liés à la consommation, sans a priori.

Attention, il est nécessaire de décrire les effets négatifs des drogues mais le problème est qu'à force de ne décrire et de n'étudier que cela, les gens finissent par penser qu'il s'agit du seul impact des psychotropes. Or les drogues ont beaucoup d'autres effets, bien plus nombreux que ceux sur lesquels les chercheurs concentrent communément leur attention, qui sont en réalité minoritaires. En procédant ainsi, vous ne pouvez pas comprendre, ni appréhender la problématique des drogues dans sa globalité.

En mettant l'accent sur les effets négatifs des drogues, la science accorde une légitimité à la politique de prohibition...

Oui. Pour les politiciens, il est plus simple de dire : « Les drogues sont mauvaises c'est pourquoi nous allons punir sévèrement les infractions en matière de drogue et nous allons bannir la drogue de nos sociétés. » Non. Les drogues ne sont pas mauvaises. Elles ne sont pas bonnes non plus. C'est plus compliqué que cela. Mais c'est beaucoup plus difficile pour les politiciens de dire : « Nous allons nous assurer que les citoyens auront du travail, des compétences, nous allons nous assurer que la société sera bénéfique à l'épanouissement de l'être humain. »

Il n'y a jamais eu une Amérique sans drogue, ni une société sans drogue et il n'y aura jamais un monde sans drogue.

Vous considérez que la recherche s'est trop longtemps concentrée sur les effets négatifs des drogues. Diriez-vous pour autant qu'elles ont des effets positifs ?

Absolument. Mais vous n'avez pas besoin de moi pour savoir cela. Les usagers ne se drogueraient pas s'il n'y avait pas d'effets positifs associés à la consommation. Pensez aux amphétamines. Elles sont prescrites pour régler les déficits d'attention. Elles aident à la concentration. Elles vous maintiennent éveillés si vous êtes fatigué. L'héroïne, quant à elle, offre à certains le meilleur sommeil qu'ils aient jamais connu. Elle permet de stopper des diarrhées. Toutes les drogues dont nous parlons ont des effets positifs sinon elles ne seraient pas utilisées.

Les neurosciences occupent désormais une position très importante dans la recherche scientifique en matière de drogues et d'addiction. Que faut-il en attendre ?

Le recours aux explications de type neuroscientifique s'est indiscutablement accru au cours des dernières années. Il s'est accru notamment parce que le fait de comparer des images de cerveaux est terriblement « sexy » et attrayant. Les neurosciences ont clairement un rôle important à jouer pour comprendre l'effet biologique des drogues et décrire les mécanismes cérébraux à l'œuvre dans la dépendance. Mais elles posent un certain nombre de problèmes. En effet, nous pensons à tort que les scanners et radiographies du cerveau nous disent quelque chose du comportement. Or il n'en est rien. Ces images cérébrales représentent un fait et non des données. Les auteurs les interprètent pourtant comme des données et c'est dangereux, parce que cela conduit à simplifier à l'extrême un phénomène complexe.

Avez-vous des exemples de ces interprétations abusives ?

J'ai rédigé une synthèse critique des recherches en imagerie cérébrale sur les méthamphétamines. Des neuroscientifiques ont comparé des cerveaux de consommateurs et de non-consommateurs. L'imagerie montre une différence. Les chercheurs ont interprété cela comme étant un trait pathologique, un horrible effet de la drogue. En réalité la différence n'est pas une pathologie. La différence est juste... une différence. Elle ne conduit pas d'office à des comportements pathologiques. Or elle a pourtant été interprétée comme telle dans le champ neuroscientifique. Nous devons donc nous assurer que la recherche se concentre sur l'essentiel : le comportement. Nous voulons savoir comment les gens se comportent dans les faits. Est-ce qu'ils évoluent selon un fonctionnement cognitif normal ? Est-ce qu'ils paient des impôts ? Est-ce qu'ils font ce que l'on attend communément des gens responsables dans nos sociétés ? Voilà ce qui compte.

Vos études en laboratoire montrent que, lorsqu'ils sont confrontés à des alternatives, les usagers réduisent leur consommation. Vous utilisez pour cela des incitations financières. Dans la réalité, quelles sont ces alternatives ? Quels outils peuvent prévenir l'addiction ?

L'un des symptômes de l'addiction, selon le DSM, consiste à surinvestir un comportement, en terme de temps et de ressources, au détriment d'autres comportements sociaux. Pour prévenir cela, il faut donc s'assurer que les gens sont bien intégrés à la société. S'assurer qu'ils travaillent, qu'ils ont des compétences, qu'ils ont des conditions de vies appropriées et des opportunités d'être des membres à part entière de la société. Ce sont des éléments importants que l'on a parfois tendance à oublier lorsque l'on parle d'addiction et de prévention.

L'addiction serait donc plus le symptôme que la cause d'un problème ?

Il est compliqué de comprendre pourquoi quelqu'un s'engage dans la conduite répétée d'un comportement que nous, en tant que société, jugeons inapproprié. Parfois nous y apposons donc des jugements de valeur. Mais ces jugements limitent notre compréhension de ces comportements. Si l'on analyse sans jugement de valeur, on s'aperçoit que l'addiction a peu à voir avec la drogue elle-même mais qu'elle résulte d'autres problèmes : traumatismes, maladies psychiatriques, misère sociale, solitude.

Vos recherches montrent d'ailleurs que, contrairement aux idées reçues, réduire ou cesser sa consommation de drogue n'est, dans la plupart des cas, pas si difficile...

Oui. Nous parlons toujours des drogues comme si elles étaient spéciales. Comme si la cocaïne, l'héroïne ou les amphétamines étaient, en tant que telles, particulièrement addictives. Les drogues ne sont pas spéciales. Lorsque vous réalisez que la plupart des gens qui consomment ces drogues ne sont pas dépendants et qu'ils n'ont pas de problèmes, vous comprenez que ces drogues ne sont pas spéciales. En fait, si elles ne sont pas spéciales et que la plupart des consommateurs ne souffrent pas d'addiction, cela doit nous permettre d'apporter un autre éclairage sur les gens qui sont dépendants et qui en souffrent. Cela peut offrir une meilleure compréhension des mécanismes de l'addiction. Les causes sont multiples. Certains manquent d'alternatives et d'options dans leur vie, d'autres ont des troubles psychiatriques. Il y a en fait un très large éventail de raisons pour lesquelles les gens deviennent dépendants à la drogue mais, encore une fois, beaucoup de ces raisons ont très peu à voir avec les drogues elles-mêmes. Et nous, en tant que société, nous ferions bien d'essayer de comprendre pourquoi tel individu est accro à peu importe quelle substance plutôt que de lutter contre la drogue en tant que telle. Car cette politique est absurde. Imaginez que l'on dise « Des gens ont eu des problèmes avec leur voiture, ils ont conduit dangereusement et ont eu des accidents : interdisons les voitures ! » Voilà comment nous nous comportons vis-à-vis des drogues depuis des décennies.

Pourquoi est-il si difficile de faire évoluer les mentalités sur cette question ?

Il est difficile de changer la perspective des gens sur la question parce que l'on assiste à des discussions sur la drogue nourries par l'ignorance et l'hystérie plutôt qu'à des échanges qui laissent les évidences scientifiques dicter nos positions.

Ignorance, hystérie...vous y allez fort non ?

Non. Aux Etats-Unis, nombreux sont ceux qui pensent encore que nous pouvons éradiquer les drogues. C'est le crédo d'associations comme Drug Free America (Amérique sans drogue). Je ne connais pas de croyance plus

ridicule que celle-ci. Il n'y a jamais eu une Amérique sans drogue, ni une société sans drogue et il n'y aura jamais un monde sans drogue. Il s'agit d'un slogan politique vide de sens, d'une ineptie insultante et frustrante pour quelqu'un comme moi qui réfléchit et travaille sur ces questions. Le problème est que ce type de slogan guide souvent les choix politiques, y compris ceux de politiciens très intelligents. Nous en payons le prix, tous les jours.

Votre livre s'appelle d'ailleurs High Price (Prix Elevé). De quel prix s'agit-il et qui le paie ?

Ce prix comporte plusieurs composantes, car nous sommes nombreux à le payer. Mon livre est en partie autobiographique. Une manière de signifier que je paie aussi un peu ce prix. Je le paie pour parler de drogues librement et honnêtement. Les positions que je défends ne sont pas populaires, surtout dans mon domaine de recherche. Elles vont aussi à l'encontre de la politique américaine en matière de drogue. Le prix de mon discours et de mes recherches se traduit par une forme d'ostracisme.

D'autres paient un prix bien plus élevé. Ce sont les consommateurs de drogue. Qu'ils en usent ou abusent. Les usagers non dépendants paient le prix car ils sont identifiés comme des drogués même s'ils sont intégrés dans la société. Ils sont stigmatisés. Les « addicts » paient un prix élevé aussi car ils sont mal renseignés sur les produits et sur les conditions d'utilisation. Nous devrions les informer. Par exemple, la très grande majorité des overdoses d'héroïne résultent d'un mélange avec l'alcool. Ce serait très utile de les tenir au courant et de leur conseiller d'éviter de mélanger les deux produits. Ils paient un prix élevé parce que, pour des raisons morales, nous ne leur avons pas appris à bien utiliser les drogues.

L'éducation est donc fondamentale...

Oui. C'est la clé pour protéger la société. Qu'il s'agisse de consommation de drogues, de conduite automobile ou de comportements sexuels. Si vous expliquez, de façon réaliste, quelles sont les bonnes pratiques, quels sont les risques, alors vous pouvez accroître la qualité de vie de l'ensemble de la société. Mais nous avons complètement échoué en matière d'éducation aux drogues.

Pourquoi ?

A cause de cette croyance irrationnelle selon laquelle si vous procédez à une éducation réaliste sur les drogues, vous encouragez les gens à consommer, à essayer. Bref, vous faites la promotion des drogues. Il faut se souvenir que cet argument était aussi en vogue à l'époque pour lutter contre l'éducation sexuelle chez les adolescents. Aujourd'hui, plus grand monde ne remet en question la nécessité d'une éducation réaliste à la sexualité. En matière de drogues, nous n'en sommes pas encore là. Le discours envers les adolescents reste largement fondé sur la peur, qui n'est pourtant pas un outil d'éducation.

On a tout de même l'impression que l'approche pragmatique et réaliste que vous défendez gagne du terrain. Peut-être même plus rapidement qu'on ne le croit ?

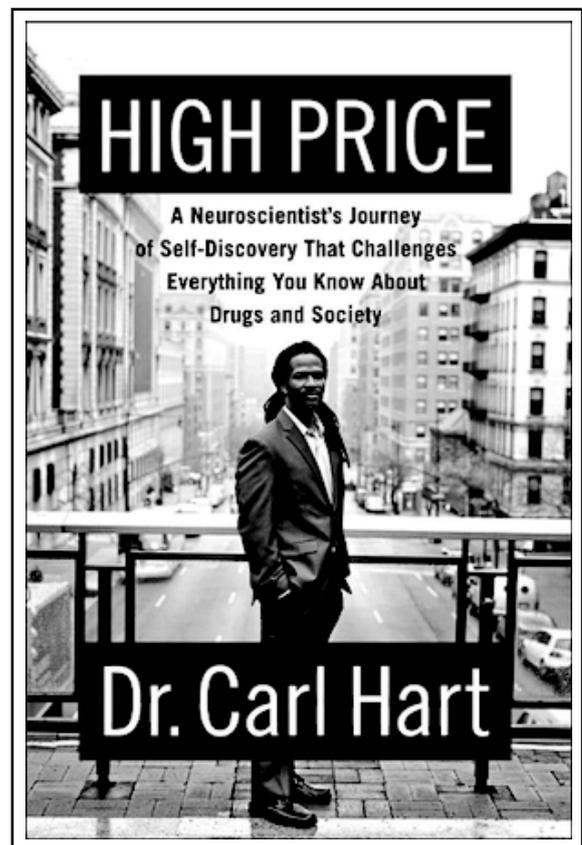
Oui, c'est clair. Nous sommes dans un moment inédit car jamais la possibilité de faire évoluer la politique de prohibition n'a semblé aussi réaliste. Vous pouvez le voir en Uruguay qui vient de réguler la marijuana.

