

## L'ADDICTION EST UNE EXPÉRIENCE

### pour une redéfinition actualisée du soin en addictologie

Docteur Alain Morel  
Psychiatre, Directeur général de l'Association Oppedia

Il n'est pas nécessaire de développer ici les raisons pour lesquelles nous disons que l'expérience en tant que ce qui est vécu, observable, éprouvé, parlé par le sujet et relié à son histoire, constitue la « porte d'entrée » la plus fondamentale dans la compréhension des addictions. Les cliniciens comprennent et partagent souvent une telle position. Plus important est d'en tirer toutes les conséquences, ici dans le domaine thérapeutique, mais également dans les domaines préventifs, éducationnels et politiques, comme nous essayons de le développer avec Jean Pierre Couteron (1).

Préalablement, il faut souligner une chose primordiale : les addictions (avec ce que cette notion comporte d'imprécision) ne sont pas des phénomènes qui trouvent leur sens et leur explication seulement dans l'interaction psyché et soma, aussi utile soit-il de s'y intéresser, mais d'abord dans ce qu'imprime la société dite « hyper moderne » au cœur du rapport entre les individus qui y vivent et, pour beaucoup, qui essaient d'y survivre.

Le cadre de cet article ne permet pas d'approfondir en quoi la société dans laquelle nous vivons est addictogène. Pourtant elle l'est bien. Du fait de ce qu'elle exige des individus, de ce qu'elle distord les liens et les attachements inter humains, du fait de ce qu'elle surstimule et engage chacun dans une temporalité nouvelle où la vitesse et l'immédiateté influent sur nos désirs et nos rapports de consommation avec les objets de satisfaction, du fait des grandes difficultés collectives que cette société génère pour réguler certains comportements (les consommations de substances chimiques, mais aussi l'alimentation, l'agressivité, l'argent, etc). La spirale autodestructrice de l'addiction portée à son paroxysme est la même que celle dans laquelle l'humanité risque sa survie aujourd'hui. Pour autant, cette même modernité nous donne des clés et des ressources pour trouver des alternatives à ce sombre destin. Ne laissons jamais ce champ social et sociétal de côté, il est consubstantiel à notre sujet, donc à la définition même de nos actions.

Pour tirer quelque chose de ces considérations sur notre monde, il faut s'attacher à traduire comment ce monde détermine ou influe des conduites individuelles, et comment cela peut être intégré dans le traitement des addictions.

Pour cela, il me semble important de revenir à la notion d'expérience et d'en décortiquer les deux versants schématiquement distingués entre l'expérience psychocorporelle d'une part, celle qui a fait l'objet de beaucoup de travaux en psychologie clinique, celle où se joue l'histoire du sujet, et d'autre part l'expérience psychosociale, celle où s'imprime précisément la culture et les influences sociales.

*L'expérience psychosociale* des psychotropes est attachée en particulier à un mode de vie. C'est-à-dire un mode d'être et de penser de la personne qui se définit dans un groupe, une communauté ou une autre forme de collectivité. Dans le quotidien de l'individu, le mode de vie articule ses relations sociales, ses habitus, ses modes de consommation, avec ses valeurs et sa façon de voir le monde.

Adopter un mode de vie, quel qu'il soit, suppose l'adoption de comportements et d'attitudes, pour certains selon des choix conscients et pour d'autres pas.

La consommation de substance psychoactive, au cœur des interactions entre individu et société, est l'une des composantes des attitudes et des comportements qui définissent le mode de vie d'une personne. Ainsi, par exemple, l'abstinence totale ou la polyconsommation de « défonce » s'inscrivent l'un et l'autre dans des modes d'être au monde et dans des styles de vie très différents.

