

d é p e n d a n c e s

décembre 97 / no 3

3

Editorial

Gérald Progin

4

Toxicodépendance et psychanalyse

*Marc Geyer
Nicolas de Coulon*

7

De l'aide psychologique à la psychothérapie analytique

Isabelle Berclaz

10

L'approche cognitivo- comportementale au travers d'un exemple clinique

Dominique Page

14

Famille et toxicomanie

*G. Cambiaso
S. Cirillo
R. Berrini
R. Mazza*

18

Apport de la neurobiologie au concept de dépendance

Jacques Besson

23

Post-scriptum

*Gérald Progin
Jean-Luc Baierlé*

27

Manifestations Brèves

Impressum

Adresse des éditeurs:

Institut suisse de prévention de
l'alcoolisme et autres toxicoma-
nies, ISPA,
Ruchonnet 14,
case postale 870, 1001 Lausanne

Groupement romand d'études sur
l'alcoolisme et les toxicomanies,
GREAT, Pêcheurs 8, case postale 20,
1401 Yverdon-les-Bains

Rédaction:

Rédacteurs:
Michel Graf, ISPA
Gérald Progin, GREAT

Comité de rédaction:

Pierre-Yves Aubert
éducateur, Genève
Étienne Maffli
psychologue, Lausanne
Jean-Dominique Michel
socio-anthropologue, Genève
Louis-Pierre Roy
enseignant EESP, Lausanne

Administration et abonnements:

ISPA, case postale 870,
1001 Lausanne, tél. 021/321 29 85,
fax 021/321 29 40

Parution: 3 fois par an

Abonnement:

Frs. 45.- par an

Les articles signés n'engagent que
leur auteur

Les titres et sous-titres sont de la
rédaction

La reproduction des textes est
autorisée sous réserve de la men-
tion de leur provenance et de l'en-
voi d'un justificatif à la rédaction

Graphisme:

Christine Matthey, Lausanne

Editorial

Gérald Progin
Coordinateur du GREAT
Co-rédacteur

*L*a revue "dépendances" porte bien son titre puisqu'elle doit évidemment analyser toutes les questions liées à la dite dépendance. C'est pourquoi elle a décidé de traiter, dans ce numéro, à ce phénomène.

Bien évidemment, ne pouvant traiter tous les aspects - ils le seront au cours des ans dans divers numéros - elle a choisi de les prendre, cette fois-ci, sous l'angle des divers types de traitements qui sont proposés aux personnes toxicodépendantes. En l'occurrence, nous avons choisi la psychanalyse, le cognitivo-comportementalisme et l'approche systémique. Nous avons joint une réflexion neurobiologique qui vient compléter la compréhension, pour le lecteur, des autres approches.

Nous ne pouvions évidemment pas rester sans voix à propos du résultat des votations sur l'initiative "Jeunesse sans drogue". Sous un titre bonhomme se cachait une vision de société: celle où l'apprentissage de l'obéissance prend le pas sur l'apprentissage du choix et de la responsabilité. Ce type de société, où l'enseignant, l'adulte, imposent leur savoir - ils **savent** ce qui est mal et ce qui est bien - est fondamentalement contraire aux principes de la démocratie qui mise sur la capacité de choix de l'individu et sur l'apprentissage des responsabilités sociales. Nous osons espérer que c'est bien cette société-là - celle de l'ouverture, de la solidarité - que la nette majorité des citoyens a plébiscité. La rubrique "Post scriptum" repart de ces résultats pour proposer quelques pistes de réflexion pour l'avenir. Toujours dans la rubrique "PS", nous avons choisi de publier la conclusion que le Dr Jean-Luc Baierlé nous a proposée au colloque "La politique des drogues: enjeux démocratiques". Ce texte plein de tendresse et de précisions sémantiques nous paraît une excellente conclusion de cette journée de travail.

Nous ne saurions terminer cet éditorial sans vous donner quelques informations sur la revue elle-même: après trois numéros et à peine une année de vie, nous comptons, outre les 280 membres du GREAT, près de 400 abonnés, soit le double escompté fin 1997. Nous pouvons donc nous féliciter, vous féliciter, d'avoir répondu en masse à notre proposition. Nous sommes très heureux de ce résultat et avons la prétention de penser que la formule choisie répondait à une demande. Ne reste plus qu'à combler, au cours des années à venir, votre boulimie - encore une dépendance - d'information au sujet d'un phénomène finalement encore mal connu et mal maîtrisé.

Toxicodépendance et psychanalyse

*Mark Geyer, psychothérapeute-FSP, psychologue associé, Policlinique
psychiatrique de l'Est vaudois, Clarens
Nicolas de Coulon, psychanalyste, directeur médical, Secteur psychiatrique de l'Est
vaudois, Corsier*

La psychanalyse semble, dans le domaine du traitement des personnes toxicodépendantes, souffrir d'un retour de bâton. Il est vrai que la psychanalyse traditionnelle est probablement mal adaptée à ce type de patients, même si les références théoriques restent pour le moins d'actualité.

C'est sur ces bases que les deux articles qui suivent tentent de redéfinir tant les références en question que le style de traitement qui pourrait être adapté à ce public. Relevons en particulier la nécessité du travail en collaboration avec les autres intervenants.

"La révolution psychanalytique a largement contribué à la libéralisation des mœurs au XXe siècle en Occident, mais n'y a-t-il pas également des effets de retour de l'évolution sociale sur la compréhension psychanalytique et ses fondements? Et comment celle-ci intègre-t-elle des émergences imprévisibles telles que l'apparition du sida, l'extension de la toxicomanie...etc.?"

