

## **Place des psychothérapies dans l'accompagnement thérapeutique en addictologie. *Théorie et pratique.***

### **Docteur Alain Morel**

Psychiatre, Directeur général de l'association Oppelia,  
154, rue du vieux pont de Sèvres – 92100 – Boulogne Billancourt  
courriel : amorel@oppelia.fr

**Résumé :** Les équipes spécialisées en addictologie adoptent généralement une conception multifactorielle de l'addiction et une conception individualisé du soin qui vise à intervenir sur les différents registres, cognitif, symbolique, biologique et social. Mais réaliser un tel objectif suppose : i) que les interventions des différents acteurs du soin, psychothérapeutes et autres, soient redéfinies et organisées dans la perspective d'un accompagnement transdisciplinaire ; ii) que l'alliance thérapeutique s'établisse à partir de l'expérience du patient, de ses choix, de ses ressources d'auto-changement et de sa satisfaction propre. La présentation du programme thérapeutique du Centre résidentiel "Kairos" donne une illustration concrète de cette approche expérientielle combinant diverses modalités psychothérapeutiques, et interroge sur les perspectives d'évaluation de ces accompagnements thérapeutiques.

**MOTS-CLÉS :** ADDICTION – THÉRAPIE – ACCOMPAGNEMENT - ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE – EXPÉRIENCE - SATISFACTION – CHANGEMENT - APPROCHE EXPÉRIENTIELLE – PSYCHOTHÉRAPIES - ÉVALUATION

---

**Avant d'aborder la question particulière de la place des psychothérapies en addictologie, je voudrais m'attarder préalablement sur la définition actualisée du soin en addictologie. La notion d'addiction est suffisamment incertaine pour ne pas faire comme si son adoption généralisée ne risquait pas d'en faire un lieu commun. Il paraît donc indispensable de commencer par dire en quoi consiste, selon nous, le problème posé par l'addiction avant de dire comment nous tentons de soigner cette addiction et ce que nous attendons des psychothérapies pour cela.**

**Avec celle d'addiction, plusieurs notions fondamentales méritent d'être également définies pour clarifier ce dont nous parlons. Celles-ci sont contenues dans cette phrase qui peut résumer ce que nous avons développé, Jean**

Pierre Couteron et moi-même, sur ce sujet : « soigner en addictologie, c'est accompagner l'expérience de l'utilisateur et l'aider à parvenir au changement optimum qu'il a choisi d'entreprendre ».

## **I- Préalables à une définition actualisée du soin en addictologie**

Commençons par nous entendre sur la définition de l'addiction et de ce qu'il y aurait à y soigner, notamment par la voie « psychique ». Ce n'est pas seulement une question de définition théorique, mais de représentation du phénomène sur lequel nous voulons intervenir, et de contribution à une « culture thérapeutique commune » qui transcende les cloisonnements d'écoles ou de disciplines, et qui affirme des positions éthiques essentielles.

### **Qu'est-ce que l'addiction ?**

Ce n'est pas ici, au Centre Marmottan, que j'aurai le plus de mal à faire entendre que l'addiction ne peut être réduite à une « maladie chronique du cerveau » comme la médecine biologisante voudrait nous le faire croire. Mais la même critique, fondamentale, que nous faisons au réductionnisme biologique, nous devons l'appliquer à toutes les conceptions selon lesquelles l'addiction consisterait en une déviance, que cette déviance soit définie sous un angle moral, légal ou médical.

L'addiction se définit alors à partir d'une faute, d'un délit ou d'une pathologie, trois désignations qui reposent sur l'existence d'un « manque » ou d'un « défaut » attribué au sujet. Trois désignations les plus stigmatisantes qui soient et qui nous conduisent à voir l'utilisateur comme coupable et/ou victime (ce qui revient au même) de cette déviance. Cette vision imprime profondément les représentations sociales encore aujourd'hui et contamine les regards, y compris de beaucoup de soignants.

La médecine des addictions définit aujourd'hui celles-ci par l'abus et la dépendance. C'est un progrès au regard des critères moraux et sociaux qui ont longtemps prévalu, mais ce n'est pas pour autant satisfaisant car ces catégories nosographiques ne sont identifiables qu'à travers l'apparition ou non de complications médicales en faisant l'impasse sur deux éléments essentiels dans la compréhension de l'addiction : le contexte et le vécu de l'utilisateur.