Les gens commencent à comprendre l'hypocrisie d'une démarche qui insiste uniquement sur les dangers des drogues. Il est plus difficile désormais de mentir à un jeune en lui disant comme à l'époque : « si tu fumes de la marijuana, tu vas devenir fou et tuer tes parents ! » Attention, je ne dis pas que les drogues n'ont pas potentiellement des effets horribles et dangereux, car elles en ont, mais vous ne pouvez plus exagérer ces effets comme par le passé. Nombreux sont ceux qui vous croiront encore si vous exagérez les effets de l'héroïne, de la cocaïne ou des amphétamines mais ce n'est plus possible avec le cannabis. Et j'espère qu'on en arrive à un point où l'on ne pourra plus non plus exagérer les effets de l'héroïne, de la cocaïne et des amphétamines. Je suis plutôt confiant car nous sommes dans un moment, dans une période, où les gens, y compris les politiciens, sont à l'écoute des évidences en matière de drogue.

Courriel :

clh42@columbia.edu

<http://highpricethebook.com>



PLACE DES THÉRAPIES BASÉES SUR « UN ÉTAT DE CONSCIENCE MODIFIÉ » DANS LE CHAMP DES ADDICTIONS

Jean-Marie Coste, responsable thérapeutique au Drop-in, Neuchâtel

Plusieurs courants thérapeutiques se sont succédé au cours du temps au chevet des conduites addictives, objet par essence profondément complexe. Cet article retrace l'émergence de thérapies basées sur une modification de l'état de conscience dans le traitement des addictions, en décrivant les trois approches actuelles les plus courantes, à savoir l'hypnose, l'EMDR et la mindfulness. (réd.)

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DANS LA PROBLÉMATIQUE DES CONDUITES ADDICTIVES

Lorsqu'on parle de conduites addictives aujourd'hui, on fait allusion au « spectre des troubles addictifs » (Besson, 2011) qui recouvre autant les addictions aux substances que les addictions comportementales. Preuve en est de l'extension de ce concept d'addiction, l'inclusion d'addictions comportementales dans la catégorie du DSM V, à l'instar du jeu pathologique.

Au siècle passé, différents courants thérapeutiques dominants se sont succédé, au gré des modes et des avancées scientifiques, pour traiter les conduites addictives. On pense notamment à la psychanalyse, au programme des douze étapes des Alcooliques Anonymes, ou à divers modèles de réinsertion socio-éducatifs, notamment en milieu résidentiel. Puis, dans les dernières décennies du XX^{ème} siècle, on a vu se développer en addictologie la thérapie systémique, mais aussi les thérapies comportementales et cognitives (TCC) ainsi que l'entretien motivationnel et, sous l'impulsion des neurosciences, des traitements médicamenteux spécifiques (traitement de substitution, traitement anti-craving...).

C'est seulement depuis une dizaine d'année, que de « nouvelles » approches thérapeutiques basées sur un « état de conscience modifié » sont officiellement proposées dans les centres spécialisés traitant les addictions, autant en ambulatoire, qu'en hospitalier voire en milieu résidentiel. Cet article tente de rendre compte de ces nouvelles psychothérapies et de leur pertinence dans la problématique de l'addiction.

QU'ENTEND-ON PAR ÉTAT DE CONSCIENCE MODIFIÉ ?

On oppose habituellement l'état de conscience modifié (ECM) à l'état de conscience ordinaire ou plus simplement l'état de veille. Pourtant l'état de conscience modifié est bel et bien aussi un état de veille. Cependant, il diffère de

l'état de « veille ordinaire », ce dernier étant caractérisé par la capacité de réaliser les tâches quotidiennes auxquelles nous sommes confrontés, avec notamment une activité cérébrale intense où prédomine la « pensée discursive ». Entre le sommeil et l'état de veille ordinaire, se trouve ainsi un ensemble d'états auxquels on attribue le terme d'ECM, même si ce terme reste soumis à controverse. Certains préfèrent notamment le remplacement du terme « état » par « processus » (Benhaiem, 2005), terme qui illustre mieux l'aspect dynamique de la conscience. Du point de vue neuropsychologique, l'électroencéphalographie (EEG) permet de mesurer différentes fréquences d'ondes qui confirment la diversité de ces états. Les ondes dites Béta (> 12 Hz) correspondraient à l'état de veille ordinaire. Les ECM appartiennent quant à eux à des fréquences variant entre 8 et 12 Hz (ondes Alpha) et 4,5 et 8 Hz (ondes Thêta). Les ondes Delta (< 4,5 Hz) sont quant à elles caractéristiques du sommeil profond. Il est important de préciser qu'on accède naturellement et spontanément à ces différents états oscillant entre veille et sommeil, comme par exemple lorsqu'on conduit une voiture, l'esprit « dans la lune », ou lorsqu'on est pris de rêverie dans son bain. Toutefois, certaines techniques, comme la méditation, la relaxation ou l'hypnose, peuvent nous plonger sciemment dans ces ECM afin de mieux en exploiter leur potentialité.

TRAITEMENT PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE BASÉ SUR DES ÉTATS DE CONSCIENCE MODIFIÉ

On pourrait se demander si l'ECM ne serait pas thérapeutique en soi. Certes, lorsqu'il est vécu spontanément, par exemple dans un moment de rêverie diurne, il peut permettre de prendre de la distance avec certains événements ou de se relaxer. Toutefois, les techniques thérapeutiques évoquées ci-dessous ne se limitent pas à induire un ECM. Ces thérapies s'inscrivent avant tout dans une relation thérapeutique visant un objectif prédéterminé. L'induction de l'ECM n'est finalement qu'un ingrédient de la prise en charge, ingrédient qui permettra de mettre notre partie analytique sur « off » pour laisser émerger d'autres potentialités internes à visée thérapeutique.

Il serait toutefois faux de prétendre que ces thérapies sont véritablement nouvelles dans le champ de l'addiction. On le sait, Freud a utilisé à différentes périodes de sa vie l'hypnose. Et pour certains, la cure psychanalytique est parfois considérée comme une cure mettant naturellement le patient dans un ECM permettant ainsi au sujet de prendre de la distance avec son discours. On pourrait ainsi se demander si la psychanalyse ne consisterait pas en une « hypnose sans suggestion » (Bioy, 2008). Et, comme le précise Ferenczi et Rank (1924), « la psychanalyse a aussi pour but de remplacer dans sa technique les processus intellectuels par des facteurs vécus affectivement ».

Schultz (1958), autre psychanalyste, par sa technique de relaxation nommée « training autogène » induisait également des ECM. Et que dire des thérapies de désensibilisation utilisées en thérapie comportementale, thérapie qui associe un état de relaxation avec une image phobique ? Alors finalement, rien de neuf ? Même si les principes généraux des techniques présentées ci-dessous ne sont pas nouveaux en soi, leur place, depuis environ une décennie, est de plus en plus reconnue et intégrée aux traitements traditionnels en addictologie.

CONSOMMATION DE SUBSTANCE ET ÉTAT DE CONSCIENCE MODIFIÉ

Dans le champ de l'addiction aux substances, on pourrait voir un paradoxe à rechercher un ECM, alors que justement les effets de la prise de substance en induisent un. Comme dit précédemment, induire un ECM n'est pas suffisant en soi pour se prétendre thérapeutique. L'utilisation anarchique ou compulsive des substances psychotropes - comme l'alcool ou l'héroïne - et qui conduisent à un ensemble de dommages - en sont la preuve. L'ECM n'est pas un graal en soi, c'est, dans les soins, un état particulier, germe de potentialité thérapeutique. Même si nous ne nous intéresserons pas dans cet article à l'utilisation de drogues à des fins psychothérapeutiques, signalons en passant l'utilisation de certaines plantes provoquant des ECM, comme l'ayahuasca ou l'ibogaïne. Elles ont été testées pour traiter précisément des problèmes d'addiction, et dans certains cas avec succès (Chambon, 2009). Nous nous limiterons dans cet article exclusivement à certaines approches thérapeutiques, qui ont émergé ces dernières années en addictologie, à savoir l'hypnose, l'EMDR et la Mindfulness.

PARTICULARITÉ DU TRAITEMENT DE L'ADDICTION

Il y a plusieurs manières de considérer le traitement de l'addiction en fonction de la conception que l'on se fait de son étiologie (Schaffer et LaPlante, 2008). Nous retiendrons ici uniquement deux principes généraux, à savoir celui du traitement symptomatique et celui du traitement étiologique. Ce dernier s'intéresse aux causes susceptibles d'avoir généré le comportement. La conduite addictive

consiste en une répétition du comportement en dépit des conséquences négatives, le sujet ayant perdu la liberté de s'abstenir. On peut considérer qu'il s'agit ici d'un comportement appris, d'un conditionnement qui conduit le sujet dans un automatisme comportemental afin d'éprouver du plaisir ou de se soulager d'une tension. Dans ce cas, le traitement symptomatique

tentera de lutter contre l'envie impérieuse (craving) du produit afin d'enrayer ce conditionnement. Il visera ainsi à atténuer ou à faire disparaître le lien qui existe entre un produit (ou un comportement) et l'intérêt de le consommer. En revanche, le traitement étiologique s'intéressera quant à lui aux causes supposées générer le comportement addictif. Pour Roustang (1991), à propos de l'hypnose, outre le traitement symptomatique, le but du traitement est aussi de permettre au patient de retrouver l'intégrité et l'équilibre de sa personnalité.

L'HYPNOSE DANS LE CHAMP DE L'ADDICTION

L'utilisation de l'hypnose n'est pas nouvelle en psychothérapie. On sait que son origine est très ancienne, et peut être reliée, sous d'autres appellations, à des pratiques apparentées au chamanisme. C'est notamment Milton Erickson qui l'a remise au « goût du jour », et qui a permis à l'hypnose de retrouver une place dans le champ psychothérapeutique, lui permettant ainsi de se débarrasser de son halo de mysticisme au profit d'une technique psychothérapeutique reconnue. Toutefois, encore aujourd'hui, l'hypnose est perçue populairement comme quelque chose de mystérieux, qui provoque d'ailleurs chez le patient, mais aussi chez certains thérapeutes, des attentes magiques comme la possibilité d'être manipulé à son insu ou de pouvoir faire ressurgir des souvenirs inextricables. Dans le domaine de l'addiction, la demande la plus fréquente concerne le traitement du tabagisme. Il semble toutefois que ce traitement n'est pas plus efficace qu'une autre prise en charge, « les études épidémiologiques montrent que l'hypnose se place en fait, ni plus ni moins, dans une moyenne d'efficacité par rapport à d'autres méthodes » (Bioy, 2010).

Le but visé n'étant pas un état de relaxation, mais bien de désengager notre « pilote automatique » pour changer la fonction de la pensée.

En addictologie, l'hypnose cherchera tout d'abord à bien sonder la motivation du patient comme on le ferait avec les techniques de l'entretien motivationnel (Miller et Rollnick, 2006). Elle pourra ensuite s'intéresser à l'objet addictif, afin d'atténuer son pouvoir attractif. Dans cette approche symptomatique, on tentera d'induire une sensation répulsive à l'objet addictif ou alors un état de bien-être ou de liberté associée à l'état d'abstinence. Mais l'hypnose propose avant tout un travail plus « en profondeur », c'est-à-dire un travail centré sur les facteurs émotionnels susceptibles d'avoir généré le comportement addictif. L'addiction peut ici être comprise comme un comportement qui a pour fonction de masquer une émotion difficile (évitement émotionnel) ou une problématique traumatisante. Le travail hypnotique, du moins celui inspiré par Erickson, consistera avant tout à développer des ressources pour que le sujet puisse faire face à ses émotions perturbatrices. Erickson recherchait dans les apprentissages passés du sujet la capacité à faire face aux épreuves inéluctables de la vie (Erickson et Rossi, 1979). L'hypnose peut ainsi transformer la perception d'une situation dans laquelle le patient se sent bloqué, en rendant « réelle » une construction mentale virtuelle.