Christian David

Après avoir été portée aux nues jusqu'à constituer la référence dans de nombreux domaines des sciences humaines, la psychanalyse semble vivre un "effet de retour". Elle subit une contestation aussi aveugle que l'engouement dont elle avait fait l'objet et suscite même une certaine hostilité tant dans les Universités qu'auprès des organismes chargés du soin aux personnes souffrant de troubles mentaux. Un grand nombre d'institutions psychiatriques ont, par exemple, presque totalement abandonné les références psychodynamiques. En dehors de ce que l'on peut considérer comme un phénomène de mode, cette relégation invite - ou nous contraint - à une réflexion sur les limites de l'approche psychanalytique, sur la pertinence de ses concepts et sur l'adéquation de son application pratique dans le traitement des troubles graves de la personnalité, notamment ceux qui concernent les personnes addictives. Et pourtant, la vogue des modèles scientifiques, pour ne pas dire scientifiques, dans le champ des psychothérapies, n'élude ni la spécificité de la psychanalyse ni ce qu'elle a amené d'incontournable.

En fait, on peut même se demander s'il y a eu un champ de la psychopathologie autre que celui des toxicomanies où l'on a pu se montrer à ce point créatif pour tenter aussi systématiquement d'écarter toute référence à l'inconscient et toute prise en compte du transfert dans les traitements qu'on leur destine, où l'abandon de toute référence à la psychanalyse s'est avéré plus radical. Ceci est d'autant plus curieux que quelques-uns des concepts psychanalytiques éclairent la genèse des problèmes toxicomaniaques avec une espèce d'évidence. Par exemple, le principe de plaisir-déplaisir, l'auto-érotisme, le narcissisme et la compulsion de répétition, pour ne prendre que ceux-là, ne sont de loin pas étrangers à l'économie psychique des toxicodépendants.

Comme nous ne partageons pas cette vision réductrice sous prétexte de pragmatisme et que notre pratique clinique nous encourage à nous référer au point de vue psychodynamique, nous aimerions vous faire partager quelques-unes de nos réflexions sur ce thème.

Les inadéquations apparentes du modèle psychanalytique

Comment en sommes-nous arrivés à privilégier presque exclusivement les "technologies" et les "stratégies" de traitements, court-circuitant ainsi les modèles de compréhension des mécanismes conduisant à l'installation d'une toxicomanie et à sa persistance?

Dans les années soixante-dix, l'extension massive de la consommation de drogues

illégales se confondait encore avec une certaine idée des limitations sociales imposées au plaisir individuel; la levée du carcan des inhibitions victorienne de l'époque freudienne prévalait toujours. De cette façon, l'impact délétère de la toxicomanie était en partie occulté pour des raisons presque idéologiques; on estimait que la mort survenait soit de manière "accidentelle" comme le résultat d'une ordalie, soit comme le signe d'une intention suicidaire avérée. Dix ans plus tard, la dimension mortifiaante de cette façon "exagérée" de se procurer du plaisir apparaît au grand jour avec l'apparition du sida: la mort s'était mise à rôder de plus près! On assiste alors à un court-circuit de la réflexion psychopathologique, dictée par l'urgence: il fallait prendre des mesures drastiques pour réduire les risques, envisager des traitements immédiatement efficaces, dompter la peur d'une épidémie moyenâgeuse, toute chose qui, en apparence du moins, s'éloignait des perspectives psychanalytiques.

Il est d'ailleurs facile de penser que la toxicodépendance représente davantage un phénomène de société qu'une problématique individuelle. A ce titre, les réponses ont donc d'abord largement privilégié l'aspect de protection de "l'ordre social"; c'était à la justice et à la police de s'en occuper. Comme la psychanalyse s'est davantage distinguée comme une science poussant l'individualité à l'extrême, il ne paraissait pas évident de l'interroger à ce sujet.

Les analystes eux-mêmes ont parfois refusé de s'en mêler, la considérant comme une "perversion", l'exemple typique de l'inanalysabilité. Il y a vingt ans, il était habituel d'entendre qu'il était contre-indiqué de prendre des toxicomanes en analyse, sauf ceux dont on pensait qu'ils étaient de "bons cas". Cette réputation reposait sur l'idée souvent vérifiée que les angoisses suscitées par le transfert dans la cure amenaient l'analysé à des prises de toxiques, acting-out sans cesse répétés qui conduisaient à l'impasse du traitement. Il restait alors à inventer des cures d'orientation psychanalytique plus ou moins aménagées dont on espérait qu'elles seraient mieux adaptées. La majorité des patients, les "mauvais cas", étaient exclus de toute approche analytique; on leur réservait des traitements centrés exclusivement sur les symptômes, soit en les soulageant avec des médicaments, soit en les réduisant avec des pédagogies plus ou moins raffinées. On expérimentait à tâtons et le pire

côtoyait souvent le meilleur!

Il est intéressant de constater que, du point de vue historique, la situation est en partie comparable à celle des cures analytiques de patients psychotiques. Freud disait ne pas y adhérer vu la présumée incapacité des psychotiques à opérer un transfert. Malgré ces mises en garde, la psychothérapie analytique des psychotiques a trouvé des "preneurs" chez des analystes réputés qui ont d'abord oeuvré comme des pionniers avant de s'insérer dans le réseau des soins psychiatriques hospitaliers et ambulatoires là où ils ont été invités et accueillis. Ainsi, Freud s'était en partie trompé, les psychotiques étaient bien susceptibles de transférer; la difficulté était du côté des modalités d'élaboration du transfert et du contre-transfert. Des questions similaires ont surgi à propos de la cure des cas-limites, comme nous aurons l'occasion d'y revenir plus loin.