### L'addiction n'a de sens que dans son contexte

Il existe un lien étroit et même consubstantiel entre les comportements comme ceux qualifiés d'addictifs et le contexte, individuel et social, dans lequel ils s'inscrivent et qui leur donne sens.

Chacun sait en effet que, comme l'a écrit Claude Olievenstein, « la toxicomanie (nous pourrions dire l'addiction sans le trahir) est la rencontre entre une

personne, une substance et un moment socio-culturel ». Or notre « moment socio-culturel » est celui de la modernité.

Comment, justement, ne pas souligner cette évidence que la notion même d'addiction est une construction de la modernité et que leurs développements, de l'une comme de l'autre, sont inséparables ? Il ne m'est pas permis d'approfondir ici les raisons pour lesquelles on peut qualifier la société dans laquelle nous vivons d'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 du « toxicomane » est comparable à celle dans laquelle l'humanité risque sa survie aujourd'hui, dépendante qu'elle est de ses objets de satisfactions immédiates et épuisant ses propres ressources. Pourtant, cette même modernité qui peut nous détruire nous donne également des perspectives et des moyens pour trouver des alternatives à ce sombre destin.

Mais 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, crée des souffrances et de fausses réponses, et comment cela peut être intégré dans le traitement des addictions, comment peuvent s'acquérir ou se renforcer chez les individus les capacités de résistance et de résilience.

### L'addiction perd son sens fonctionnel pour le sujet s'il en perd la satisfaction

Le second élément clé de la définition de l'addiction, singulièrement absent dans les définitions courantes, est la notion de satisfaction.

« Contentement, plaisir qui résulte de l'accomplissement de ce qu'on attend, de ce qu'on désire » dit le Petit Larousse. Cette notion renvoie donc une situation ou une action à ce qui la sous-tend et au sens qu'elle permet d'éprouver vis-à-vis de soi-même. « Je suis satisfait ou je ne le suis pas » : il ne s'agit pas là d'un état statique, mais d'un état dynamique, d'une disposition psychique qui juge cet état relativement aux attentes plus ou moins conscientes qui lui sont sous-jacentes.

Dans le domaine des addictions, cette notion est à nos yeux capitale. D'abord pour restituer les véritables sens et motivation de la consommation : recherche de plaisir, de socialisation ou de soulagement, nous savons que la consommation de substance psychoactive répond à une recherche de mieux être ou de bien être sur ces trois axes (Morel, Couteron, 2008). Ne voir dans ces comportements qu'un signe de détresse ou une déviance est non seulement réducteur mais un

contre sens dans la plupart des cas.

La satisfaction est aussi un élément déterminant quant à la définition du problème que peut poser un comportement et, par conséquent, la direction que peut prendre une éventuelle intervention d'aide. Il est en effet essentiel d'entendre et de respecter la « position » du sujet sur l'existence ou non d'un problème pour lui et sur ce qu'il tire de son comportement (Therrien, Morel, 2007).

Entendre le sujet sur ce que lui apporte en mieux être des comportements jugés par ailleurs dangereux et pathologiques, est une attitude empathique généralement adoptée par le psychothérapeute qui s'intéresse au sujet plus qu'à ses symptômes. Mais, dans le domaine qui nous intéresse, cela va plus loin : la notion de satisfaction définit en grande partie non seulement la relation du sujet avec son addiction, mais elle définit l'existence ou pas d'un problème ! Ce n'est qu'à partir du moment où il y a, pour le sujet, perte de la satisfaction et basculement dans la souffrance qu'un espace et une légitimité s'ouvrent pour une intervention thérapeutique. La satisfaction est une notion dynamique car ce qui apporte aujourd'hui de la satisfaction ne le fera pas forcément plus tard. Elle permet donc un questionnement, ouvre à la réflexion, à l'identification des motivations à changer ou pas, à la demande d'aide pour changer et pour être plus heureux.

Elle ouvre donc à la pensée et à l'action du sujet lui-même à partir de ce qu'il vit et non pas à partir de ce que d'autres pensent qu'il vit ou qu'il devrait vivre.