Si les progrès scientifiques permettent de mieux appréhender les perturbations biologiques suscitées par les drogues, l'expérience addictive ne se réduit pas à ces seuls éléments. Cette expérience vécue est bien plus qu'un effet biologique, qu'une perte de contrôle, bien autre chose qu'une « maladie du cerveau ». Entre plaisir et souffrance, c'est une expérience de vie qui comporte des facteurs d'apparition, des prémices, des étapes, une évolution, des contraintes de répétition mais aussi une ouverture sur des changements possibles. Lorsque cette expérience devient souffrance, il arrive que le sujet, l'usager, ne parvienne pas à opérer les changements qu'il souhaiterait. Dans ce cas l'intervention thérapeutique est légitime et nécessaire. Et ce qui peut alors être thérapeutique est un ensemble d'interventions permettant de *créer puis de consolider les conditions du*

*changement* de cette expérience. Cet ensemble d'interventions soignantes repose sur des principes, sur la construction d'un agencement de leurs différentes modalités, et, plus globalement, sur une redéfinition des soins en terme d'accompagnement.

## **Principes généraux et cadres de l'intervention thérapeutique**

En même temps qu'elle évolue entre plaisir et souffrance, la conduite addictive s'insère dans un ensemble de comportements qui participent de l'établissement d'un rapport au monde. Elle s'enracine ainsi aussi profondément dans un mode de vie que dans la biologie du cerveau. C'est pourquoi, s'en dégager peut représenter une véritable transformation identitaire, parfois extrêmement difficile à réaliser. Ce changement va exiger du sujet une véritable dé-construction de son expérience antérieure et sa relecture, en termes de rapport coûts/avantages et en termes de sens. Le changement peut passer par le sevrage et l'abstinence ou se limiter à la recherche d'auto-contrôles pour une meilleure « gestion » de la consommation. L'une ou l'autre voie constitue peu ou prou, une redéfinition du mode de vie et du projet de vie. L'une n'a pas plus de "valeur" intrinsèque que l'autre.

### Quelles sont les conditions nécessaires à un tel changement ?

Un tel processus n'a rien de linéaire et se structure sur une série d'étapes. Le psychosociologue Suisse Marc Henry Soulet en formule trois :

1- Celle de *la problématisation* : le sujet doit être en possibilité d'interroger son mode de vie, de le remettre en question. Pour cela, il faut qu'il ait perdu la satisfaction qu'il lui apportait, sa dimension « solution ». Cela ne se fait pas en un jour et rend compte de l'importance des espaces proposées tout au long du parcours de vie tels que les permettent les dispositifs d'intervention précoce, de réduction des risques et, en situation de traitement, les dispositifs cliniques.

2- Celle de *l'accessibilité à une nouvelle identité*. Le sujet qui abandonne une part de lui-même en se désengageant d'un mode de vie addictif, s'expose et se fragilise. Il sera d'autant plus en quête d'une nouvelle unité personnelle et d'un nouvel équilibre satisfaisant entre lui et le monde. L'issue d'un changement de style de vie ne peut être qu'une nouvelle « reliance sociale » parfois difficile à établir.

3- Celle de *la confirmation sociale de cette nouvelle identité*. Rien n'est pire en effet que de traverser les épreuves d'un tel changement pour arriver au bout du compte plus seul et isolé qu'auparavant. Cela souligne l'intérêt de réaliser ce changement à partir d'une « base sociale » - un espace d'accueil et de soins par exemple – pouvant servir de laboratoire et où trouver une « mise en jeu de soi » et une valorisation, une confirmation externe, sociale, de cette valeur.

Pour mener à bien ce processus et franchir ces étapes, il est essentiel que la personne se perçoive à la fois suffisamment *libre et responsable*. Si elle ne se pense responsable ni de son présent ni de son devenir, il y a peu de chance qu'elle entame le moindre changement, même sous injonction. Soit elle entrera dans le jeu du déni, soit elle attendra tout des autres. Ses ressources sociales, matérielles et symboliques constituent un capital expérientiel dont le sujet aura besoin dans le processus de changement. *En reconnaissant le patient comme premier expert de ses propres problèmes et libre de ses choix*, le processus de changement se démarque d'une vision stigmatisante. Il cherche à faire émerger des choix et des compétences, à aider la personne à les appliquer de façon optimum et à les compléter par des apprentissages. Se soigner en addictologie est aussi apprendre quelque chose de soi et sur soi, renforcer des compétences pour gagner en liberté et en autonomie.