EMDR DANS LE CHAMP DE L'ADDICTION

L'EMDR (mouvements oculaires de désensibilisation et de retraitement) est une approche créée par Shapiro pour le traitement de souvenirs traumatiques (Shapiro, 1989). D'abord utilisé pour les états de stress post-traumatique (ESPT), elle a été aujourd'hui élargie à « d'autres symptomatologies d'origine traumatique, telles que phobie, dépression, troubles de la personnalité... » (Haour et Servan Schreiber, 2009). Cette approche, relativement nouvelle, s'apparente par certaines caractéristiques à l'hypnose, elle se réalise toutefois avec une procédure extrêmement structurée et vise directement le souvenir traumatique, comme on pourrait le faire dans une cure d'exposition en TCC. Les mouvements oculaires effectués dans la procédure EMDR ont été rapprochés des mouvements rapides présents dans les phases de sommeil paradoxal (Stickgold, 2002). Les mouvements oculaires pourraient, à l'image du sommeil paradoxal, stimuler le processus naturel de mise en mémoire, et permettre ainsi un retraitement du souvenir du trauma. « La dimension psychotraumatologique joue un rôle central et caché dans la genèse des addictions, on peut retrouver des antécédents traumatiques dans les addictions dans plus de 50% des cas, certaines études allant même jusqu'à 80% » (Besson, 2011). A ce titre, l'EMDR pourra être prescrite dans le cas de comorbidités traumatiques associées à l'addiction. De plus, cette technique a aussi été proposée pour modifier le souvenir de l'addiction. Le Dr Hase (Hase, 2010) a mis au point une technique EMDR adaptée à la problématique addictive. Dans son approche, l'EMDR s'intéresse aux traumas susceptibles de générer l'addiction mais également au retraitement de la mémoire liée à la prise de produits. La mémoire liée à la consommation de la drogue, ainsi que la mémoire du craving sont les cibles privilégiées de la procédure EMDR mise au point par Hase.

MINDFULNESS DANS LE CHAMP DE L'ADDICTION

La mindfulness est issue de la pratique de la méditation. Selon le pionnier de son introduction dans la médecine occidentale, John Kabat-Zinn, elle se définit comme le fait de « prêter attention d'une manière particulière : délibérément, au moment présent et sans jugement de valeur » (Kabat-Zinn, 2005). Dans ce sens, elle consiste dans la clinique occidentale à un entraînement mental. Elle fait partie de « la troisième vague des TCC » qui se sont intéressées non plus à la modification des cognitions, mais à un changement du rapport qu'on entretient avec celles-ci. Le but visé n'étant pas un état de relaxation, mais bien de désengager notre « pilote automatique » pour changer la fonction de la pensée. Ceci implique de cultiver une observation non réactive des contenus psychologiques tels qu'ils se présentent dans l'instant.

Tout d'abord conçue pour les problèmes de stress en général, la mindfulness a été introduite dans la psychiatrie avec un programme pour lutter contre la rechute dépressive (Teasdale et al., 1995). Elle a aussi été développée dans le domaine de l'addiction (Marlatt et al., 1994). Un programme en groupe (Prévention de la rechute basée sur la mindfulness) a été mis en place. On retrouve dans cette approche, l'apprentissage de la technique mindfulness qui vise une distanciation de notre contenu psychologique (pensées et émotions). Cette technique permet ainsi de réagir plus adéquatement face aux bouleversements émotionnels que nous traversons et ainsi, par voie de conséquence, d'éviter des rechutes qui pourraient être induites par une gestion émotionnelle inadéquate. De plus, on retrouve une approche symptomatique de la mindfulness appliquée aux problèmes d'addiction. En effet, le craving est aussi la cible d'une intervention spécifique. On demande au sujet de « surfer sur l'envie », à savoir, quand l'envie se fait ressentir, de passer du rôle d'acteur à celui de spectateur qui observe et prend pleinement conscience des caractéristiques de son envie, afin de s'en détacher.

EN CONCLUSION

On le sait, la technique thérapeutique « stricto sensu » n'est qu'un des éléments de la prise en charge en psychothérapie. On attribue le changement en thérapie, par ordre d'importance décroissante, d'abord principalement « aux caractéristiques du client, puis à la relation thérapeutique, et enfin, aux compétences techniques spécifiques du thérapeute » (Chambon et Marie Cardine, 2010). Ceci doit inciter le thérapeute à la modestie, ce qui est particulièrement important avec ce type de techniques qui évoque parfois trop souvent des espoirs magiques inadéquats face à certaines situations psychopathologiques sévères.

La place des approches présentées ci-dessus se trouve ainsi assurément dans une complémentarité aux approches médico-psycho-sociales habituellement proposées.

Elles permettent d'ouvrir d'autres possibles en thérapie et de potentialiser la prise en charge. Comme nous l'avons vu, elles ont chacune leurs spécificités. L'EMDR est particulièrement indiqué lors d'une « comorbidité traumatique avérée ». Il est toutefois important d'évaluer la personnalité du sujet avant la thérapie, des réactions émotionnelles intenses pouvant intervenir en cours de session et être déstabilisantes. L'hypnose possède différents usages en addictologie, mais peut notamment être proposée pour « un renforcement de l'ego » (Masson, 2005) en réactualisant les ressources de l'individu. Dans une optique psychodynamique, l'hypnose a aussi été proposée pour « permettre au toxicomane de se réapproprier ses processus de pensée, dans une articulation assumée conscient et inconscient » (Miel, 2003). Enfin, la *mindfulness* se montre bénéfique pour une meilleure gestion émotionnelle.

Ces thérapies, basées sur les ECM, sont probablement un contrepoids à l'hypertechnicité actuelle des psychothérapies et de la médicalisation observée dans le champ de l'addiction. Certaines approches ont ainsi remis en avant le besoin de se relier à d'autres parties de la conscience, à savoir de sortir du primat de l'intellect pour accéder à une compréhension de l'être plus émotionnelle ou intuitive. Comme le précise Bonvin en parlant de l'hypnose, « le patient réinvestit son état de mammifère, là où l'espace et le temps n'entrent pas en jeu comme des catégories nécessaires à l'objectivation, mais se présentent comme un environnement où peut se déployer la spontanéité de sa vie » (Bonvin et Salem, 2012).

Courriel :

Jean-Marie.Coste@ne.ch

Bibliographie :

- Benhaiem J.M. (2005). *L'hypnose aujourd'hui*, Editions In Press
- Besson J. (2011). Addictions : le rôle de la psychiatrie, *Dépendances*, Vol.45 :2-5
- Bonvin E., Salem G. (2012). *Soigner par l'hypnose*, Masson, 5ème édition :172
- Bioy A. (2010). *L'aide-mémoire d'hypnose*, Dunod :234
- Bioy A. (2008). Sigmund Freud et l'hypnose : une histoire complexe, *Perspectives psy*, 2008/2 Vol.47 :171-184
- Chambon O., Marie-Cardine M. (2003). *Les bases de la psychothérapie*, Masson
- Chambon O. (2009). *La médecine psychédélique*, Les Arènes
- Erickson M.H., Rossi E.L., (1979). *Hypnotherapy: An exploratory case book*, New-York: Irvington
- Ferenczi S., Rank O., (1924). Perspectives de la psychanalyse, *Monographie de la Revue Française de Psychanalyse* 1995 :18-48
- Haour F., Servan-Schreiber D. (2009). Les bases neuroscientifiques de l'EMDR, In Cottraux J., *TCC et neurosciences*, Masson :188
- Hase M. (2010). Cravex : an EMDR approach to treat substance use and addiction. In Luber M, editor. *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols :*

- special populations*. New York : Springer Publishing. 2010
- Kabat-Zinn J. (2005) *Où tu vas tu es, apprendre à méditer pour se libérer du stress et des tensions profondes*, J'ai lu :22
- Marlatt G.A. (1994). Addiction, mindfulness, and acceptance. In Hayes S.C., Jacobson N.S., Follette V.M., Dougher M.J., *Acceptance and change*, Content and context in psychotherapy:175-197. Reno, NV:Context Press
- Masson J. (2005). L'outil emdr en alcoologie, réflexions théoriques et cliniques, *Psychothérapies*, 2005/2, Vol.25 :117-123
- Miel C. (2003). Hypnose et toxicomanie : la remobilisation des processus de pensée, *Psychotropes* 1/2003, Vol.9 : 95-108
- Miller W.R et Rollnick S. (2002). *Motivational Interviewing : Preparing People for Change*, The Guilford Press
- Roustang F. (1991). *Influence*, Les éditions de Minuit
- Shapiro F. (1989). *Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols and procedures*, The Guilford Press
- Schaffer H.J., LaPlante D.A. (2008). Traitement des troubles liés à la pratique des jeux de hasard et d'argent, In Marlatt A. et Donovan D., *Prévention de la rechute*, Médecine & Hygiène :334
- Schultz J.H. (1958), *Le training autogène, méthode de relaxation par autodécontraction concentrative. Essai pratique et Clinique*. Presses Universitaires de France.
- Segal Z., Williams M., Teasdale J. (2006). *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression*, De Boeck
- Stickgold R., (2002). EMDR: A Putative Neurobiological mechanism of action, *Journal of clinical psychology*, Vol. 58 (1): 61-75
- Teasdale J. D., Segal Z. V., Williams J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (*mindfulness*) training help? *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 33: 25-39

HYPNOSE ET ADDICTION

Dr Gérard Salem, psychiatre, directeur et formateur à Consyl, Lausanne

Pour la personne, l'addiction s'exprime presque toujours, dans un premier temps, par l'octroi de plaisir occasionnel ou, par l'acte, tenter de se soustraire à une douleur, à une souffrance. Pour l'usage de l'hypnose dans le champ thérapeutique, la démarche fait appel au même principe et l'hypnothérapeute tente de rejoindre la personne dans son mouvement intentionnel. L'expérience hypnotique semble, par ses effets naturels, comparables aux effets recherchés dans l'addiction. Elle se substituerait avantageusement. Cela procède en quelque sorte d'un échange d'expérience d'état modifié de conscience contre un autre. Echange permettant un nouvel apprentissage sous forme d'expérience. La charge de blâme et de honte qui accompagne bien souvent l'addiction exclue, la restauration de l'estime de soi et la confiance du patient est dès lors envisageable.

imiter le mouvement intentionnel

La philosophe genevoise Jeanne Hersch dit quelque part dans ses écrits que *comprendre quelqu'un, c'est imiter son mouvement intentionnel*. Cette phrase décrit exactement quelle devrait être l'attitude première d'un soignant envers son patient, en particulier s'il recourt à l'hypnose pour soulager ses souffrances. Milton Erickson, le psychiatre américain qui a révolutionné l'hypnose dès le milieu du siècle passé, ne procédait pas autrement. Offrant toujours une attention de haute qualité à ses patients, doté d'une intuition peu commune, il savait « entendre entre les mots », lire les expressions du visage et du corps, deviner l'intention cachée. Pour aborder l'usage de l'hypnose dans la thérapie des addictions, il me semble intéressant de recourir au même principe en essayant de saisir le mouvement intentionnel d'une personne souffrant d'addiction.

On le sait, presque toujours, il s'agit dans un premier temps pour le sujet, de se donner du plaisir occasionnellement, ou d'échapper à une douleur, une souffrance, un mal-être, par un acte. Cet acte consiste à consommer une substance donnée (alcool, tabac, drogue, nourriture), ou à se livrer à une activité particulière, de sorte d'éprouver une forme d'ivresse (jeu excessif, conduite extrême, *workholisme*, fièvre acheteuse, etc.). Cet état peut revêtir un attrait suffisant pour que le sujet soit tenté d'y revenir, surtout s'il répond à un besoin de celui-ci. Dans un deuxième temps, cet acte se répète indéfiniment sans que le sujet en conserve le contrôle : il est sous son emprise – une emprise d'intensité variable, souvent croissante.

LA DEMANDE D'HYPNOSE

Les praticiens d'hypnose, psychiatres, psychologues, omnipraticiens, infirmières reçoivent aujourd'hui maints patients qui leur demandent de les aider à faire un sevrage d'alcool ou de tabac. La demande peut s'étendre à d'autres formes d'addiction, du cannabis aux benzodiazépines, en passant par les drogues dures. Le sevrage par hypnose peut compléter utilement les prescriptions de médicaments, et dans certains cas même se substituer à ceux-ci.