Ainsi, la notion de satisfaction permet de comprendre la différence entre une addiction avec l'héroïne de rue et celle avec une héroïne médicalement distribuée comme dans certains programmes en Suisse ou dans d'autres pays. Ce qui distingue « la toxicomanie » de « la dépendance médicalement assistée » ne tient pas qu'au caractère médicalisé de la distribution de la substance (il y a d'ailleurs des prescriptions médicales qui n'apportent aucun changement voire qui aggravent la toxicomanie). Mais ce sont les conditions nouvelles qui sont créées pour le sujet et le retour à sa satisfaction. L'amélioration de la situation du sujet et sa stabilisation physique et psychique lui permettent d'adopter une nouvelle façon de vivre, laquelle lui apporte beaucoup de mieux être, c'est-à-dire de satisfactions. La même chose peut être dite à propos des traitements de substitution : ce n'est pas la nature de la molécule (opiacée) qui change les choses, ce n'est pas non plus la disparition de la dépendance (puisque'elle est maintenue, il faut prendre son médicament tous les jours), mais c'est la possibilité d'avoir un mode de vie satisfaisant tout en restant dépendant des opiacés. C'est ce qui permet de dire qu'une personne sous traitement de substitution n'est plus « toxicomane », et qu'elle est « normale » (comme se qualifient eux-mêmes beaucoup d'usagers dans ce cas), et c'est ce qui fait différence entre addiction et addiction pathologique.

## Les conséquences de notre définition de l'addiction sur l'orientation thérapeutique

Nous voyons toutes les conséquences de la définition de l'addiction sur les objectifs des traitements.

Si l'addiction est envisagée principalement à travers un désordre biologique, acquis ou inné, affectant le fonctionnement du cerveau - et par là le fonctionnement de l'individu -, les réponses recherchées seront du côté d'agents pharmacologiques susceptibles de corriger ce désordre.

Si l'addiction est conçue comme une façon pathologique d'échapper à un trouble ou à un traumatisme initial, les réponses seront recherchées dans des thérapies visant à réparer ces troubles ou ce traumatisme.

Si l'addiction est abordée comme un comportement inadéquat qui s'est imposé à l'individu par des mécanismes conditionnant, celui-ci sera l'objet d'apprentissages déconditionnant pour changer son comportement.

Si l'addiction est vue comme une façon de « tricher » avec la vie et de s'abandonner aux excès du plaisir, les réponses seront recherchées du côté de l'adoption de règles morales visant à restreindre l'accès au plaisir et à diriger le sujet vers un mode de vie conforme à cette morale.

Si l'addiction n'est interprétée que comme un artefact de la vie moderne et de la (ré)pression sociale, l'issue proposée sera celle d'une société organisant mieux la maximalisation des plaisirs.

Notre conception a deux différences fondamentales avec toutes celles-ci.

La première c'est qu'elle restitue l'ensemble des données à la personne et qu'elle lui attribue la liberté de se déterminer selon ses ressources et ses limites propres, et selon sa satisfaction. Le sujet est le premier expert de sa vie et de son éventuel problème. Cela n'est pas une formule, c'est une position éthique qui a de nombreuses conséquences, en tout premier lieu dans le rapport soignant/usager.

La seconde différence de notre conception est sa globalité au sens fonctionnel, sans cesse en construction. Il s'agit en effet d'une conception fondamentalement systémique basée sur le principe élémentaire qu'un « système » (en l'occurrence l'individu et son comportement addictif) n'est pas que l'addition de ses différentes dimensions biologique, psychique, comportementale, morale et sociale. Le tout dépasse la somme des parties. Le sujet, sa conscience, sa capacité à agir et son mode d'être dépassent son fonctionnement physiologique, psychologique et social. Ce qui permet d'accéder à cette globalité du sujet est ce que l'on nomme son expérience, au sens phénoménologique de ce mot.

**Qu'est-ce que l'expérience de l'utilisateur ?**

À un premier niveau, il n'est guère contesté par les cliniciens que l'expérience en tant que ce qui est vécu, observable, éprouvé, parlé par le sujet et relié à son histoire, en tant aussi que ce qu'il peut en apprendre sur lui-même, constitue la « porte d'entrée » la plus fondamentale dans la clinique des addictions. Cette position « Rogerienne » sied bien à la plupart des psychothérapeutes. Une position éthique qui met, comme l'on dit, « le sujet au centre de sa thérapie ».