Des idées pour le traitement

Le diagnostic de "toxicomanie" ouvre d'emblée sur une difficulté si l'on souhaite apporter un éclairage psychanalytique. En effet, cette appellation s'avère principalement d'ordre phénoménologique, basée essentiellement sur une symptomatologie. Or, le psychanalyste a notamment appris d'expérience à ne pas se fier aux seules manifestations comportementales, aussi bruyantes puissent elles être, mais à porter son attention "bienveillante" aux contenus particuliers du discours de son patient et au type de conflits (intrapsychiques) auxquels ce dernier est confronté aussi bien dans le présent que dans le passé. Ces conflits, la souffrance et les plaisirs (bénéfiques secondaires) qu'ils lui ont procurés, le patient choisit de venir en parler à tel analyste dans l'espoir que l'expérience partagée d'un travail d'élaboration l'aide à s'en dégager, à trouver d'autres issues. Dans ce colloque singulier, on est ainsi loin des généralités même si en chacun préexiste et se joue un universel, dont la théorie psychanalytique a défriché les lignes de force autour du complexe d'Oedipe. Ce premier point nous permet d'affirmer qu'il est nécessaire de rencontrer la personne toxicodépendante au plus près de son histoire individuelle et donc de fonder notre stratégie thérapeutique autrement que sur les "méfaits" du toxique. Ce n'est pas la drogue qu'il convient de traiter!

Nous pouvons maintenant tenter de dégager, à grands traits, quelques-unes

des idées psychanalytiques qui sont des préalables importants pour tout traitement de toxicomanes où la psychothérapie a encore sa place et demeure, en intention tout au moins.

La notion d'inconscient est incontournable. L'inconscient "dynamique" de S. Freud, celui de la première période (1ère topique) est défini comme étant régi par le principe de plaisir, c'est-à-dire qu'il est mû par la recherche du plaisir et par l'évitement du déplaisir (le plaisir d'une instance psychique pouvant d'ailleurs être le déplaisir d'une autre, etc.). Ceci constitue déjà un point qui peut être envisagé dans la clinique des toxicomanes: on aurait d'un côté la recherche du plaisir à tout prix et de l'autre les dures exigences du principe de réalité et de l'autoconservation (ne pas mourir de plaisir!). En suivant Freud dans ses théories sur la sexualité infantile, le plaisir du toxicomane peut se comprendre comme une manière de détourner le but et la destination d'un plaisir sexuel; ceci se ferait sur le modèle de la genèse des perversions. Freud disait d'ailleurs que la masturbation était la plus ancienne des addictions. Ce rapport au plaisir est peut-être ce qui a contribué à caricaturer le mythe du toxicomane qui prend son plaisir en toute illégalité, satisfaisant ses pulsions sur un mode "égoïste" primitif qui évacue le rapport à l'autre. Cette façon de rendre compte du vécu addictif fait cependant l'impasse sur toute la dimension du déplaisir et de la souffrance due aux manques, manque de la substance mais aussi et surtout manque à être. Il ne s'agit pas tant de gagner un "paradis artificiel" que d'activer une alternance paradis-enfer, le fameux enfer de la drogue.

Dans ces conditions, il conviendrait donc de se demander ce qu'il advient de la relation à l'autre (relation d'objet) dans ce plaisir si particulier. Cet autre qui va occuper la position de soignant au moment de tisser un lien thérapeutique est-il simplement "utilisé" comme une chose, réduit à l'état de spectateur impuissant ou contraint de s'ériger en législateur répressif, "négatif" en quelque sorte? La drogue peut alors s'interposer comme un médium non-humain, quasi-autistique ou comme un support hallucinatoire fixant à jamais l'illusion de la relation (hautement problématique) aux premiers objets humains.

A ce sujet aussi, la psychanalyse autorise quelques réponses. Le constat de la très longue dépendance de l'enfant par rapport à son environnement, et en particu-

lier la mère, pour la satisfaction de ses premiers besoins a permis de comprendre de quelle façon se construit la relation à l'autre, aux autres et à soi-même. Ce sont des éléments déterminants du développement de la relation d'objet y inclus le narcissisme, c'est-à-dire la capacité de l'individu à se constituer et s'organiser comme sujet en s'utilisant soi-même comme objet de satisfaction face aux déceptions immanquables que lui imposent la réalité. Au compte des ratés de ce processus, nous pourrions repérer quelques scénarios connus qui se retrouvent assez souvent dans les pathologies de la dépendance: le fantasme d'amour exclusif tournant en symbiose, la haine face aux parents frustrants et finalement tous les écueils du fameux complexe d'Oedipe et de ses avatars incestueux et parricides.

La reproduction de l'histoire

Revenons à la question du manque chez les patients toxicomanes; au-delà du produit qui suscite une accoutumance, quel est donc ce vide insupportable que la drogue est censée combler? L'illusion que l'on peut se suffire à soi-même sans intervention aucune d'autrui ne peut se maintenir qu'avec l'aide du toxique. Ce dopage viendrait donc à la rescousse d'un sentiment de toute-puissance infantile par une espèce de paradoxe: il est exclu que l'objet manque tellement il est vital, et en même temps il est dénié! Le travail psychique d'élaboration est ainsi escamoté car le deuil paraît impossible. L'objet halluciné des paradis artificiels s'impose presque physiquement et écrase la capacité de penser. A l'extrême se développe une zone "autistique" qui se constitue comme repli devant l'angoisse. L'addiction au produit (ou à un autre fétiche) représenterait à la fois une tentative de se dégager de l'image écrasante d'une mère omnipotente tout en continuant de bénéficier de son emprise. Tout conflit est ainsi évité, mais au prix d'une vulnérabilité extrême en l'absence du produit qui renvoie à nouveau aux vécus d'absence, aux expériences décevantes du manque, de fiabilité cette fois-ci. L'objet est renvoyé dans l'ombre, enfermé dans la zone somato-psychique des besoins. La capacité de différer la satisfaction qui sous-tend habituellement le désir devient là une tension insupportable, elle est donc évacuée. Nous savons bien qu'inévitablement nos