Mais l'hypnose prouve aujourd'hui son utilité même après la phase du sevrage physique, lorsqu'il s'agit de redécouvrir ce qu'est la vie sans conduite addictive.

L'hypnose médicale est une méthode thérapeutique non spécifique d'abord, consistant à faciliter la survenue d'états modifiés de conscience chez le patient, en vue de soulager ses souffrances tout en stimulant ses compétences psychobiologiques. Ces états modifiés de conscience sont caractérisés par une modification de la perception du sujet, perception de soi, de son corps, de sa personnalité, de ses souffrances. En médecine comme en psychiatrie, elle est utilisée pour améliorer les symptômes physiques ou psychiques du patient, ou comme complément utile aux autres mesures thérapeutiques, par exemple pour motiver le patient à s'autonomiser et à prendre soin de lui-même.

De ce fait, l'alliance et le style de relation qui s'instaurent entre le patient et l'hypnothérapeute sont des facteurs déterminants dès la première rencontre (comme dans n'importe quelle relation thérapeutique). Soyons plus précis : le talent d'un hypnothérapeute consiste à réveiller le talent du patient. Sa façon de catalyser les ressources naturelles du patient (« aires fonctionnelles du Moi ») permet à celui-ci non seulement de s'acheminer vers la guérison, mais de différencier sa personnalité en permettant une meilleure affirmation de soi.

SURVOL HISTORIQUE RAPIDE

Les phénomènes hypnotiques sont vieux comme le monde. Leur usage thérapeutique date du chamanisme antique et survit de nos jours dans les médecines dites parallèles. L'Occident y est venu plus tardivement. Au 16^e siècle, le jésuite Athanase Kircher hypnotisait des gallinacés, à titre expérimental. Au 18^e siècle, Anton Mesmer, médecin allemand, soignait ses patients par le « magnétisme animal ». Au siècle suivant, l'un de ses suiveurs, le chirurgien écossais James Braid a décrit ce phénomène comme un « sommeil nerveux », popularisant cette assimilation erronée de l'hypnose à du sommeil. Au 19^e siècle, Jean-Martin Charcot reste avec Pierre Janet une des grandes figures de l'hypnose en France.

Elève passager de Charcot à la Salpêtrière, profondément influencé par l'hypnose dans son invention de la psychanalyse, Freud a renoncé à cette discipline en prétendant qu'elle ne résolvait rien, le symptôme initial étant selon lui remplacé par d'autres symptômes substitutifs. De ce fait, l'hypnose a connu un important recul en France, hormis les précieuses contributions de Léon Chertok, et ce jusque dans les années 1990 (alors que nombre de travaux se développaient en Union Soviétique et plus tard aux USA).

Aujourd'hui, l'imagerie cérébrale permet d'observer et de mesurer de façon inédite le fonctionnement du système nerveux central ou du système nerveux digestif, et confirme les effets de l'hypnose sur les circuits neurobiologiques. L'état hypnotique n'est pas un état de sommeil. Bien au contraire, c'est un état vigile (tracé de veille à l'EEG), et même de *veille paradoxale* (pour reprendre une formule de François Roustang), qui est en miroir avec le *sommeil paradoxal* (comme le neurobiologiste Michel Jouvet désignait le rêve). La découverte des neurones-miroirs et de la neuroplasticité cérébrale ouvre des perspectives prometteuses dans la recherche clinique ou expérimentale, et confirme maintes observations des hypnothérapeutes.

L'hypnose est utilisable en beaucoup de domaines thérapeutiques. Elle connaît aujourd'hui un important essor, grâce à l'impulsion donnée par Milton Erickson dès le milieu du XX^e siècle. Ses applications se multiplient dans les hôpitaux comme en clinique ambulatoire, chez les adultes comme chez les enfants et les personnes âgées. Véritable art relationnel, elle permet d'accompagner toutes les formes de souffrance liées à la perception : anxiété, angoisse, douleur infligées lors d'interventions, syndromes douloureux aigus ou chroniques, altération de la perception de soi-même, d'autrui ou de l'environnement, gêne sensorielle, perturbations émotionnelles, et ainsi de suite.

PHASES DU PROCESSUS HYPNOTIQUE ET FORMES D'APPLICATION

L'*induction* est la provocation de l'état hypnotique. Elle peut être exécutée par le médecin sur le patient ou par le patient sur lui-même (autohypnose). Elle recourt à une *focalisation* intense de l'attention sur un stimulus sensoriel (visuel, cénesthésique, auditif), accompagnée de *suggestions*. Les métaphores et les suggestions facilitent l'installation d'un état *dissociatif* propice grâce auquel le sujet fait une *expérience correctrice*. Celle-ci va le soulager ou même parfois le guérir de son trouble.



Evelyn de Morgan, *Night and Sleep*, 1878 (1855 - 1919) artiste-peintre de l'école préraphaélite anglaise. (Nyx, déesse de la nuit, et son fils Hypnos, dieu du sommeil ; l'une ouvre le manteau de l'obscurité, l'autre laisse choir de ses mains les pétales de fleurs de pavots)

Photo: Wikipédia

Des suggestions *post-hypnotiques* servent à assurer l'ancrage mnésique de cette expérience, assimilable à un *apprentissage* significatif (concept sur lequel Erickson mettait l'accent).

L'hypnose peut être pratiquée de façon autoritaire et *directive* (école traditionnelle) ou de façon indirecte et *permissive* (école ericksonienne), selon le thérapeute, selon les situations, selon l'état actuel et le profil de personnalité du patient. L'approche directive recourt volontiers à des suggestions directes (*vous vous sentez de plus en plus détendu, votre respiration s'approfondit, la douleur et les nausées s'en vont*), alors que l'approche permissive préfère les suggestions indirectes, métaphoriques ou narratives (dans le cas d'une dyspnée par exemple : *vous le voyez, ce navire qui s'éloigne toutes voiles gonflées vers l'horizon ?*). Dans les deux situations, la réactivité accrue du patient aux suggestions permet d'obtenir une détente profonde, qui permet de se détacher du symptôme (ou du thème problématique), et de l'examiner à distance (*dissociation*).

Certains automatismes sont facilités (catalepsie, automatismes idéo-moteurs, lévitation de la main, mouvements pseudo-athétosiques). Ils sont ratifiés et commentés par le thérapeute en vue du changement escompté (*recadrages* thérapeutiques). L'expérience, lorsqu'elle est réussie, est vécue comme correctrice et peut amener un changement significatif dans l'équilibre psychobiologique du sujet et dans ses motivations.

SOIGNER UNE ADDICTION

Les spécialistes de l'addiction considèrent aujourd'hui que les personnes qui en sont victimes sont piégées dans un comportement répétitif, de plus en plus prévisible. Qu'en outre ces personnes perdent le contrôle de leur comportement addictif et que tout appel à la volonté devient inutile. Qu'enfin, elles ont tendance à dénier les conséquences de leur addiction. Une évolution décisive semble se faire dans la redéfinition et le traitement des dépendances en tout genre. Les addictologues revendiquent pour le sujet dépendant le statut de *malade* au sein d'une société addictogène. Ainsi, la honte, la culpabilité, la responsabilité ne sont plus de mise. (Du point de vue des thérapeutes ericksoniens, ce « recyclage » du concept de dépendance en termes de maladie est certes utile pour la protection et la dignité du patient, mais reste problématique sur le plan thérapeutique, puisqu'il s'agit ici encore d'une nouvelle étiquette, qui le réifie médicalement au lieu de lui restituer son identité de sujet).

Par ailleurs, il est capital de comprendre l'histoire et les raisons de cette addiction. Ceci facilitera la remotivation du patient à renoncer à son addiction, et l'aidera à restaurer sa capacité de décider par lui-même (comme le souligne entre autres Michel Lejoyeux, qui dirige un service d'addictologie à Bichat).

Maintes stratégies thérapeutiques sont déployées : soutien et accompagnement souple, sevrage progressif, substitutions médicamenteuses, entretiens motivationnels, entraînement à la balance décisionnelle, programmes de thérapie cognitivo-comportementale, thérapie de couple ou de famille, groupes de paroles, exercices de relaxation ou de pleine conscience, hypnothérapie, psychothérapie, etc. L'accent est mis sur le travail d'équipe et l'interdisciplinarité. Examinons de plus près l'apport de l'hypnose dans ce paysage.

HYPNOSE ET ADDICTION

Le thérapeute informe d'abord le patient de cette méthode, démystifie ses aspects magico-religieux et les préjugés qui l'entourent. Il est essentiel de créer une bonne alliance, dans un climat de sécurité et de confiance. Il est rare que l'on pratique l'hypnose dès la première rencontre. Le choix du procédé varie selon les patients et selon l'objectif visé.

Dans n'importe quelle forme d'addiction, il est utile que le patient expérimente une détente profonde, qu'il explore en toute sécurité ses capacités de modifier sa perception physique, émotionnelle et mentale de lui-même, de sorte à diminuer sa réactivité aux stimuli (stress, anxiété, *craving*, etc.). A cette occasion le thérapeute peut lui suggérer de créer et d'ancrer une zone de sécurité en lui (*safe place*), associant le plus souvent la représentation d'une scène plaisante à une sensation corporelle agréable et rassurante.

Ce lieu de sécurité personnel l'aidera par exemple à supporter les sensations liées au manque et au craving, en leur substituant une sensation de félicité naturelle, qui ne dépend pas du tout de la consommation d'une substance ou d'un passage à l'acte compulsif.

L'induction est provoquée par des suggestions en chaîne (focalisation de l'attention sur un stimulus sensoriel, ou sur un thème narratif dans l'hypnose indirecte). Le thérapeute favorise des associations d'idées et d'images entre le comportement psychomoteur du patient, le type de sensations qu'il éprouve et de pensées qui lui viennent, et l'objectif visé par l'intervention thérapeutique (allègement du symptôme, changement de disposition psychologique, motivation nouvelle).

Des suggestions *post-hypnotiques* viennent consolider les effets de l'expérience pour les heures ou les jours qui suivent. Le patient est souvent invité à s'exercer seul aussi, entre les séances thérapeutiques, en pratiquant une méthode d'autohypnose similaire à celle qu'il a vécue pendant la séance, et que le thérapeute lui enseigne. Il est recommandé aussi pour le patient de s'entraîner à l'autohypnose en groupe avec d'autres patients, parallèlement aux séances individuelles.

Il importe aussi de repérer rapidement les ressources du patient (et de son entourage proche). En d'autres termes, ce qui n'est pas altéré et qui « va bien », pour le mettre à profit dans l'intervention thérapeutique (capacités intellectuelles, imagination, habileté manuelle, marottes inattendues, aptitudes créatives, apprentissages antérieurs, expériences de résilience, relations affectives significatives et précieuses, etc.).

UNE EXPÉRIENCE SUBSTITUTIVE

Il importe d'offrir avant tout une présence attentive à la personne du patient, à son histoire, à son milieu, à la manière dont il s'est laissé prendre par l'addiction. Puis d'explorer avec soin quels effets sont recherchés au moyen de l'acte addictif, aussi bien sur le plan physique que sur le plan émotionnel, psychologique et mental. Le plus souvent, il s'agit de bien-être, ou de soulagement, ou de galvanisation, éventuellement d'ivresse. Ces effets entrent dans la catégorie des états modifiés de conscience, tout comme l'hypnose, quelle que soit la substance consommée ou la conduite itérative en cause. En ce sens, les personnes souffrant d'addiction sont favorablement prédisposées à l'hypnose, dont les effets leur seront plus familiers et plus immédiatement sensibles qu'à d'autres sujets.

Comme on le voit, les choses se passent comme si l'expérience hypnotique, semblable par ses effets naturels aux effets recherchés artificiellement dans l'addiction, se substituait de façon avantageuse à cette dernière.

En quelque sorte, l'on troque un état modifié de conscience contre un autre. Cette expérience équivaut à un apprentissage nouveau comme l'aura été l'addiction, recadrée elle aussi comme un apprentissage, mais incluant des désagréments dont l'hypnose est complètement dépourvue. Ce recadrage a l'avantage de désamorcer toute la charge de blâme et de honte qui accompagne l'addiction et de restaurer un peu d'estime de soi et de confiance chez le patient, ce qui renforcera son désir de consolider ses progrès.