En plaçant ainsi l'individu au centre de l'équation addictive (individu, substance, contexte), nous pouvons dire schématiquement que l'effet d'une substance sur lui est à l'intersection entre son expérience psycho-corporelle et son expérience psycho-sociale liées à cette substance (Therrien, 2009). Il reçoit en effet des sensations physiques et psychiques de l'action biologique de la molécule qu'il consomme, et cette expérience entre en relation avec ses besoins, ses motivations, ses représentations directement influencées par son milieu social et ses attaches culturelles, par ses propres modes de pensées (ses cognitions) et par sa propre histoire psycho-affective.

L'expérience psychosociale d'un sujet à un produit, dans un contexte, est attachée en particulier à un mode de vie. Un mode de vie (ou style de vie) est la manière d'être et de penser de la personne. Il se définit souvent 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 une série de choix de comportements et d'attitudes, dont certains pris en conscience et d'autres moins. 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 évidemment très différents.

L'expérience dans l'addiction est donc bien plus que l'effet biologique d'un psychotrope, qu'une perte de contrôle, bien autre chose qu'une « maladie du cerveau » (Peele, 1982). 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 des capacités d'adaptation et une ouverture sur des changements possibles. Lorsque cette expérience devient souffrance, il arrive que le sujet, l'utilisateur, ne parvienne pas à opérer les changements qu'il souhaiterait, malgré la conscience des problèmes qu'elle lui procure. 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 et la construction d'un agencement de leurs différentes modalités, qui constitue ce que nous dénommons l'accompagnement thérapeutique.

### **Qu'est-ce que l'accompagnement thérapeutique ?**

Le terme d'accompagnement s'est progressivement installé dans le langage des acteurs sociaux et médico-sociaux. Il est devenu un axe essentiel des politiques publiques en addictologie (Morel, Couteron, 2008). Les décrets relatifs aux Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et aux Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) ont officialisé cette mission d'accompagnement pour les deux types de structures. Mais quel est son contenu ?

L'accompagnement est souvent présenté comme le complément « psychologique et social » du traitement médical. L'exemple le plus significatif est celui des traitements de substitution. Les interventions psychosociales y sont souvent présentées comme l'adjuvant de la prescription du médicament pour en optimiser les effets. Il est aussi chargé de faciliter la compliance et la bonne observance du traitement. Pour utile et nécessaire que soient ces différentes fonctions, l'accompagnement en a d'autres plus fondamentales : il participe à la redéfinition de la notion de traitement et de guérison, et à une évolution fondamentale de la relation avec l'utilisateur.

La notion d'accompagnement en addictologie s'inscrit dans une évolution profonde qui redéfinit le soin de pathologies chroniques à dimension sociale et psychologique majeure (depuis la maladie d'Alzheimer jusqu'à l'autisme, en passant par certaines dépressions, etc.), entre le traitement et la recherche d'un confort de vie. Les professionnels sont passés d'une référence à la guérison à celle de la qualité de vie et de la diminution des risques.

En se décentrant de sa finalité historique, l'abstinence, l'accompagnement thérapeutique en addictologie aide l'utilisateur à s'approprier, ici et maintenant, et en fonction de sa qualité de vie, ses propres motivations au changement. Le pré requis est celui qui traverse toute notre réflexion : l'expérience addictive aide à se sentir mieux et fait au départ partie du processus adaptatif dont elle vient ensuite entraver le développement. Jellinek avait, en son temps, souligné combien l'alcoolisme était un comportement appris pour faire face aux émotions négatives. L'accompagnement thérapeutique a donc pour fonction de rétablir une expérience de satisfaction, une relation « positive » perdue entre soi et l'environnement, avec ou sans consommation de psychotropes, mais dans des conditions nouvelles et à moindre risques. Et puisque l'individu est au centre des interactions addictives, c'est vers lui qu'il faut se tourner pour relancer le

processus adaptatif et mettre en marche une recherche d'optimalité. Les changements sur lesquels peut s'établir l'accompagnement sont triples : modifier son environnement, changer le regard sur soi et sur le monde, et réduire l'exposition aux « déclencheurs », aux situations à risques.