Ce travail du soin doit donc se déployer sur l'ensemble des composantes de la personne. Il est donc par essence transdisciplinaire. Corporel quand il s'agit de « desserrer » l'étau des contraintes physiques et biologiques, pas des médicaments ou par un travail de relaxation par exemple. Cognitif quand il s'agit de comprendre ce qu'il en est de sa satisfaction et de l'expérience globale. Symbolique pour réinterpréter le sens de l'expérience dans une histoire personnelle et ses conflits internes. Social, par le travail de détachement d'un univers relationnel pour reconstruire d'autres relations.

C'est pourquoi, dans les institutions médico-sociales spécialisées, les modalités de soin sont individuelles et groupales et combinent des thérapies à dominante psycho-sociales, des thérapies psycho-éducatives, des thérapies psycho-dynamiques et des traitements médicaux. Elles sont portées par des acteurs de formations et de compétences diverses, bien au-delà du médical ou du psychothérapeutique auxquels il serait erroné de les limiter.

## **Établir une alliance avec l'utilisateur**

La notion d'alliance thérapeutique est particulièrement centrale dans les soins en addictologie. Elle établit la relation usager-soignant sur une appréhension pragmatique de l'expérience addictive, intégrant la reconnaissance

des besoins, des compétences et des ressources de l'utilisateur, mais aussi ses difficultés spécifiques pour changer. Elle permet de s'attaquer au stigmate, à cette image de l'alcoolique, du toxicomane, du dépendant, véhiculée par nos sociétés, intériorisée par bien des usagers – et trop souvent par les soignants –, et qui est l'un des obstacles majeurs à l'objectif de soin, le bien être.

### Changer la représentation du sujet dépendant

Le stéréotype de l'utilisateur dépendant est, un peu partout, celui d'un « drogué », d'un « séducteur mensonger », d'un « faible », d'un « manipulateur ». Ce stéréotype installe chez le sujet une définition de soi comme « fatalement dépendant » et « impuissant » qui complique et contrarie l'engagement vers un changement dès lors perçu comme une épreuve au-dessus de ses capacités. Une telle représentation résulte du regard porté sur lui, et d'échecs lors de précédentes tentatives d'arrêt. Progressivement, l'utilisateur « s'engage dans un processus répétitif qui consiste à ne voir que les aspects négatifs de lui-même, les aspects positifs n'étant pas perçus ni symbolisés même s'ils sont là, ou encore déformés pour mieux cadrer dans le sens d'identité. » (Cormier).

Les interactions sociales vont renforcer ce mécanisme. L'addict se voit à la fois reproché d'être « faible » et ordonné d'être « volontaire » donc « motivé ». Cette vision morale et manichéenne qui range d'un côté « les bons, les forts », de l'autre « les faibles, les incapables », est aussi fautive que stérile : l'addiction et son changement n'est pas une question de volonté ou de faiblesse. La perte de contrôle des consommations, par exemple, peut être autant recherchée que subie. La personne se « laisse aller » à son addiction parce qu'elle s'y trouve mieux que dans la confrontation à des situations qu'elle ne maîtrise pas et qui peuvent déclencher les plus grandes angoisses. Il s'agit d'une stratégie d'adaptation, de fuite ou d'évitement, largement répandue dans les espèces vivantes. La connotation de la faiblesse vient souvent, à l'inverse de l'effet recherché, dévaloriser un peu plus celui dont on attend pourtant un sursaut d'implication.