Courriel :

gerard.salem@gmail.com
www.consyl.ch

Bibliographie :

Erickson M.H. *The collected papers of Milton Erickson on hypnosis*. Ed. Irvington, New York, 1980. trad. française *Intégrale des articles de M. Erickson*, Ed. Satas, Bruxelles, 1999.

Haley J. *Un thérapeute hors du commun. Milton H. Erickson*. Ed. EPI, Paris, 1990.

Hersch J. *L'étonnement philosophique (De l'école Milet à Karl Jaspers)*, Poche, Ed. Gallimard, Paris, 1993.

Lejoyeux M. *Addictologie*. Ed. Masson, Paris, 2008.

Rosen S. *Ma voix l'accompagnera. Milton Erickson raconte*. Ed. Hommes et Groupes, Paris, 1998.

Rossi E.L. *Psychobiologie de la guérison. Influence de l'esprit sur le corps*. Ed. Le souffle d'or, Paris, 2002.

Roustang F. *Qu'est-ce que l'hypnose ?* Ed. Minuit, Paris, 1994.

Salem G. *L'hypnose*. in : N. Duruz, M. Gennart. *Traité de psychothérapie comparée*. Ed. Médecine & Hygiène, Genève, Paris, 2002, p. 345-373.

Salem G., Bonvin E. *Soigner par l'hypnose*. Ed. Masson, Paris, 2012 (5e édition).

Salem G. *Le combat thérapeutique*. Ed. Armand Colin, Paris, 2012 (2e éd.)

Sites internet :

www.irhys.ch (Institut Romand d'Hypnose Suisse)

www.smsch.ch (Société Médicale Suisse d'Hypnose)

www.ish.unimelb.edu.au/ish.html (Société internationale d'hypnose - ISH).

www.esh-hypnosis.org (Société Européenne d'Hypnose - ESH)

Formation en hypnose en Suisse et en France

La formation en hypnose médicale et thérapeutique est assurée en Suisse par deux associations professionnelles : la Société Médicale Suisse d'Hypnose (SMSH) et la Société d'hypnose clinique suisse (SHYPS). Elle s'adresse aux médecins, médecins-dentistes, psychologues, psychothérapeutes. Pour les deux sociétés, la formation dure au moins trois ans et comprend environ 300 heures incluant un programme de cours théoriques et pratiques, des supervisions, des interventions, l'étude de la littérature, la documentation des travaux avec les patients et l'évaluation finale.

Parmi les formations en France, signalons le D.U. d'hypnose médicale de la Pitié-Salpêtrière (Paris VI), et les enseignements de l'hôpital Ambroise Paré à Boulogne (Association Française d'Etude de l'Hypnose Médicale), de l'Institut Français d'Hypnose à Paris (IFH), de l'Institut Milton H Erickson d'Avignon-Provence, de la Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapie Brève (CFHTB).

VOUS AVEZ APPRIS À NAGER.
POURQUOI NE PAS APPRENDRE
À CONSOMMER DE L'ALCOOL ?

Alcochoix + L'apprentissage d'une consommation
d'alcool maîtrisée. www.alcochoix.ch

L'APPLICATION DES INTERVENTIONS BASÉES SUR LA PLEINE CONSCIENCE DANS LE DOMAINE DES ADDICTIONS

Daniela Dunker Scheuner, psychologue spécialiste en psychothérapie, psychologue associée au Service d'alcoologie (DUMSC) et psychologue responsable de l'Unité d'enseignement en Thérapie comportementale et cognitive à l'Institut de psychothérapie, DP-CHUV, Lausanne et **Valérie Rossier**, psychologue spécialiste en psychothérapie, psychologue associée, Section d'addictologie, Service de psychiatrie communautaire, DP-CHUV, Lausanne.

La méditation en pleine conscience (mindfulness) est en plein essor et trouve des applications dans divers domaines. L'intégration de cette pratique dans le traitement des addictions est prometteuse. Cet article décrit les contours de cette pratique intégrée à la prévention de la rechute et les premiers résultats. Point important : les professionnels ont également tout à y gagner. (réd.)

PRÉAMBULE

Étant donné que cet article trouve sa place dans un numéro sur les *états modifiés de conscience* dans les addictions, nous tenons tout d'abord à nous arrêter sur la question de ce qu'est un état modifié de conscience et comment comprendre la pleine conscience par rapport à cette notion.

Le terme « état modifié de conscience » nous paraît suggérer un objectif de changement d'état. Hors, l'entraînement à la pleine conscience consiste à porter son attention sur l'expérience du moment présent *telle qu'elle est*. Ainsi, il ne s'agit pas de modifier la conscience mais de rester conscient. Toutefois, si l'on compare l'état de conscience développé lors des exercices de méditation de pleine conscience avec notre état habituel de conscience, l'on peut dire qu'il s'agit d'un état mental différent. Dans cet article, nous décrivons les interventions basées sur la pleine conscience et comment ces interventions sont appliquées dans le domaine des addictions.

INTRODUCTION

Le traitement des addictions est un domaine large et complexe du fait que la dépendance est une pathologie chronique. Même lorsque les patients sont traités efficacement, le risque de rechute est constant et handicapant pour les personnes ayant vécu une addiction. Dans les dernières décennies, Marlatt et ses collaborateurs ont développé de nombreux traitements efficaces validés scientifiquement afin de favoriser une meilleure gestion des fortes envies et des états émotionnels et ainsi de prévenir la rechute (Marlatt & Donovan, 2008). Néanmoins, selon les auteurs, il était nécessaire de mettre l'accent plus spécifiquement sur l'inconfort des envies (ie. les expériences physiques, émotionnelles et cognitives qui accompagnent les fortes envies) ressenti par le patient. Face à cet inconfort, le comporte-

ment habituel des personnes présentant une addiction est d'agir pour le « faire disparaître ». En réalité, même lorsque les patients connaissent bien leurs situations à risque de consommation et qu'ils ont développé des compétences pour y faire face, grâce au travail accompli en Prévention de la rechute, ils continuent souvent à vouloir éviter de ressentir les envies qu'ils perçoivent comme très désagréables. Or, plus une personne se bat contre les envies ou les émotions qui sont déjà présentes, plus celles-ci peuvent devenir intenses. De ce fait, quand les envies et/ou les émotions deviennent intenses, il n'est pas rare que les « vieilles habitudes » se réenclenchent : la personne retourne dans le « pilote automatique » de recherche et de consommation du produit qui lui permet d'échapper momentanément à l'inconfort des envies et aux émotions qui y sont liées. Ainsi, le fait d'apprendre la pleine conscience aux personnes présentant une addiction, c'est-à-dire de leur apprendre à porter une conscience ouverte et bienveillante à leurs expériences quelles qu'elles soient, y compris les envies et émotions qui y sont liées, sans les juger ni réagir automatiquement, semble être une clef essentielle dans le traitement des addictions, qui manquait jusqu'alors.

LA PLEINE CONSCIENCE

La pleine conscience (traduction du terme anglais « mindfulness ») est originellement issue de la méditation Vipassana pratiquée dans la tradition du bouddhisme Theravada. Elle peut être définie comme un état de conscience qui résulte d'une « attention intentionnelle et non jugeante portée aux émotions, pensées et sensations qui constituent l'expérience du moment présent » (Kabat-Zinn, 2009). La pleine conscience comprend ainsi deux composantes : (1) une première concernant l'attention portée au moment présent et (2) une seconde relative aux notions d'acceptation, d'équanimité et de curiosité envers son expérience qu'elle soit agréable, désagréable ou neutre.

A la fin des années septante, Jon Kabat-Zinn (1982) a été le premier à développer un programme visant l'apprentissage de la pleine conscience dans une perspective d'intervention psychologique. Depuis lors, les interventions basées sur la pleine conscience (MBI¹) ont été appliquées avec succès dans des domaines cliniques très variés, comme par exemple la prévention de la rechute dépressive, les douleurs chroniques, le psoriasis, etc. (pour une revue, Heeren & Philippot, 2010). En ce qui concerne le champ de l'addictologie, l'utilisation des MBI date d'une dizaine d'années, et depuis, l'intérêt qu'elles suscitent ne cesse de grandir. Dans une revue de littérature récente (Skanavi et al., 2011), les auteurs ont identifié six essais cliniques publiés qui montraient que les MBI étaient plus efficaces que les traitements témoins.

LA PRÉVENTION DE LA RECHUTE BASÉE SUR LA PLEINE CONSCIENCE POUR LE TRAITEMENT DES TROUBLES ADDICTIFS

L'approche de Prévention de la rechute basée sur la pleine conscience pour le traitement des addictions, le MBRP (Mindfulness-based relapse prevention) est un programme intégrant des outils comportementaux et cognitifs de l'approche de Prévention de la rechute et des pratiques de méditation en pleine conscience (Bowen, Chawla & Marlatt, 2013). L'approche MBRP s'inspire des programmes basés sur la pleine conscience développés précédemment pour la prévention de la rechute dépressive (MBCT, Mindfulness-based cognitive therapy, Williams, Seagal & Teasdale) et pour la gestion du stress (MBSR, Mindfulness-based stress reduction, Kabat-Zinn).

Le MBRP est un programme proposé à des patients ambulatoires abstinents et motivés à le rester. Il est conçu pour aider les patients à augmenter leur conscience des déclencheurs des envies de consommer (ou d'autres comportements addictifs), ainsi que des expériences physiques, émotionnelles et cognitives qui suivent ces déclencheurs, conduisant à des comportements automatiques qui peuvent mener vers le dérapage et la rechute. Ce programme vise également à apprendre aux patients à répondre à ces expériences physiques, émotionnelles et cognitives de manière efficace et bienveillante, plutôt que d'y réagir de manière automatique. De même que les programmes de Prévention de la rechute et de Réduction de risques également développés par Marlatt, ce programme offre une approche de traitement de l'addiction qui cultive une attitude non jugeante, centrée sur la personne et basée sur l'acceptation.

Ainsi, il ne s'agit pas de modifier la conscience mais de rester conscient.

Il s'agit d'un programme thérapeutique de groupe en 8 séances hebdomadaires (de 2 heures à 2 heures 30 selon les possibilités) qui aborde les thèmes suivants : le pilote automatique et la rechute ; la conscience des déclencheurs et des fortes envies ; la pleine conscience

dans la vie de tous les jours ; la pleine conscience dans les situations à risque de rechute ; l'équilibre entre l'acceptation et le changement ; considérer les pensées comme des pensées sans s'y identifier ; prendre soin de soi en développant un style de vie équilibré et un réseau soutenant.

Le style et la structure du groupe mettent l'accent sur l'expérience directe des participants. Les séances commencent systématiquement par une méditation, suivie par une brève période de discussion centrée sur l'expérience de chacun. Les instructeurs font des liens entre cette expérience, les envies et la rechute et d'autres « pilotes automatiques » des participants. Lors du processus de questionnement, les instructeurs sont particulièrement attentifs à ne pas rentrer dans la résolution de problèmes, mais à rester dans une position d'accueil de l'expérience telle qu'elle est. Ainsi, les notions psycho-éducatives ne sont pas enseignées comme dans un cours, mais suscitées de l'expérience des participants. Après la première pratique formelle, la séance continue avec la revue de la pratique à domicile, d'autres exercices parfois cognitifs autour de la prévention de la rechute et finit avec une pratique de méditation.

La pratique à domicile est une composante fondamentale de ce programme. L'engagement dans une pratique quotidienne de méditation est une exigence pour intégrer le groupe. Chaque séance étant animée par un instructeur et un co-instructeur, le même engagement leur est demandé. En effet, au-delà de la nécessité d'être un professionnel de la santé ayant une expérience dans le traitement des addictions et de la conduite de groupes, il est également nécessaire que l'instructeur ait une pratique de méditation personnelle régulière. Soutenir les autres dans la pratique de la méditation ne peut provenir que de sa propre expérience et non d'une simple « compréhension » provenant de la lecture d'un manuel de traitement ou d'une participation à un ou l'autre séminaire.