patients reproduisent dans les traitements certains aspects de leur histoire, en particulier les plus carenciels. C'est pourquoi, le thérapeute, l'autre dont il est question dans la relation de soin avec les addictifs (le transfert, pour prendre un autre terme majeur de la psychanalyse) est placé dans une oscillation entre une position de toute-puissance (transfert en miroir) ou de paralysie (transfert dévalorisant). La tension désirante propre au névrosé n'a que peu de place dans une telle relation. De plus, la drogue vient en quelque sorte colmater le fonctionnement auto-érotique du toxicomane. La relation analytique met progressivement tout cet édifice "auto-soignant" en question pour le conflictualiser, pour permettre au patient de découvrir d'autres issues plus exigeantes et, tout compte fait, dont on est en droit d'espérer qu'elles soient quand même plus satisfaisantes. Nous ne voyons pas d'autres manières d'empoigner véritablement le problème, de l'intérieur cette fois-ci. C'est à la fois l'intérêt et le risque des approches psychanalytiques.

Ces diverses caractéristiques expliquent aussi les difficultés particulières à s'impliquer dans un soin aux toxicodépendants. En effet, et ceci est observable par tout un chacun, le patient suscite chez l'interlocuteur quel qu'il soit un sentiment passionnel démesuré dont l'aspect contradictoire s'explique par un clivage. Sans entrer dans tous les détails d'un mécanisme psychique complexe qui utilise aussi la mise à l'extérieur des tensions (ce qu'il convient d'appeler une projection), on peut constater une réaction double et extrêmement violente: soit un rejet pur et simple, soit une attitude compatissante exagérée de type messianique, celle du sauveur. Les prises de positions médiatiques reflètent assez régulièrement ce double mouvement, difficile à comprendre si ce n'est dans un registre psychodynamique. La clinique des troubles de la personnalité nous a beaucoup appris dans ce domaine et les traitements destinés aux états-limites ouvert de nombreuses perspectives psychothérapeutiques, applicables par analogie.

La psychanalyse, une référence

Ce n'est pas parce que le toxicomane se traite lui-même parfois comme une machine (en s'injectant des substances) que nous sommes obligés de faire de

même en tentant par exemple de le punir, de le rééduquer ou de le "reprogrammer" correctement.

Au cours de ces quelques développements, nous ne prétendons nullement avoir fait le tour des connaissances disponibles dans l'approche psychanalytique de ce sujet. Nous avons voulu suivre au plus près le fil du lien entre soignant et soigné, en nous plaçant dans une optique principalement thérapeutique. Bien que le toxique risque de polariser l'attention, de se profiler comme un "concurrent" potentiel, une véritable relation de soin demeure possible et hautement souhaitable. Ses échecs aussi peuvent amener une compréhension utile, à condition de nous référer à des concepts qui ont fait leurs preuves dans d'autres domaines. Même si la psychanalyse-type n'a probablement que peu souvent sa place dans un dispositif de "soins", elle garde par contre toute sa pertinence pour pouvoir penser la relation soignant-soigné. Dans la pratique, elle est et a été une boussole incontournable. C'est grâce à la référence à une expérience psychanalytique qu'il est possible de concevoir un cadre psychothérapeutique "adapté", sans verser dans une attitude pervertie par l'oscillation "impuissance/omnipotence" dont nous avons vu qu'elle se constituait en miroir de la problématique addictive.

Pour en savoir plus:

- J. BERGERET, "Toxicomanie et personnalité", PUF, coll. Que sais-je?, Paris, 1982.
C. DAVID, "Post-scriptum à L'état amoureux", Revue française de psychanalyse, no3, 1996
S. FREUD, - "Trois essais sur la théorie sexuelle", NRF- Gallimard, coll. Connaissance de l'inconscient, Paris, 1987.
"Au-delà du principe de plaisir" in Essais de psychanalyse, Petite Bibliothèque Payot, Paris, 1982.
A. GREEN, "Le complexe de castration", PUF, coll. Que sais-je?, Paris, 1990.
O. KERNBERG, "Les troubles graves de la personnalité: stratégies psychothérapeutiques", PUF, coll. Le fil rouge, Paris, 1989.
S. LE POULICHET, "Toxicomanies et psychanalyse: les narcoses du désir", dir. P. Fédida, PUF, coll. Voix nouvelles en psychanalyses, Paris, 1987.
H. ROSENFELD, "La toxicomanie", chap. VII, in Etats psychotiques, coll. Le fil

De l'aide psychologique à la psychothérapie analytique

*Isabelle Berclaz, médecin responsable de la future Unité ambulatoire spécialisée,
secteur psychiatrique est vaudois, Corsier*

*Le thérapeute: ce serait quoi pour vous le contraire de la drogue?
le patient: ce serait de penser.
(extrait d'une consultation)*

Si la valeur heuristique de la psychanalyse permet un éclairage pertinent des fonctionnements psychiques et participe à la compréhension des usages de drogue, la technique analytique, qu'il est possible de proposer sur la base d'une plainte ou d'un symptôme, semble souvent mal adaptée à la prise en charge des patients toxicomanes, "grands brûlés" de la relation et qui se sont encombés, au travers du produit, d'une forme de "solution". Ce n'est pas faire injure à la psychanalyse que de constater l'inadaptation de son dispositif classique cela invite plutôt au renouvellement de ses applications, à partir de problématiques telles que la toxicomanie, qui n'étaient pas au cœur des conceptions originelles de Freud.