En recherchant l'alliance autour d'objectifs pragmatiques comme la réduction des risques, en favorisant la valorisation des ressources de l'utilisateur et en renforçant son pouvoir d'agir sur lui-même et son environnement (*empowerment*), le soignant contribue à lever l'auto-dévalorisation dans lequel il est enfermé et qu'il masque parfois derrière des postures de prestance et de toute-puissance. Il ouvre ainsi un champ d'interactions positives qui alimenteront l'action thérapeutique, solliciteront les intentions de changement et la part de l'image de soi qui restitue un pouvoir sur soi.

Nous avons en tout cas à contribuer, en tout lieu, à la reconnaissance des usagers de substances psychoactives et les « addicts » quels qu'ils soient, en tant que nos égaux, en tant que personnes citoyennes.

### Abandonner le « savoir sur l'autre »

---

L'éthique de l'alliance thérapeutique repose sur une position de non jugement d'autant plus fondamentale qu'elle concerne des personnes composant sans cesse avec la perte de confiance en eux et le rejet par les autres.

L'acte thérapeutique a souvent été fondé à partir d'un savoir sur l'autre de données que l'autre ignorerait. Il donne pouvoir au thérapeute de faire ce que le patient ne pourrait pas se faire lui-même. Cela fonctionne bien pour le chirurgien qui enlève une appendicite, ou si l'on conçoit l'addiction comme un pur symptôme d'un mal (une « maladie chronique du cerveau » par exemple) dont on va traiter la cause. Si l'on considère que l'addiction se réfère à un sujet dans un contexte donné, qu'elle s'inscrit dans un mode de vie et fait expérience significative pour le sujet, alors le savoir primordial n'est pas celui du spécialiste ou du thérapeute, c'est celui de l'individu qui vit et qui agit le comportement en question.

C'est pourquoi la première tâche du thérapeute est d'*écouter le patient et d'entendre quel est son savoir propre* sur son expérience. Cette écoute ne va pas de soi et n'a rien de passif. Elle suppose une capacité de se dégager de ses propres projections et de l'opprobre social. Il ne s'agit pas seulement d'entendre un récit, mais de manifester en quoi cette parole sur soi est précieuse et singulière pour faire d'une relation initialement déséquilibrée une relation d'égal à égal, sans pouvoir de l'un sur l'autre. Cela s'appelle de l'empathie, mais si l'empathie est nécessaire, nous pensons à l'instar de nombreux cliniciens qu'elle ne doit pas conduire à une relation uniforme. La variété des attitudes relationnelles et des approches thérapeutiques est en effet la réponse la plus adaptée à la diversité des contextes et personnalités concernées. Certains sujets tireront plus de bénéfice d'une attitude confrontante et directe, tandis que pour d'autres un coaching pédagogique sera plus adapté à leurs difficultés.

La deuxième tâche du thérapeute est *l'exploration de l'expérience addictive*. Le savoir et la compétence du professionnel lui servent à rencontrer ceux du patient. Il pourra questionner le « refoulement chimique » des conflits intra psychique et des tensions sociales, la recherche extrême d'un plaisir et ses contre effets. Les décisions d'interventions ou la mise en œuvre de changements se prennent dans cet « espace intermédiaire et relationnel » ouvert entre le sujet et le thérapeute, mais elles se prennent par le sujet.

Là où le sujet anticipe et redoute de se voir renvoyé à sa faiblesse, de se voir sommé d'abandonner ce qu'il

considère encore comme « la seule solution », le rôle du thérapeute sera tourné vers la reformulation des éléments dynamiques de l'expérience, afin de vérifier avec le sujet qu'ils correspondent à ses choix et pour soutenir une autre perception possible de soi et des autres. Ce « processus auto-rééducatif accompagné », pour reprendre l'expression de Dollard Cormier, privilégie la restitution à la personne de ses potentialités et de sa capacité de choix afin qu'elle décide au mieux de sa conduite et qu'elle puisse la mettre en œuvre. En partant de son expérience, il s'agit de l'aider à identifier les indices issus de son corps, de ses pensées et de ses interactions sociales pour choisir une conduite plus appropriée, moins facteur de souffrances. Bref, dans ce processus, le sujet n'a pas toujours raison, mais la raison lui revient, toujours.