Un autre aspect important dans ce programme est l'accent mis sur la notion de bienveillance. En effet, Marlatt avait remarqué que l'autojugement et l'autocritique sont fréquents et considérables parmi les personnes présentant une addiction ; non seulement ces personnes internalisent souvent le jugement et les stigmas issus de leurs expériences sociales et familiales, mais elles ont aussi fréquemment des difficultés à se pardonner les conséquences négatives de leur histoire d'addiction. De ce fait, Marlatt et son équipe ont estimé que le besoin de cultiver la bienveillance envers soi-même et les autres devait être central dans le traitement. Des aspects de bienveillance se retrouvent ainsi dans plusieurs des instructions de méditation.

¹ Nous utilisons l'abréviation anglophone MBI (Mindfulness-based interventions) qui fait référence dans ce domaine.

L'impact positif du programme MBRP a été démontré par Bowen et ses collègues (2009). Cette étude a mis en évidence non seulement la grande accessibilité et la faisabilité du programme auprès des personnes présentant une addiction, mais aussi son efficacité.

CONCLUSION

Des recherches de plus en plus nombreuses montrent que l'application des MBI auprès des personnes présentant une addiction les aide à changer durablement leur comportement problématique. Malgré ces premiers résultats encourageants, il n'y a pas encore de modèle explicatif définitif qui permette de comprendre en quoi l'application des MBI les aide. Heeren & Philippot (2010) relèvent que la méditation par la pleine conscience limite la tendance de l'individu à ne pas vouloir rester en contact avec des pensées et des expériences déplaisantes (*experiential avoidance*) - dont on a pu montrer ailleurs qu'elle jouait un rôle dans les addictions -, en promouvant d'une part une acceptation non jugeante des pensées, moment après moment et en limitant d'autre part la tendance à y répondre par des comportements inadaptés, comme l'usage de substances. Les travaux de l'équipe de Marlatt ont par ailleurs suggéré que la pratique de la méditation par la pleine conscience diminuait l'impact des envies irrépressibles de consommer induite par des lieux, personnes ou objets précédemment liés à des épisodes de consommation (*craving*) parce que les individus apprennent à ne plus y réagir automatiquement mais à y répondre en toute conscience. Aujourd'hui, il semble donc que l'intégration des MBI auprès de personnes souffrant de troubles addictifs soit prometteuse et mérite que l'on s'y intéresse. Par ailleurs, du fait qu'elles soient non stigmatisantes et ne proposent l'abstinence ni comme un préalable ni comme un objectif exclusif, les MBI peuvent intéresser de nombreux individus quel que soit leur stade de motivation. Enfin, la plupart des études indiquent que les participants aux MBI rapportent un degré de satisfaction élevé quant à leur participation à un tel programme et aux bienfaits qu'ils en retirent, et relèvent à plusieurs reprises que ces programmes n'ont aucun effet secondaire potentiellement négatif.

Last but not least, les MBI semblent non seulement bénéfiques aux patients souffrant d'une addiction, mais également à leurs thérapeutes puisque des résultats préliminaires suggèrent qu'elles favorisent la prévention du burn-out chez les professionnels travaillant dans le domaine des addictions (Vilardaga et al., 2011).

Courriels :

Valerie.Rossier@chuv.ch

Daniela.Dunker-Scheuner@chuv.ch

Bibliographie :

Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2013). Addictions : prévention de la rechute basée sur la pleine conscience: un guide clinique. Bruxelles : De Boeck, (original publié en anglais en 2011).

Bowen, S., Chawla, N., Collins, S., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., Clifasefi, S., Garner, M., Douglass, A., Larimer, M., & Marlatt, A. (2009). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Pilot Efficacy Trial. *Substance Abuse*, 30, 205-305.

Heeren, A., Philippot, P. (2010). Les interventions basées sur la pleine conscience : une revue conceptuelle et empirique. *Revue québécoise de psychologie*, 31(3): 37-61.

Kabat-Zinn, J. (2009) Au coeur de la tourmente, la pleine conscience. Bruxelles : De Boeck, (original publié en anglais en 1990).

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry*, 4:33-47.

Marlatt, G.A. & Donovan, D.M. (2008). Prévention de la rechute : Stratégies de maintien en thérapie des conduites addictives. Genève : Médecine & Hygiène (original publié en anglais en 2007 pour la 2^{ème} édition, et en 1985 pour la 1^{ère} édition).

Skaravi S, Laqueille X, Aubin HJ. (2011). Intervention basée sur la pleine conscience en addictologie. *L'Encéphale*, 37(5), p.379-387.

Vilardaga R, Luoma, JB, Hayes, SC et al. (2011). Burnout among the addiction counseling workforce : the differential roles of mindfulness and values-based processes and work-site factors. *J Subst Abuse Treat*; 40:323-335.

50 ANS

Depuis 1964, le GREA s'investit pour valoriser les pratiques des professionnels et mettre en lumière leurs positions dans la société et au niveau politique.

Pour fêter dignement ce cinquantenaire, le GREA organise plusieurs manifestations en Suisse romande et invite ses membres et partenaires à venir les partager.

Parmi ces événements, le GREA vous propose un colloque scientifique en partenariat avec Première Ligne qui fête ses 10 ans, le Forum addictions à Genève et la Fédération Addiction (F).

COLLOQUE

ADDICTIONS ET SOCIÉTÉ : QUELS REGARDS, QUELS ENJEUX ?

La complexité des phénomènes d'addiction dans nos sociétés demande une lecture pluridisciplinaire et transversale de notre réalité. Ces dernières années, ce sont les recherches cliniques qui ont eu le plus de visibilité, laissant un peu dans l'ombre les autres disciplines, notamment celles issues des sciences sociales, comme l'économie, le droit, la sociologie ou l'anthropologie.

Le GREA propose de mettre à l'honneur les contributions issues de ces champs de recherche dans un colloque international de deux jours répartis en 4 thématiques : « Le risque », « La construction identitaire », « L'espace public, l'espace privé » et « Marché et politiques publiques ».

LIEU : Genève, Uptown Geneva

DATES : Mercredi 12 et jeudi 13 novembre 2014

FESTIVAL DE FILMS GRE'art

La raison et l'approche scientifique sont une manière d'appréhender la réalité. La démarche artistique en est une autre. Elle nous permet de prendre de la distance et renouveler nos questionnements sur les addictions. Elle peut surtout faire office de pont vers la société et nous offrir l'occasion de réfléchir et parler ensemble d'addictions ouvertement.

Le GREA lors de ses 50 ans lance le projet GRE'art qui vise à fédérer les énergies en la matière. Un festival de films dans les villes de Suisse romande en sera sa première expression et, en marge des projections, des événements seront proposés avec nos partenaires cantonaux. La programmation exacte sera disponible sur le site du GREA avant l'été.

LIEU : Cinémas dans les cantons romands

DATES : Septembre - Novembre 2014

FESTIVAL

PSYCHOTHÉRAPIE ET MÉDICATION PSYCHOTROPE : QU'EST-CE QUI FAIT QUE NOUS NE SOMMES PAS DES DEALERS ?

George M. Riesen, cabinet de psychiatrie psychothérapie spécialisé en addiction, superviseur DAS en TCC

La prescription de psychotropes dans le cadre d'un suivi thérapeutique d'un patient au prise avec une problématique addictive soulève de nombreuses questions. Qu'est-ce qui distingue un psychiatre prescripteur d'un marchand de rue vendant des produits similaires ? Comment accueillir des demandes de prescriptions de psychotropes forts sans risquer le lien thérapeutique ni la santé du patient ? Cet article investigate les risques mais aussi l'alternative thérapeutique qu'offre la prescription de produits psychotropes (réd.)

Est-ce qu'il y a une différence entre les prises en charge psychothérapeutiques des individus avec ou sans comportement addictif, lorsque s'ajoute pour certaines une prescription médicale de psychotrope ? Comment faut-il faire avec les patients qui sont déstructurés ou, mieux dit, structurés uniquement par leur addiction, centrés autour d'une substance ou d'un comportement addictif, avec des capacités cognitives réduites ou altérées ? Et s'il faut inclure des éventuels diagnostics psychiatriques comme des troubles de personnalité masqués par ces mêmes substances ou comportements addictifs, comment le faire ?

L'individu atteint de troubles issus de comportement addictif **espère généralement d'un médicament un effet rapide** (dans les minutes à venir) combiné avec un soulagement palpable donc efficace.

En plus, ces patients ont majoritairement des connaissances imprégnées des effets secondaires possibles, souhaités ou indésirables. Attendre plusieurs semaines sur un petit effet positif comme c'est courant pour un traitement antidépresseur présente souvent un effort trop important pour quelqu'un qui s'est habitué à chercher un effet puissant dans l'immédiat. La situation est semblable même pour un comportement addictif sans substances.

On doit alors s'attendre à des demandes de prescriptions de psychotropes forts, déposées par ces mêmes patients, malgré une psychothérapie en route. Comment faut-il les aborder et pourquoi risquer le lien thérapeutique ? Qu'est-ce qui distingue un système médicalisé, dans un contexte de psychothérapie incluant des prescriptions de psychotropes, d'un marchand de rue vendant des produits similaires ? En effet, pour bon nombre de substances, les possibilités de prescriptions se chevauchent : elles se trouvent aussi au marché noir ou elles sont accessibles via des commandes sur internet. Des stimulants, des opiacés, des benzodiazépines - et leurs molécules apparentées dites somnifères - aux substances Z, des calmants jusqu'aux neuroleptiques, **ce ne sont pas les substances en soit qui vont faire la différence.**

Donnons une chance à nos patients de trouver des alternatives

Pour pouvoir comprendre les démarches de ces patients : **une connaissance et une conscience des conditions d'utilisation des substances prescrites**, potentiellement addictives (donc avec un effet psychotrope), leur abus ou leur mésusage (sniffer, injecter), leur prise décalée au moment de la journée, « mal adaptée » (somnifère le matin) ou avec des dosages « inhabituels », sont utiles, voire nécessaires.

Les fondements du contact, de la compréhension et des interactions thérapeutiques découlent d'une vérité plutôt banale, mais souvent pas si facile à se remémorer pour nous, les professionnels de la santé : c'est la perpétuelle considération et reconsidération que, **avec son comportement (addictif), aussi aberrant qu'il puisse nous sembler, l'individu face à nous répète de tentatives de se tenir en équilibre**, et même les seules raisonnablement faisables de son point de vue ...

Donc, en intégrant ceci, on doit postuler que ce n'est pas la prise de substances, soit médicalement prescrites ou pas, qui vient déranger une psychothérapie, mais **les questions mal adaptées concernant son équilibre actuel, qui dérangent les suites de la relation psychothérapeutique** pour l'individu atteint d'un comportement addictif...

En ayant cela en perspective, finalement, **le mot magique, c'est le planning d'un changement avec des gradations à longue - pour le dire - à très longue échelle temporelle.** En restant proche du patient, pour choisir et l'accompagner avec un traitement adapté progressivement à ses moyens, évoqués et stimulés. Pour le suivre selon ses pas avec une attention bienveillante, une attitude d'entretien motivationnel thérapeutique.

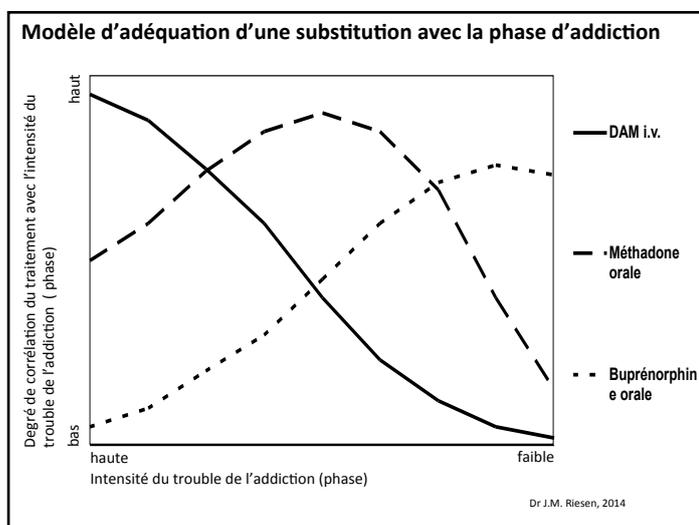
C'est à nous, thérapeutes, de veiller que la proposition faite au patient, de s'imaginer une alternative est suffisamment adaptée pour qu'il arrive à saisir la perche qu'on lui tend. Donc veiller, avec notre attitude, à vraiment suivre ses possibilités, à croire en lui, à pouvoir élargir ses comportements de façon à ce qu'il puisse faire, à un moment donné, avec une autre substance - souvent encore addictive mais aussi éventuellement moins addictive - différente, qui offre vraiment des options, même si ce n'est qu'au microcosme des possibilités du patient.