L'accompagnement concrétise aussi et surtout une évolution de la relation à l'utilisateur. Il promeut la notion d'association, de libre adhésion, là où régnait la seule notion de contrat, de contrainte (contrat de sevrage, contrat de soins). Étymologiquement accompagnement est un terme de droit féodal qui définit un « contrat d'association ». Il vient de « compain », celui avec qui on partage le pain, tandis qu'accompagner caractérise l'action de « prendre pour compagnon, se joindre à quelqu'un pour faire un déplacement en commun » (Dictionnaire historique de la langue française). Pour lever la contrainte sur le corps qu'exerce l'addiction, l'accompagnement rappelle la nécessité de susciter l'engagement de l'utilisateur, dans une visée qui fait du confort de vie un objectif respectable, et respecté. Accompagner l'utilisateur se pense comme une succession d'interventions visant à l'aider à reprendre la maîtrise de sa vie et à retrouver sa capacité à l'autonomie et à la citoyenneté.

Enfin, l'accompagnement se définit comme un processus temporel. On ne devient pas « addict » en un jour, on ne sort pas non plus de l'addiction sur une simple intervention. Les traitements de substitution, par exemple, indiquent bien l'importance de cette notion de durée. Des modèles anciens comme celui du Minnesota structurent aussi le traitement en étapes tout en insistant sur la permanence dans l'aide. Si l'accompagnement se déroule dans la durée, il ne doit pas être confondu avec une thérapie « longue ». En cela, la notion de durée n'est pas contradictoire avec les approches « brèves » et des moments « forts ». Le trajet de soins est fait d'étapes, de séquences. C'est cette capacité à adapter et faire varier l'intensité qui fera la qualité de l'accompagnement, permettant de sortir d'un cycle prise en charge/rupture, au profit d'un continuum d'accompagnement dont l'intensité s'adapte. Il y a une pluralité des entrées, il y aura donc une pluralité des trajectoires et des sorties.

Tout cela souligne l'importance d'un suivi « intégratif » au sens qu'il permet au patient de (re)trouver une unité à travers les différentes facettes de son expérience et en lien avec son environnement. C'est ce qu'apporte la transdisciplinarité qui est un autre élément essentiel de l'accompagnement (Morel, Hervé, Fontaine, 2003), et qui interroge les cloisonnements rigides entre des métiers du social, d'autres du psychisme et d'autres, enfin, du biologique.

### **Qu'est-ce que le changement ?**

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 tout 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 en effet exiger du sujet une difficile déconstruction de son expérience antérieure et sa relecture, en termes de rapport coûts/avantages et en termes de sens. Que le changement passe par le sevrage et l'abstinence ou se limite à la recherche d'autocontrôles 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.

### Créer 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 (2002) 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 proposés 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 thérapeutiques.
- 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, mais pas seulement – 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, il est essentiel que la personne se perçoive 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 la personne 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 pour gagner en liberté et en autonomie.

Ainsi, l'intervention thérapeutique se déploie, potentiellement, sur l'ensemble des composantes de la personne. Elle est donc par essence pluridimensionnelle et transdisciplinaire. Corporelle quand il s'agit de « desserrer » l'étau des contraintes physiques, par des médicaments ou de la relaxation par exemple. Cognitive quand il s'agit de comprendre ce qu'il en est de sa satisfaction et de trouver des stratégies pour la retrouver. Symbolique pour réinterpréter le sens de l'expérience dans une histoire personnelle et ses conflits internes. Sociale, par le travail de détachement d'un univers relationnel pour reconstruire d'autres relations.

C'est pourquoi, dans notre conception de l'accompagnement thérapeutique, les modalités de soin proposées sont individuelles et groupales, et combinent sur deux axes (l'addiction elle-même et le mal-être attendant) des actions sociales, des thérapies à dominante psycho-sociales, des thérapies psycho-éducatives, des thérapies psycho-dynamiques et des traitements médicaux. Ces modalités de soin sont portées par des acteurs de formations et de compétences diverses, bien au-delà du médical ou du psychothérapeutique. En réalité c'est par leur globalité, leur cohérence, leur participation commune à une même intentionnalité de changement qu'elles sont thérapeutiques.

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

Dans notre approche expérientielle, la relation et l'alliance usager-soignant se fondent sur une appréhension pragmatique de l'expérience de l'utilisateur, intégrant la reconnaissance de ses besoins, de ses compétences et de ses ressources, mais aussi de ses difficultés spécifiques pour changer.