### Les conditions de possibilité de l'accompagnement expérientiel

Au-delà de la multiplicité des facteurs en cause dans l'expérience et ses risques, deux « instances » en assurent une synthèse plus ou moins efficiente ou déficiente. La « gestion » de l'expérience subjective est le fait du sujet, la gestion des pratiques sociales est le fait de la collectivité. En effet, le triptyque classique, substance, individu, contexte, n'est pas d'une grande utilité si nous n'ajoutons pas que l'élaboration de l'expérience se fait par le sujet et dans la culture collective.

En intervenant sur les facteurs auxquels il a accès, le sujet peut modifier son expérience et sa façon de vivre dans laquelle s'inscrit le comportement de consommation. À partir de la question de la satisfaction et de celle du mode de vie, peut s'engager un questionnement sur l'expérience du sujet, sa gestion et ses propres choix. Mais nous savons que cela n'est possible qu'à un certain nombre de conditions qui touchent à l'individu et à son développement en tant que sujet, à l'étiage social et à son développement démocratique.

D'abord il faut que le sujet ait conscience de son « acte-pouvoir » c'est-à-dire de sa capacité d'agir sur sa condition et de faire des choix. Cette conscience est directement liée à son expérience passée, à son éducation et à sa connaissance de soi. À son autonomie et à sa citoyenneté. Mais elle est directement liée aussi au dispositif d'accompagnement et de traitement, à la place centrale que l'utilisateur, le patient, doit avoir dans ce dispositif. En termes plus directs, cela signifie qu'il n'y a de dispositif thérapeutique en addictologie que collaboratif et qu'au service du pouvoir d'agir du sujet.

Ensuite, il faut qu'il ait effectivement le choix... Ce qui ne dépend pas que de lui, mais également de ses conditions sociales. Conditions matérielles (économiques et physiques) et conditions culturelles, au sens de valeurs et de représentations qui lui donnent accès à des alternatives et non à des impasses (ce à quoi conduisent les conflits de loyauté ou la stigmatisation, par exemple). C'est en cela que les idéologies qui font des usagers des êtres anti-sociaux et dangereux sont de véritables poisons !

Enfin, il faut qu'il trouve les « espaces » et les interlocuteurs pour mener cette réflexion à des moments clés de sa vie (notamment à l'adolescence, mais pas seulement).

Mais il serait naïf de croire que, par la seule magie d'une meilleure gestion de leur expérience par les individus, naisse une société qui en crée les conditions. C'est à un niveau collectif que se situe la gestion des pratiques sociales qui ne cessent de se renouveler et de prendre des formes en résonance ou en résistance vis-à-vis de la « modernité » et d'une société à bien des égards addictogène. Gestion aussi des transformations de nos sociétés et des risques qu'encourt la planète si nos modes de vie continuent de puiser sans limite dans nos ressources.

Il s'agit là de la question de la gestion politique des conduites de recherches de satisfaction et de leurs risques collectifs. En fonction d'un ensemble de valeurs qui font culture et lien entre les individus. Des valeurs comme le droit à la santé pour tous, mais aussi la liberté et la responsabilité, la sécurité et l'égalité dans le droit au bien-être.

Nous en sommes loin aujourd'hui, et de cela aussi, au-delà de nos pratiques cliniques, nous avons à en témoigner. À en rendre compte même. Nos discours ne sont pas que des discours cliniques, ils ont une résonance sociale et politique, comme nos pratiques ne sont pas seulement cliniques, ce sont aussi des pratiques sociales qui ont un sens politique.

-----

(1) Morel A., Coueron J.P. (2008), "Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner", Editions Dunod.