Reprenons ces aspects avec deux exemples concrets de traitement :

Il est crucial pour le patient concerné par une addiction aux opiacés que le prescripteur et le thérapeute prennent en considération l'adéquation du traitement de substitution avec la phase ou situation respective du patient. **Fort heureusement, il existe différentes molécules à choix** pour non seulement trouver le bon matching au moment de la consultation actuelle, mais aussi pour pouvoir développer une perspective de traitement qui ouvre également sur un développement du patient dans son parcours psychothérapeutique. (voir graphique 1 : modèle d'adéquation d'une substitution avec la phase d'addiction)

Bien qu'avoir un accès tout court à une possibilité de traitement peut réduire les risques (harm reduction), ceci ne débouche guère automatiquement sur la perspective d'un développement ultérieur, raison pour laquelle **les différentes options de traitement et leurs connaissances, les possibilités d'actualisations du progrès (ou recul) éventuel du patient sont si importantes** pour pouvoir maintenir la motivation d'un travail psychothérapeutique.

1. les différentes substances des traitements de substitution d'opiacés peuvent offrir des possibilités de gradation variées selon les étapes du développement :

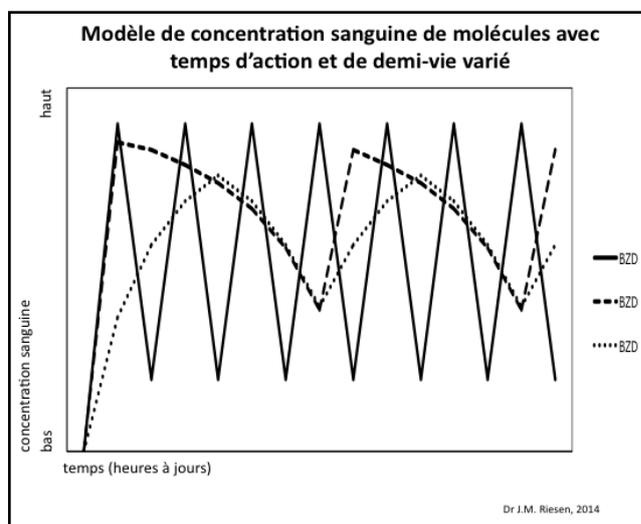


Voyons en deuxième exemple les possibilités avec les benzodiazépines :

Il est connu que des benzodiazépines, très variées, sont prescrites et utilisées pour calmer toutes sortes de troubles, néanmoins ces molécules sont scientifiquement plutôt mal investiguées. Ici, il ne s'agit pas d'ajouter des recommandations d'indication. En travaillant en thérapie avec les patients on découvre une autre réalité de ces molécules qui est si importante pour la psychothérapie : **ces médicaments ont une variété de caractéristiques**, déjà au niveau de la biodisponibilité qui a directement une influence sur leurs effets psychotropes (voir graphisme 2 : modèle de concentration sanguine avec temps d'action et demi vie selon molécules).

Ceci pris en compte, **la perspective s'ouvre sur un outil de gradation d'effet individualisé**, fait sur mesure: les possibilités d'actualisations du progrès du patient sont ainsi réalisables et, avec ceci, la motivation pour un travail psychothérapeutique peut être maintenue ! Chaque différence d'un traitement à l'autre donne au patient et au thérapeute la possibilité de se mettre dans une perspective de temps et de développement, sur laquelle il est possible de continuer à travailler.

2. après les prises de substances : un changement plus vite en hausse indique souvent un effet psychotrope recherché plus fort, et un changement plus vite en baisse un effet de manque plus fort.



Donc le questionnement du prescripteur avec les patients souffrant d'une addiction ne peut pas s'arrêter au moment de l'installation d'un traitement et de son bon fonctionnement, même si - surtout aussi pour des raisons législatives pour certaines substances - cela a été ou est crucialement important d'avoir légalement un traitement (de substitution) à disposition. La réalité de ces patients fait que **les substances même deviennent un outil de travail en psychothérapie pour ajuster les alternatives au comportement addictif**. Cette réalité est longue, visqueuse, mais pas interchangeable.

Pensons à la métaphore d'un glacier qui semble si rigide mais qui coule et change considérablement avec le temps... Ceci doit aussi se représenter dans la prescription de substances psychoactives aux individus atteints d'addiction, pour éviter qu'un autre destin soit mis au placard.

Veillons alors qu'avec le suivi thérapeutique, en combinaison avec le traitement, nos patients ne se trouvent pas dans la situation correspondant au client idéal du dealer : un consommateur maximal, régulier, à long terme, sans dérapage, sans diminution, donc sans perspective de changement pour s'insérer dans la vie. **Donnons une chance à nos patients de trouver des alternatives.**

En conclusion, voici quelques pistes à suivre en thérapie avec un individu sous médication psychotrope en phase de consommation :

- Etablir une motivation de prise de conscience de la situation, en collaboration avec le patient
- Inclure la situation d'addiction en détails dans l'analyse fonctionnelle du patient pour pouvoir développer une vision à long terme avec un cadre défini en incluant les possibilités institutionnelles et locales
- Comme responsable pour la thérapie, collaborer étroitement avec les prescripteurs pour anticiper et participer aux gradations possibles.
- Comme prescripteur, jouer avec des variantes de molécules, leurs possibilités pharmacodynamiques et galéniques et, comme thérapeute, inclure ces étapes intermédiaires pharmacologiques en thérapie.
- Se méfier aussi - contrairement aux traitements d'autres troubles psychiatriques généraux - des traitements stables, qui ont l'air de bien fonctionner.

Courriel :
therapie@artequarium.com



ADDICTION | SUISSE

Cours de formation continue pour formateurs («Train the trainer») sur le thème des enfants de parents dépendants

Un cours pour les professionnel-le-s (santé, social) souhaitant sensibiliser d'autres groupes d'intervenant-e-s proches de l'enfance

Contexte :

Les enfants de parents dépendants (alcool, drogues, etc.) ont un risque élevé de devenir dépendants eux-mêmes ou d'être sujets à d'autres troubles psychiques tels que l'anxiété ou la dépression. Il est donc important que la prévention des addictions s'adresse à ce groupe cible. En effet, s'il a été démontré que l'avenir de ces enfants pouvait être influencé positivement par des actions d'aide et de soutien.

Pour pouvoir atteindre le plus grand nombre de personnes concernées, il est indispensable de sensibiliser à vaste échelle les différents métiers en contact avec les enfants et/ou leurs parents (par ex. éducatrices, pédiatres, assistants sociaux en milieu scolaire, services de la jeunesse, enseignants, services juridiques etc.).

Objectif :

Le cours donne aux multiplicatrices et multiplicateurs des outils pour organiser eux-mêmes des formations et des conférences de sensibilisation dans leur région à l'intention des professionnel-le-s proches des enfants et des jeunes. Des possibilités d'action pragmatiques sont présentées et des solutions élaborées en commun.

Modules du cours (nombreux exercices pratiques):

- Introduction à la thématique
- Connaissances de base sur les addictions
- Situation du parent dépendant
- Situation des enfants de parents dépendants
- Le rôle des professionnel-le-s du dispositif d'aide
- Aspects juridiques
- Evaluation et réflexion

Public cible :

Professionnel-le-s de la prévention des addictions, services de consultation et institutions thérapeutiques spécialisées dans les addictions

Organisation :

Dates : 12 et 13 juin 2014

Lieu : Addiction Suisse, Av. Ruchonnet 14, 1001 Lausanne

Coûts : 250.- matériel inclus, repas de midi non compris

Inscription : mforel@addictionsuisse.ch , 021 321 29 89

Nombre de places limité !

LES HALLUCINOGENÈS DANS LA THÉRAPIE DES ADDICTIONS

Dr. med. Robert Hämmig, Leitender Arzt Schwerpunkt Sucht, Universitätsklinik für Psychiatrie & Psychotherapie, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern et président de la Société Suisse de Médecine de l'Addiction

Les addictions aux drogues sont encore aujourd'hui des maladies difficiles à soigner. Cet article retrace à travers l'histoire, les différentes utilisations thérapeutiques et rituelles de plusieurs substances hallucinogènes (LSD, ibogaïne, mescaline, etc.), pour traiter les addictions. Il revient sur les résultats obtenus sous fond de controverses et d'interdictions. (réd.)

Entre la fin des années 50 et le début des années 70, le LSD a été utilisé en différents lieux dans le cadre de thérapies pour traiter les addictions. Les études observationnelles menées à cette époque ont révélé des résultats quelque peu contradictoires, certains chercheurs ne trouvant aucun effet positif alors que d'autres rapportaient des taux de rechute plus faibles après utilisation du LSD. Ces études ne correspondaient cependant pas du tout aux standards actuels puisqu'ils ne comportaient généralement pas de groupe de contrôle et, lorsque cela était le cas, il n'y avait pas de randomisation. Il existait aussi deux approches pour la prescription de LSD. La première était la méthode psycholytique qui consistait à prescrire de faibles doses lors de multiples séances pour soutenir le processus psychothérapeutique (Leuner 1981). Quant à la deuxième, la méthode psychédélique, elle consistait à prescrire des doses plus importantes seulement lors de quelques séances, afin de déclencher des expériences mystiques et une catharsis (Grof 1980). Ces deux méthodes ont été utilisées dans la plupart des études avec des alcooliques. Des usagers de drogues dépendants ont cependant aussi été traités avec succès dans l'une des dernières études, avec des taux d'abstinence significativement plus élevés chez les personnes traitées (25%) que dans le groupe contrôle (5%) (Savage et McCabe 1973). Quelques autres études éparses ont examiné le recours à d'autres hallucinogènes (psilocybine, mescaline, dimethyltryptamine) (Hämmig 2008).

En 1966, les autorités américaines ont classé le LSD sur la liste 1 de la loi sur les stupéfiants (Controlled Substances Act). Selon cette loi, les substances appartenant à la liste 1 possèdent les caractéristiques suivantes :

1. Un haut potentiel pour créer une dépendance
2. Aucun usage médical efficace
3. Un niveau de sécurité trop faible pour une prescription médicale.

Le LSD n'a pourtant pas réellement de potentiel pour créer une dépendance et on ne rencontre pas de personnes dépendantes à cette substance dans les services d'aide et de traitement. Il a donc fallu définir le risque et l'abus différemment pour justifier l'interdiction. Le LSD a alors été défini comme une substance associée à une contre-culture « dangereuse » dont le projet de transformation risquait d'affecter la société dans son ensemble. Les promoteurs les plus connus de l'usage de LSD étaient alors des individus comme Ken Kesey (l'auteur de « Vol au-dessus d'un nid de coucou »), les Merry Pranksters avec leurs fêtes « Acid Tests », mais aussi et surtout Timothy Leary, professeur de psychologie à l'université d'Harvard. Son credo « Turn on, tune in, drop out » (« Viens, mets-toi dans le coup, décroche ») a conduit le Président Richard Nixon à le considérer comme l'homme le plus dangereux des Etats-Unis. Fuyant les autorités américaines, Leary a aussi résidé quelques temps à Gümligen près de Berne.

Au moment de l'interdiction de l'utilisation du LSD, aucune méthode de traitement standardisée n'avait encore été établie, même s'il était déjà clair que le LSD, comme la plupart des autres hallucinogènes, était une substance sûre ne provoquant des effets indésirables que chez les personnes

prédisposées à des psychoses. Quant à la recherche sur ces substances, elle a évidemment été interrompue à ce moment-là en raison de l'interdiction et du contexte sociétal anti-drogues.