Il y a deux conditions pour que cette alliance thérapeutique puisse s'établir dans le domaine des addictions : une attitude du soignant fondamentalement déstigmatisante, et sa capacité à entendre le savoir propre du patient (Morel, Couteron, 2008).

La première est une attitude qui permette de s'attaquer au stigmaté, à cette image de l'alcoolique, du toxicomane, du dépendant, véhiculée par nos sociétés, et qui est l'un des obstacles majeurs à l'objectif de soin.

Une telle représentation, souvent intégrée par « l'addict » lui-même, résulte du regard porté sur lui et d'échecs lors de précédentes tentatives d'arrêt. Ainsi, progressivement, il « 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 renforcent généralement ce mécanisme. 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. La revalorisation de la personne consiste alors à ouvrir 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.

La seconde condition pour le thérapeute est d'entendre du patient quel est son savoir propre sur son expérience. Si l'on considère que le comportement addictif se réfère à un sujet dans un contexte donné, qu'il 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, mais celui de l'individu qui vit et qui agit le comportement en question.

Le savoir et la compétence du professionnel ont l'intérêt principal d'aider le professionnel à rencontrer ceux du patient. Il pourra alors 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 entre le sujet et le thérapeute, mais elles se prennent par le sujet.

Ce « processus auto-rééducatif accompagné », pour reprendre l'expression de Dollard Cormier (1993), 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.

## **II- De la théorie à la pratique**

Après avoir dit nos conceptions et nos intentions, le pourquoi nous intervenons, il faut pouvoir dire le comment, et quelles pratiques nous engageons pour tenter de faire ce que l'on dit penser faire...

Pour cela, nous avons choisi de présenter le projet thérapeutique de notre centre de soins résidentiel « Kairos » situé à Andrésy dans les Yvelines. C'est d'autant plus nécessaire que ce centre ne peut fonctionner que s'il est utilisé comme « un moment fort » d'un accompagnement réalisé principalement par d'autres. Répondre aux besoins des patients et des équipes qui les suivent et expliquer ce que l'on veut entreprendre est donc une condition du succès de ce centre.

Il s'agit d'un Centre Thérapeutique Résidentiel (CTR) de 15 places proposant des séjours de six semaines organisés autour d'un programme thérapeutique structuré, avec des activités de groupes et individuelles, mené selon des objectifs définis avec le patient et avec la structure qui l'adresse et qui va poursuivre l'accompagnement après son séjour.

En quoi ce programme s'appuie-t-il sur l'expérience de l'usager et participe-t-il à l'accompagnement thérapeutique et au changement optimum ?

Le processus thérapeutique est conçu de façon systémique et transdisciplinaire pour intégrer l'ensemble des dimensions de l'expérience addictive, c'est-à-dire l'ensemble des dimensions de la personne.

Dans le programme Kairos, sont déclinés quatre axes : i) l'addiction elle-même, ii) la connaissance et la revalorisation de soi, iii) le bien-être physique et le plaisir, iiiii) les relations sociales et les capacités à interagir avec l'autre. Intervenir sur l'une des dimensions est susceptible de faire évoluer l'intégralité du système (donc l'expérience). Mais une intervention qui se limite à un élément du système sans prendre en compte tout celui-ci n'a que peu d'effet sur le parcours et sur la personne elle-même, ou un effet « au petit bonheur la chance ».

Le sevrage physique, s'il est nécessaire, est systématiquement opéré avant l'admission afin que les six semaines de séjour constituent une expérience de vie sans « défoncé ». Pour autant, nous savons bien que ce n'est pas « l'expérience d'abstinence » qui va, en soi, apporter automatiquement un changement optimum pour la personne. Ce peut même être le contraire. Aussi faut-il permettre à l'usager (ici le patient, dans le centre) de reprendre d'une façon plus globale le changement apporté par l'abstinence pour redéfinir les autres composants de son expérience et identifier ses propres difficultés pour trouver un bien être, une « optimalité » comme disent nos collègues québécois.