De même, l'intérêt et la place de la psychothérapie dans le traitement des toxicomanes sont toujours un sujet de controverses mais surtout de grande confusion engendrée par l'imprécision du concept: il y aurait actuellement entre deux et trois cents techniques psychothérapeutiques répertoriées. Le but de la réflexion ci-dessous est de discuter des aménagements pratiques de ces settings, dans le cadre d'une psychothérapie d'inspiration analytique avec des patients toxicomanes.

Pour mener à bien une telle entreprise avec des patients toxicodépendants, au moins deux conditions doivent être réunies:

1. un cadre de vie stable: c'est-à-dire que le patient ne soit pas sans toit ni ressources, ou en période d'intoxication massive, situations où le besoin prend un caractère d'urgence, mobilisant toute l'énergie de la personne, que ce soit pour chercher de l'argent, un domicile ou un produit. Avant même de pouvoir envisager un travail psychothérapeutique, l'un des buts du soin de base est de permettre une forme de stabilisation.

2. un questionnement: même fragile, la personne cherche quelque chose qu'elle ne comprend pas: "je ne veux plus en prendre pourtant j'en prends quand même", ou bien "parfois j'arrête plusieurs mois et puis tout d'un coup, au gré d'une rencontre, je recommence". Autant de questions qui, à peine posées, sont susceptibles d'être effacées par le recours à cet anesthésiant de la pensée qu'est le produit. A partir de là, nous pourrions distinguer deux niveaux d'intervention qu'il est nécessaire de respecter.

L'aide psychologique

Il s'agit du point de départ de toute forme de prise en charge, car, dans la majorité des cas, lorsqu'il vient consulter un soignant, le patient toxicomane exprime rarement d'emblée une demande de psychothérapie. La prise en charge va donc, en premier lieu, viser une amélioration de la situation de la personne, en trouvant une réponse à ses besoins élémentaires - manger, dormir, se soigner - et à un apaisement de la recherche compulsive du

produit, par la proposition d'un traitement de substitution par exemple.

Dans ce premier temps, l'aide psychologique est conduite par l'ensemble des intervenants, ce qui n'exclut nullement la rencontre avec un psychothérapeute. Chacun à sa façon se doit d'être à l'écoute, cadrant et élaborant avec le patient une stratégie de prise en charge qui corresponde au mieux aux difficultés individuelles du moment. La position du soignant est là celle d'un tiers qui vient s'introduire dans le rapport intime entre le sujet toxicomane et son produit. C'est précisément lorsque cette relation s'instaure que va pouvoir se dérouler une subtile négociation, une adaptation mutuelle, qui se déroulent dans un cadre commun, où se testent les capacités du soignant à adapter sa réponse à la personne qui lui fait face, mais aussi celle du patient à investir le soignant dans son univers, à investir le cadre du traitement proposé. Les enjeux de la prescription, les horaires de rendez-vous vont donc faire l'objet de négociations.

Ainsi l'apprentissage de l'échange, de la délibération, du compromis, l'affrontement du refus parfois, tout cela va contribuer à développer une meilleure perception de soi, de ses intérêts, tout comme ils vont introduire la reconnaissance de l'Autre. Cette négociation est donc un processus qui transforme la demande de soins, quelle qu'elle soit, en un lien humain. Elle est d'autant plus indispensable que le toxicomane vient avec une exigence qui l'obsède, "enfermez-moi" ou "donnez-moi ce médicament, pas un autre", lui qui jusqu'ici avait trouvé une solution provisoire à sa difficulté d'être.

Dans ce premier contact, le soignant psychothérapeute ne peut en aucun cas rester en position passive, en attendant une hypothétique demande qui ne s'exprimera peut-être jamais. Son action vise au contraire à faire surgir des interrogations du patient sur lui-même. Pour ce faire, le psychothérapeute doit s'insérer dans le dispositif de soin et non se tenir en périphérie, ceci afin que des rencontres se produisent, qu'il soit identifié par le patient, sans préjuger de son engagement ou non vers une psychothérapie. Il doit donc avoir pleinement sa place dans une équipe pluridisciplinaire, pour proposer des hypothèses sur le fonctionnement psychique du patient, participer à l'élaboration de sa prise en charge, veiller à ce qu'elle favorise la mise en mots de ses difficultés et un questionnement sur son histoire et pas seulement un reconditionnement "positif".

L'aide apportée à la stabilisation, la sécurité du rapport à l'autre va prendre un temps variable, mais sera le support d'une restauration de l'image de soi et permettra peut-être l'élaboration de la demande psychothérapeutique. C'est le temps de l'alliance thérapeutique, où il s'agit de "tricoter" la relation, d'appriivoiser le patient, de susciter chez lui une interrogation. Il ne faut pas sous-estimer la fragilité de cette forme d'étayage, susceptible d'être mise à mal et bousculée par des ruptures ou des acting dramatiques.

Certains patients se satisfont de ce premier travail, qui leur permet de retrouver ainsi un début d'équilibre, une identité et un mode de relation à autrui plus satisfaisants. Pour d'autres, c'est dans la construction progressive de ce lien que la souffrance psychique pourra se dire et se faire entendre. Le patient peut alors être adressé à quelqu'un en particulier. Un travail psychothérapeutique plus classique pourra alors s'avérer possible, incluant la possibilité de rencontres régulières, cadrées dans un temps et un espace spécifiques.

La psychothérapie

Cette forme particulière du dialogue

interpersonnel vise à travailler sur les processus psychiques, avec pour support une relation de type transférentiel entre un psychothérapeute et un patient, avec pour instrument essentiel la parole.