L'année 1966 marque aussi l'arrêt des recherches de la CIA sur le LSD comme arme chimique de combat. L'une de ces recherches, qui portait sur l'introduction de LSD dans le réseau public d'eau potable, a conduit à



Photo: SXC.hu

faire consommer à des sujets naïfs des boissons contenant du LSD. Le cas de l'un d'entre eux a fait un certain bruit : après l'une de ces ivresses involontaires au LSD, Olsen, un vétéran de la guerre de Corée et collaborateur de la CIA, s'est suicidé en sautant par la fenêtre fermée de son hôtel. C'est en raison des difficultés à contrôler les effets du LSD pour une utilisation militaire que les essais ont finalement été abandonnés par la CIA (Richelson 2011).

En 1962, un polytoxicomane dépendant à l'héroïne, Howard Lotsof, constatait qu'après avoir consommé de l'ibogaïne les symptômes de sevrage de l'héroïne ainsi que le « craving » pour l'héroïne et la cocaïne, dont il était dépendant,

...une première étude menée en Suisse, ..., sur l'indication thérapeutique du LSD pour les crises d'angoisse chez des patients en phase terminale a pu être conclue avec des effets positifs...

avaient disparu. Il fit alors enregistrer l'ibogaïne comme « Endabuse », mais les études nécessaires à son enregistrement comme médicament n'étaient pas possibles en raison du classement de l'ibogaïne sur la liste 1. Cela conduisit Lotsof à créer des contacts avec des experts suisses et, selon des sources non confirmées, quelques sevrages de l'héroïne furent réalisés, apparemment avec un succès très limité. A ce moment-là, une étude clinique n'était pas non plus envisageable en Suisse car l'ibogaïne était enregistrée sur la liste des stupéfiants et il n'était donc pas possible d'obtenir l'autorisation requise de la Confédération. Ailleurs, la professeure de neurologie Deborah Mash de l'université de Miami s'est intéressée à cette substance, mais en étant convaincue que c'était la Nor-ibogaïne et non l'ibogaïne qui était responsable de l'action anti-craving (Mash et al. 2000). Elle fit donc enregistrer cette substance, ce qui a provoqué une dispute de brevets avec Lotsof. Elle a ensuite ouvert une clinique des addictions à St Kitts, une île des Caraïbes, où l'ibogaïne fut administrée aux personnes dépendantes dans le cadre d'un programme de recherche. Après plus de dix ans la communauté scientifique attend toujours les résultats de ces recherches. Deborah Mash conseillait à ses patients de faire un suivi post-sevrage holistique prolongé après le traitement à St Kitts, contrairement à l'idée initiale de Lotsof, pour qui un traitement unique avec de l'ibogaïne devait suffire. Il est difficile de savoir si la clinique à St Kitts, la seule où des thérapies à l'ibogaïne ont été proposées légalement, existe toujours. Sur internet on trouve cependant des offres de thérapies avec de l'ibogaïne sur tous les continents.

A Saint-Petersbourg, l'équipe autour d'Evgeni Krupitsky a conduit des études sur le traitement d'alcooliques et d'héroïnomanes avec l'anesthésique kétamine ; celui-ci a des

effets psychédéliques après absorption d'un sixième, voire d'un dixième des doses nécessaires pour l'anesthésie. Ces états psychédéliques ont eu un effet positif sur les processus de dépendance, en prolongeant considérablement le délai avant une rechute. (Krupitsky et al. 2002; Krupitsky et al. 2000; Krupitsky et Grinenko 1997). Le groupe de recherche a aussi pu démontrer que deux applications successives conduisent à de meilleurs résultats qu'une seule (Krupitsky et al. 2007). Malheureusement, ces recherches ont été interrompues par les autorités.

Actuellement, en Russie, il ne reste que Mihail Zobin qui réalise des thérapies incluant des hallucinogènes. (Hämmig, 2006). Néanmoins, pour prévenir une interdiction par les autorités, Zobin ne veut pas révéler de quel hallucinogène il s'agit.

Depuis quelques années, des formations religieuses syncrétiques, qui utilisent des hallucinogènes dans le cadre de leurs rites, ont été indirectement utiles pour le domaine des addictions. La « native church of America » a reçu l'autorisation officielle des autorités américaines de consommer le cactus du peyotl, qui contient de la mescaline, dans le cadre du sacrement. On a aussi pu observer que l'attachement à cette église, qui fait revivre les traditions indigènes et renforce les réseaux sociaux, constitue une aide pour surmonter la dépendance à l'alcool ou aux drogues (Garrity 2000). Des observations similaires ont été faites pour des églises brésiliennes où, dans le cadre des rites, on consomme de l'ayahuasca, une décoction de plantes contenant de l'harmaline et de la diméthyltryptamine. Les plus vieilles de ces églises sont « Santo Daime » et « União do Vegetal », dont il existe différentes branches (Labate et Mac Rae 2010) et qui se sont développées à l'échelle mondiale. Aux Etats-Unis, elles ont depuis 2006 l'autorisation officielle d'utiliser l'ayahuasca, malgré l'interdiction de la diméthyltryptamine. Les antennes suisses de ces églises réalisent ces rituels, par contre, dans la clandestinité.

De véritables thérapies des addictions recourant à l'ayahuasca existent aujourd'hui au Pérou, au Brésil, en Equateur, en Colombie, en Argentine et au Mexique (Loizaga-Velder et Verres 2014). En outre, il existe un projet avec les « Représentants des Premières Nations » au Canada (Thomas et al. 2013). Le projet le plus connu est Takiwasi au Pérou qui est conduit par le psychiatre français Jacques Mabit. Il a développé un programme qui comporte des éléments psychoanalytiques tirés de la psychiatrie occidentale combinés à des éléments de soins traditionnels indigènes (Mabit 2007). Ce programme semble pouvoir déclencher des processus neurobiologiques et psychologiques pouvant conduire à surmonter une addiction (Loizaga-Velder et Verres 2014).

Mabit a été fortement critiqué dans son pays mais il a été acquitté suite aux accusations de sorcellerie et de sectarisme portées contre lui.

Les addictions appartiennent encore aujourd'hui à la catégorie des maladies qui sont difficiles à soigner. L'addiction aux drogues en particulier semble être fortement corrélée à des traumatismes psychiques (Dark 2011). Ceux-ci font le plus souvent l'objet de processus thérapeutiques à long terme, dans lesquels les hallucinogènes peuvent apporter un soutien (Thesenga 2012). Aux USA, le nombre important de vétérans de la guerre qui souffrent des troubles de stress post traumatique, qui ne se laissent guère traiter avec les méthodes thérapeutiques classiques, ouvre désormais une nouvelle porte pour la recherche sur des traitements thérapeutiques avec des substances interdites. Il est à espérer qu'un tel élan se retrouve aussi bientôt dans la recherche en médecine des addictions recourant à des hallucinogènes. D'ailleurs, une première étude menée en Suisse, suivant les standards actuels de la recherche, sur l'indication thérapeutique du LSD pour les crises d'angoisse chez des patients en phase terminale a pu être conclue avec des effets positifs (Gasser et al. 2014).

Courriel :

robert.haemmig@spk.unibe.ch

Traduction :

Frank Zobel, Corine Kibora

Bibliographie :

Darke S. The Life of the Heroin User: Typical Beginnings, Trajectories and Outcomes. Cambridge University Press, (International Research Monographs in Addictions (IRMA)), New York, 2011.

Garrity JF. Jesus, peyote, and the holy people: alcohol abuse and the ethos of power in Navajo healing. *Med Anthropol Q.* 2000; 14(4): 521-542.

Gasser P, Holstein D, Michel Y, Doblin R, Yazar-Klosinski B, Passie T, Brenneisen R. Safety and Efficacy of Lysergic Acid Diethylamide-Assisted Psychotherapy for Anxiety Associated With Life-threatening Diseases. *J Nerv Ment Dis.* 2014.

Grof S. LSD psychotherapy. Hunter House Inc., Pomona, CA, 1980.

Hämmig R. Die «Transmodulationsblockade» oder «Zobin-Methode». *Schweizerische Ärztezeitung.* 2006; 87(18): 788-790.

Hämmig R. Psychedelika-gestützte Suchttherapien. In: Jungaberle H, Gasser P, Weinhold J, Verres R, Hrsg. Therapie mit psychoaktiven Substanzen. Praxis und Kritik der Psychotherapie mit LSD, Psilocybin und MDMA. Verlag Hans Huber, Bern, 2008; 223-235.

Krupitsky E, Burakov A, Romanova T, Dunaevsky I, Strassman R, Grinenko A. Ketamine psychotherapy for heroin addiction: immediate effects and two-year follow-up. *J Subst Abuse Treat.* 2002; 23(4): 273-283.

Krupitsky EM, Burakov AM, Dunaevsky IV, Romanova TN, Slavina TY, Grinenko AY. Single versus repeated sessions

of ketamine-assisted psychotherapy for people with heroin dependence. *J Psychoactive Drugs.* 2007; 39(1): 13-19.

Krupitsky EM, Burakov AM, Romanova TN, Grinenko AY, Strassman RJ. Ketamine assisted psychotherapy (KPT) of heroin addiction: Immediate effects and six months follow-up. *MAPS.* 2000; 9(4): 21-26.

Krupitsky EM, Grinenko AY. Ketamine psychedelic therapy (KPT): a review of the results of ten years of research. *J Psychoactive Drugs.* 1997; 29(2): 165-183.

Labate BC, MacRae E. Ayahuasca, Ritual, and Religion in Brazil. Equinox, London, 2010.

Leuner H. Halluzinogene: Psychische Grenzzustände in Forschung und Psychotherapie. Verlag Hans Huber, Bern, 1981.

Loizaga-Velder A, Verres R. Therapeutic Effects of Ritual Ayahuasca Use in the Treatment of Substance Dependence - Qualitative Results. *J Psychoactive Drug.* 2014; 46(1): 63-72.

Mabit J. Ayahuasca in the treatment of addictions. In: Winkelmann MJ, Roberts TB, Hrsg. Psychedelic Medicine: New Evidence for Hallucinogenic Substances as Treatments. Volume 2. Praeger Perspectives, Westport, CT, 2007; 87-105.

Mash DC, Kovera CA, Pablo J, Tyndale RF, Ervin FD, Williams IC, Singleton EG, Mayor M. Ibogaine: complex pharmacokinetics, concerns for safety, and preliminary efficacy measures. *Ann N Y Acad Sci.* 2000; 914: 394-401.

Richelson JT. The Wizards of Langley. Inside the CIA's Directorate of Science and Technology. Westview Press, Boulder, CO, 2001.

Savage C, McCabe OL. Residential psychedelic (LSD) therapy for the narcotic addict. A controlled study. *Arch Gen Psychiatry.* 1973; 28(6): 808-814.

Thesenga S. Love unbroken. From addiction to redemption. Being and Awakening, LLC, Charlottesville, VA, 2012.

Thomas G, Lucas P, Capler NR, Tupper KW, Martin G. Ayahuasca-assisted therapy for addiction: results from a preliminary observational study in Canada. *Curr Drug Abuse Rev.* 2013; 6(1): 30-42.

IMPRESSUM

Adresse des éditeurs

Addiction Suisse
Ruchonnet 14, CP 870, 1001 Lausanne

Groupement romand d'études des addictions GREA
Rue Saint-Pierre 3, CP 6319, 1002 Lausanne

Rédaction :

Corine Kibora, Addiction Suisse
Jean-Félix Savary, GREA

Comité de rédaction :

Pierre-Yves Aubert
directeur adjoint Service Santé de la Jeunesse (DIP) Genève
Barbara Broers
médecin, Service de médecine de premier recours, HUG, Genève
Etienne Maffli
psychologue, Lausanne
Renaud Stachel
responsable pédagogique, Lausanne
Ann Tharin
adjointe scientifique, EESP, Lausanne
Frank Zobel
adjoint de direction, Addiction Suisse

Administration et abonnements :

Claude Saunier
Addiction Suisse
CP 870
1001 Lausanne
tél. 021 321 29 85
fax 021 321 20 40
csaunier@addictionsuisse.ch

Parution

3 fois par an

Abonnement

Suisse : Fr. 45.- par an
Etranger : Fr. 57.- par an

Les articles signés n'engagent que leur auteur.

La reproduction des textes est autorisée sous réserve de la mention de leur provenance et de l'envoi d'un justificatif à la rédaction

Photos

Istockphoto

Ligne graphique

SDJ.DESIGN
Sabine de Jonckheere

ISSN 1422-3368