L'expérience de l'usager est parlée et suivie avec le patient tout au long de son séjour, depuis l'élaboration des objectifs initiaux de la personne jusqu'à son bilan de sortie réalisés conjointement entre le patient et son « référent coordinateur » (le « case manager » en anglais). Différentes échelles sont utilisées en début et fin de séjour, dont une de satisfaction au sens que nous avons défini plus haut, afin de visualiser l'évolution de cette expérience, mais sans faire de ces échelles les seuls instruments de l'auto-évaluation.

Parallèlement à la prise en compte de l'individu, le groupe joue un rôle particulier dans le programme : les résidents sont accueillis par groupe de cinq un lundi sur deux, et ce groupe constitue une entité de travail spécifique, suivi par un référent et lieu de différentes activités communes tout au long des six semaines.

Ainsi structuré, le processus thérapeutique suppose une définition ouverte et

interactives des différentes interventions soignantes, au sens somatique du terme, au sens éducatif ou au sens psychothérapeutique. Il sera le fruit d'un accompagnement transdisciplinaire qui cherche à rendre possible, au regard des attentes et des besoins exprimés par l'utilisateur, la déconstruction de l'expérience addictive et la reconstruction d'une expérience plus satisfaisante.

Le programme Kairos, structuré en tant que tel sur six semaines, s'inscrit comme un moment fort d'un parcours qui a un avant et un après. Cela nécessite de dépasser le partenariat habituel entre un CTR et des équipes ambulatoires qui « envoient » des patients. Notre ambition est de travailler avec des centres ambulatoires volontaires pour favoriser des collaborations au travers le travail partagé auprès des patients, et que naissent ainsi des fils directeurs communs dans les modes d'accompagnement ambulatoire et résidentiel. L'objectif, au bout du compte, est de faire évoluer et progresser ensemble notre action thérapeutique, et de construire à travers les différents types d'intervention, les différentes thérapies mises en œuvre pour un patient, un accompagnement qui ne fasse qu'un, et qui fasse lui-même thérapie. Cela demande à la fois volonté et méthode de coopération entre professionnels, entre institutions.

### Quelle est la place des psychothérapies ?

---

Jusqu'ici, il a été peu question des psychothérapies, du moins dans leur définition classique basée sur certains dispositifs théoriques et pratiques prenant en compte la psychopathologie propre du sujet et proposant des modalités spécifiques de « travail psychique » quel qu'en soit l'objectif. La « littérature » nord américaine classe généralement ces psychothérapies selon trois catégories : les thérapies psychodynamiques (encore les plus fréquentes en France), les thérapies cognitivo-comportementales (qui commencent à se développer et qui sont présentes dans le programme Kairos) et les thérapies systémiques. Outre que ces catégories recouvrent mal les modes d'interventions soignantes en France, résumer ou concentrer la dimension thérapeutique d'un programme dans la mise en place de ces thérapies n'est pas la voie choisie.

La place prépondérante est donnée, dans le programme Kairos, au « climat » thérapeutique créé par l'attitude générale des intervenants, la place qu'ils donnent à l'expérience de l'utilisateur et la qualité de la relation avec celui-ci. Les professionnels ne sont pas tous ni psychologues ni psychothérapeutes attitrés, mais sont spécifiquement formés à cette approche expérientielle du sujet « addict », en tant que « tronc commun » ou culture partagée du soin. Privilégier un abord thérapeutique particulier, psychoéducatif, médical ou psychothérapeutique, par exemple, ne serait pas conforme à notre conception de l'accompagnement global de l'expérience du sujet.

Nous souhaitons notamment pouvoir laisser ouverte, pour chaque patient, la question de savoir si son addiction est « l'entité » dont il souffre ou bien si elle est le « symptôme » d'une problématique autre qui est prévalente à l'addiction. Nous souhaitons également permettre à chacun de déterminer quelles modalités d'aide lui conviennent le mieux pour réaliser les changements qu'il veut entreprendre. C'est la raison pour laquelle les propositions de thérapies sont assez diverses.

Un bilan clinique, préalable et au moment de l'admission permet de déterminer les éventuels problèmes psychopathologiques voire psychiatriques de chaque patient. Le programme comporte des consultations médicales, des entretiens individuels réalisés par une psychologue et certaines thérapies pouvant s'inscrire dans un temps court de quelques semaines (comme l'EMDR), ainsi qu'une dizaine de séance d'une thérapie cognitive de groupe dite « prévention de la rechute » car inspirée directement des thérapies ainsi désignées par Marlatt (Marlatt, Donovan, 2008). Par ailleurs, le programme comporte diverses autres thérapies psycho-éducatives ou psychocorporelles dans le cadre d'activités qualifiées de thérapeutiques, car pensées comme telles et réalisées par des professionnels formés, au sein d'une équipe, pour qu'elles le soient.