Il ne s'agit pas ici de proposer un modèle de psychothérapie dont on sait, par expérience, qu'il ne saurait s'appliquer à tous les toxicomanes, mais simplement d'éclairer quelques points importants dans la disposition du cadre thérapeutique ainsi que quelques difficultés spécifiques de ces thérapies menées avec des personnes ayant eu massivement recours aux drogues dures. L'abord psychothérapeutiques des toxicomanes n'est pas vraiment spécifique, dès que l'on prend en compte, au delà de la toxicomanie, la structure du sujet. On peut néanmoins noter, au début, qu'une banale clarification peut prendre valeur de confrontation, et que la prudence interprétative est de mise. C'est à ce prix qu'au fil du travail le patient pourra notamment laisser émerger le souvenir de situations traumatiques passées et actuelles qui déterminent sa vie, se confronter aux choix qu'il évitait. Certaines problématiques, sans être propres aux toxicomanes, reviennent régulièrement: l'enfance carencée, marquée par les abus de toutes sortes, des relations parentales conflictuelles, des problèmes liés à l'acculturation, des troubles identitaires et du registre narcissique.

Quelques difficultés semblent néanmoins propres à la psychothérapie du patient toxicodépendant: les demandes qui mettent systématiquement le thérapeute en position d'intervenir activement, agir contre la drogue, et le patient en position de spectateur du combat que l'on mène pour lui, mais paradoxalement sans lui. Un autre écueil est celui où le thérapeute est mis en position de combler la sensation de vide créée par l'arrêt de la recherche compulsive de produit. Mis en position de toute-puissance, le thérapeute remplira le vide d'imaginaire et d'idéaux, agira pour le patient, pensera pour lui un projet idéal, dont le patient ne sera plus que le support. Ces situations se terminent souvent par un échec brutal et

par une fermeture à l'autre, vécus comme intrusifs et annihilant le sujet.

Il ne faut pas oublier que certaines réintoxications sont liées à des douleurs réveillées par le travail thérapeutique, au retour de ce qui était occulté, appelant inévitablement à retrouver une certaine forme d'anesthésie de la pensée. D'autres sont à comprendre dans le transfert, intoxications d'avant ou après une séance et souvent interprétables. D'autres encore testent la capacité du thérapeute et du cadre à supporter ou à intervenir, appels auxquels il serait souhaitable de répondre.

Enfin, il faut penser à ce qui permet à la psychothérapie de se poursuivre, c'est-à-dire le cadre dans lequel se déroule l'ensemble de la prise en charge, avec des autres intervenants qui assurent, autour du patient, le traitement de substitution, l'action sociale, le maintien d'une stabilisation. Ces intervenants, les premiers acteurs de la relation d'aide, qu'ils émanent d'un réseau de soin ou d'une institution, forment en quelque sorte le cadre souple mais contenant qui permet à la relation psychothérapeutique d'évoluer. C'est peut-être là que réside la spécificité de la psychothérapie des usagers de drogue: moins qu'ailleurs, on ne peut l'abstraire du cadre qui l'héberge.

Bibliographie:

- ANALYTICA no 57: "Le toxicomane et ses thérapeutes", Paris, Navarin, 1989.
A.MOREL, F. HERVE, B.FONTAINE, "Soigner les toxicomanes", Dunod, Paris, 1997.
F. POMMIER, M.J.TABOADA, "Préliminaire à une prise en charge psychanalytique du toxicomane" Esquisse psychanalytique, no 9, p.79-92, 1988.
M. ZAFIROPOULOS, "Le toxicomane n'existe pas", Navarin, Paris, 1988.

Highlights

concernant la désintoxication

Nemexin®

(Naltrexone HCl)

Admis par les caisses-maladie (I)
depuis le 15 mars 1994

Le premier sevrage médicamenteux des opiacés sans opiacés qui, parallèlement à une prise en charge psychosociale, prévient efficacement la rechute.

En 1995, aux Etats-Unis, Nemexin® a été admis pour le traitement des personnes dépendantes de l'alcool.

et du diagnostic

DART®

Le premier test rapide de dépistage des drogues selon les normes du NIDA, sans réactifs.
Trois gouttes d'urine suffisent - après 6 minutes, vous connaissez le résultat.

DART® détecte simplement, rapidement et sûrement:

DART® 4: opiacés (sans méthadone), cocaïne, THC, ecstasy
DART® 2: opiacés (sans méthadone), cocaïne
DART® 1 (tests uniques): opiacés (sans méthadone)

cocaïne
THC
ecstasy
méthadone
barbituriques
benzodiazépines

Conférences,
informations et documentation:

OPOPHARMA SA, c/o Polymed Medical Center
Industriestrasse 59, 8152 Glattbrugg
Téléphone: 01/810 03 14, Fax: 01/818 04 10

L'approche cognitivo-comportementale au travers d'un exemple clinique

Dominique Page, Dr en psychologie, psychologue FSP,
Unité de toxicomanie, Division abus de substances, HUG, Genève

L'approche cognitivo-comportementale est relativement nouvelle comme réponse thérapeutique dans le champ des dépendances. Elle repose sur l'idée que la plupart des réponses d'un individu sont le résultat de processus d'apprentissage. C'est donc sur ce processus qu'elle va tenter d'agir. L'article proposé part de l'exemple concret d'une partie de thérapie cognitivo-comportementaliste.

"La première fois, c'était il y a 12 ans. Une soirée entre copains... Il y avait de la poudre, j'ai essayé, pour voir, pour faire comme tout le monde... J'ai passé toute la soirée à vomir, j'étais malade ! Mais, le lendemain soir, j'ai recommencé et je n'ai plus arrêté, je me demande bien pourquoi ! Au début, c'était une fois de temps en temps et, petit à petit, tous les jours, puis plusieurs fois par jour. Je la fumais, mais c'est vite devenu trop cher, alors je l'ai injectée. J'ai de la chance de ne pas avoir attrapé le sida, par contre j'ai l'hépatite C. [...] Je n'ai jamais été très bien dans ma peau, toujours timide, incapable de dire non, alors la poudre, ça m'aide. Je suis trop gentil, je me fais toujours avoir. [...] Je voulais m'exploser, vivre à 250 km/heure. Je n'avais pas envie de devenir un géranium. Au début, c'est exactement ça que j'ai vécu: je n'avais plus peur de rien, je me sentais quelqu'un. Plus de problèmes, c'était la fête tous les jours ! Et cette chaleur qui monte quand tu la prends ! Tu te sens décoller ! Le monde peut s'arrêter de tourner, plus rien n'a d'importance. Mais c'est devenu la galère. Toujours plus, toujours moins d'effets ! Je n'arrivais plus à faire sans. Aujourd'hui, j'en ai marre, je n'en peux plus de galérer. Je voudrais me débarrasser de ça, avoir une vie normale, un enfant, un travail. Mais je ne suis qu'un toxico. Je n'ai jamais été capable de faire quoi que ce soit de bien dans ma vie."

Patrick a 28 ans, 53 kg, pâle et décharné; il vit dans un squat, endetté jusqu'au cou, condamné à plusieurs reprises, sans travail et sans revenus fixes. Presque douze ans de galère... Pourquoi? Ou plutôt comment en est-il arrivé là? Comment l'approche cognitivo-comportementale répond-elle à cette question?

Apprendre à devenir dépendant

Le cognitivo-comportementalisme part de l'idée que la plupart des réponses d'un individu sont le résultat de processus d'apprentissage. L'être humain reçoit continuellement des informations provenant de son environnement (il voit, il entend, il touche et il sent) et de lui-même (il ressent, il pense). Ces informations, appelées stimuli, sont interprétées et conduisent à une réponse (verbale, non verbale, motrice, cognitive ou émotionnelle), appelée comportement. Trois types de processus d'apprentissages accélèrent ce traitement des informations: les conditionnements **répondant**, **opérant** et **vicariant**.

Par le conditionnement répondant, Patrick a appris à associer certaines réponses à des informations, de manière systématique et automatique. En voici une illustration:

"Il suffit que je voie une rondelle de citron (stimulus) pour avoir envie de consommer. La rondelle de citron, c'est quelque chose de très fort pour moi, parce que c'est ce que j'utilise pour préparer mes injections (la

rondelle de citron est devenue pour Patrick un stimulus "conditionnel", c'est-à-dire associé automatiquement à la consommation).

Les comportements de Patrick lui permettent d'obtenir un bénéfice immédiat, appelé "renforcement positif", ou d'éviter quelque chose de désagréable; on parle alors de "renforcement négatif". Dans un cas comme dans l'autre, ces renforcements augmentent la probabilité que Patrick répète son comportement. C'est le résultat du conditionnement opérant.

"Je me sens tellement mieux quand j'ai consommé; je suis enfin détendu (bénéfice obtenu, renforcement positif). Je n'ai plus cette trouille des autres qui me hante (désavantage évité, renforcement négatif)".

Quant au conditionnement vicariant, il est le résultat de l'imitation des comportements des pairs; si le comportement imité est renforcé, il a tendance à être reproduit. La manière dont Patrick est entré dans la toxicodépendance, en imitant ses amis lors d'une soirée, en est une illustration.

Le rôle des pensées et des émotions

La seconde prémisse explicative de la toxicomanie de Patrick est l'existence de dysfonctionnements cognitifs qui l'ont conduit à initier sa dépendance et qui lui permettent de la maintenir. Les dysfonctionnements cognitifs sont des erreurs de raisonnement et d'interprétation; ils biaisent et faussent la réalité, comme le miroir déformant modifie l'image corporelle de celui qui s'y regarde: l'image reflétée n'est pas représentative de la réalité. Si la personne qui se mire n'est pas consciente de l'existence d'un biais, elle considérera que ce reflet correspond à la réalité et agira en fonction de cette dernière, telle que perçue.

Patrick nous fournit plusieurs exemples de l'impact des dysfonctionnements cognitifs sur ses comportements et ses émotions.

"De toutes façons, je suis nul. Je n'ai jamais réussi à faire quoi que ce soit de ma vie, si ce n'est me shooter! Je suis découragé, je n'y arriverai jamais. Parfois, je me dis que, même si je m'en sors, cela ne

servira à rien: quand je vois les dettes que j'ai sur le dos! Je n'ai aucune formation professionnelle, je n'ai jamais fini mes études. Je devrais tout reprendre à zéro!"

Patrick a certainement de bonnes raisons d'être anxieux. Le chemin à parcourir est long et semé d'embûches... d'autant que ses dysfonctionnements cognitifs ne lui facilitent pas la tâche! Est-il nul? N'a-t-il jamais réussi à faire quoi que ce soit d'autre que consommer? Une telle image de soi en découragerait plus d'un! Quelles sont les preuves de l'adéquation de la perception que Patrick a de lui-même? Que se passerait-il si Patrick parvenait à éliminer le biais cognitif qui déforme la réalité qu'il perçoit? S'il se parlait à lui-même de manière plus adéquate et réaliste, en se disant, par exemple :

"J'ai peur de n'être qu'un nul; je doute de ma valeur. Je n'ai pas donné à ma vie la direction que je souhaiterais aujourd'hui. Je crains que la tâche ne soit difficile. Je souhaite m'en sortir mais je sais qu'il ne s'agira là que d'une étape: je devrai m'affranchir de mes dettes, me donner le temps de me former professionnellement. Le chemin est encore long!"