Nous avons suffisamment souligné combien une addiction s'inscrit dans un mode de vie et dans un rapport au monde pour savoir que son traitement ne peut se limiter qu'à une dimension et qu'il nécessite un dispositif à « géométrie variable » permettant le cas par cas.

On peut remarquer que certaines activités, dans le programme thérapeutique, visent à informer, à expliquer, à faire émerger, à apprendre, et peuvent être ainsi classées dans le registre psycho-éducatif, voire de « développement personnel », alors que d'autres visent à susciter, déclencher, produire certains changements que le sujet ne peut réaliser sans l'aide d'un thérapeute. Cela ne nous pose pas de problème, dès lors que nous organisons le séjour et chaque accompagnement individuel pour adapter le programme et lui donner une cohérence autour d'un même objectif : trouver du sens, des capacités et du plaisir au pouvoir de l'acte sur soi et (un peu) sur le monde. Tout cela sous le contrôle direct du patient et de professionnels du soin.

### Kairos : une opportunité ?

---

L'objectif est que le séjour au Centre Kairos représente pour tous ceux qui viennent y passer six semaines, ce « moment opportun » (ce que signifie le mot grec kairos, l'autre sens du temps que celui, linéaire, du temps qui passe, désigné par chronos), pour acquérir les moyens de relancer sa recherche de changement et de mieux être.

Mais nous voudrions aussi que l'opportunité de l'ouverture de ce centre (il n'y en aura guère d'autres dans la période que nous traversons, nous le savons malheureusement) et des possibilités de créativité et d'innovation dont nous avons la chance de disposer encore un peu, puisse bénéficier à l'ensemble des équipes spécialisées qui voudront travailler dans les directions que nous venons de tracer et qui sont partagées par bon nombre d'entre elles. Pour cela, nous devons travailler collectivement, mais nous devons également démontrer que tout cela « marche » en permettant aux patients d'aller mieux, durablement. La question de l'évaluation est donc un enjeu de grande importance.

Dans ce sens, nous travaillons actuellement à l'élaboration d'un système d'évaluation, non seulement du séjour et de ses suites, mais des accompagnements thérapeutiques au sens large, sur une durée et selon des modalités que nous allons définir avec des collègues et des professionnels de l'évaluation. Cette entreprise de modélisation de l'accompagnement visant à poser des hypothèses et à les évaluer, est compliquée, donc difficile. Mais nous devons montrer que la question des résultats de nos services non seulement ne nous fait pas peur mais nous intéresse.

À travers ce propos et la mise en place du programme Kairos, il s'agit d'un appel à une intelligence collective pour répondre à ces enjeux, pour donner toute sa crédibilité et son poids non seulement à des pratiques mais surtout à un projet éthique, clinique et social.

Paris, le 29 juin 2009

## BIBLIOGRAPHIE

Cormier Dollard : Toxicomanies : styles de vie – Montréal, Éditions du Méridien (1993).

Marlatt GA, Donovan DM : Prévention de la rechute. Stratégies de maintien en thérapie des conduites addictives – Genève, Ed. Médecine et Hygiène (2008).

Morel Alain, Hervé François, Fontaine Bernard : Soigner les toxicomanes – Paris, Dunod (2003).

Morel Alain, Coueron Jean Pierre : Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner – Paris, Dunod (2008).

Peele Stanton : L'expérience de l'assuétude – Montréal, Presses Universitaires de

Montréal (1982).

Soulet Marc Henry : Gérer sa consommation. Drogues dures et enjeu de conventionnalité – Fribourg, Éditions universitaires (2002).

Therrien André : Réfléchir sur sa trajectoire de vie. Repenser la prévention des conduites addictives – Lyon, Chronique Sociale (2009).

Therrien A, Morel A : "Réflexions sur le bonheur et l'intervention en addictologie", *Alcoologie et Addictologie*, 29 (1), p.17-25 (2007).