Pensées et émotions, comme le dénote l'exemple ci-dessus, sont étroitement liées et interdépendantes. L'émotion peut suivre la pensée (si une personne se rappelle un souvenir triste, elle risque de se sentir maussade), elle peut la précéder (la personne qui a failli se faire écraser par une voiture ressent de la peur et se dit: "Quelle horreur!").

Omniprésentes, les émotions peuvent être à la source de la cognition et du comportement:

"Je n'ai jamais été très bien dans ma peau, toujours timide, incapable de dire non, alors la poudre, ça m'aide",

l'une de leurs conséquences:

"Je n'avais plus peur de rien, je me sentais quelqu'un",

et jouer le rôle d'un renforcement (processus de conditionnement opérant):

"Cette chaleur qui monte quand tu la prends!"

En résumé, l'histoire et la consommation actuelle de Patrick sont le produit croisé des trois univers dans lesquels évolue

tout être humain: les comportements, les émotions et les cognitions. Il faudra donc agir sur la conjonction de ces univers, en modifier les interactions, si l'on veut produire un changement. Comment les stratégies cognitivo-comportementales peuvent-elles aider Patrick à briser le cercle vicieux de sa toxicodépendance?

Agir sur les comportements

Chaque fois que Patrick passe à proximité du Mollard, il est comme attiré par un aimant et ne peut s'empêcher d'acheter de la drogue (conditionnement répondant). Afin de briser l'association entre ces deux éléments - la place du Mollard et l'achat de la drogue - Patrick et son thérapeute cognitivo-comportementaliste se rendent à plusieurs reprises au Mollard et y passent quelques heures, sans que Patrick n'achète de produit (stratégie d'immersion avec prévention de la réponse/extinction). Dans le même ordre d'idée, Patrick a constaté que la simple vue d'une seringue suffit à lui donner envie de consommer, si fortement qu'il ne parvient pas à résister et rechute; durant plusieurs séances, le thérapeute cognitivo-comportementaliste de Patrick lui propose de se confronter à la vision d'une seringue, dans un premier temps en l'imaginant (stratégie d'exposition en imagination), puis sur une photographie, et finalement en présence de l'objet (stratégie d'exposition); ces expositions durent suffisamment longtemps pour que l'envie de Patrick, après avoir flambé, redescende à un niveau minimum. Progressivement, Patrick désapprendra à associer un comportement à un événement donné (stimulus).

Les méthodes d'exposition et d'extinction consistent donc à confronter la personne au stimulus conditionnel, suffisamment longtemps pour qu'il perde son pouvoir d'évocation (exposition), et en empêchant que ne survienne la réponse habituelle (extinction). Leur principe de fonctionnement peut être illustré comme suit: si une personne reste longtemps dans une pièce sombre et qu'elle ouvre subitement les volets pour laisser pénétrer la lumière du soleil, elle sera éblouie,

aura mal aux yeux et s'empressera de refermer les volets; le seul moyen pour elle de profiter à nouveau de la lumière du jour sera d'ouvrir progressivement les volets de sorte à permettre à ses yeux de s'habituer à la lumière. Ces méthodes produisent des résultats satisfaisants en termes de diminution de la consommation et d'augmentation du sentiment d'efficacité personnelle (Dawe et al., 1993; Powell et al., 1993; Stitzer et al., 1983).

En cherchant à ne plus consommer, Patrick a perdu, petit à petit, toutes les personnes qu'il avait l'habitude de fréquenter. Très seul, il attend que ses journées passent, se désespère et s'ennuie. Encouragé par son thérapeute cognitivo-comportementaliste, Patrick se rend à plusieurs séances d'un groupe d'ex-consommateurs. Au près d'eux, il parvient à trouver un sens aux difficultés auxquelles il se confronte sans produit (renforcement positif), est encouragé par ses pairs (renforcement positif), félicité pour ses succès (renforcement positif). Non seulement il peut rompre la solitude dans laquelle il se trouvait (renforcement négatif) mais commence à prendre des responsabilités en devenant le secrétaire de l'association (renforcement positif).

Tout ceci est de l'ordre de la gestion des contingences par laquelle les renforcements qui suivent une action donnée sont influencés, de sorte à favoriser une reproduction de l'action. Il s'agit d'"arroser ce que l'on veut voir pousser", de trouver des bénéfices en lien avec l'abstinence, capables d'entrer en compétition avec ceux qui prévalaient durant la période de consommation. Plusieurs chercheurs soulignent les résultats positifs obtenus grâce à la gestion des contingences, notamment Condelli (1991), Higgins (1991; 1993; 1994a; 1994b), Kadden (1991), Polakow (1973, 1974), Rawson (1994) ou Tober (1989).

Simultanément à la constitution d'un nouveau cercle d'amis, Patrick éprouve le besoin de renouer des contacts avec ses anciens amis, non toxicomanes, et avec les membres de sa famille, en particulier sa mère. Les relations conflictuelles que Patrick entretient avec cette dernière nécessitent que plusieurs entretiens de famille aient lieu afin de permettre à la mère et au fils de retrouver une relation harmonieuse. Dès lors, Patrick est invité régulièrement chez sa

mère pour un repas, un week-end, ou une fête particulière. Durant ces rencontres, Patrick reste cependant relativement inhibé, ne parvenant pas à défendre ses points de vue et préférant les taire plutôt que d'affronter une divergence d'opinions. Afin d'accroître ses compétences interpersonnelles, le thérapeute cognitivo-comportementaliste de Patrick lui propose de participer à un groupe d'entraînement aux compétences sociales (groupe d'affirmation de soi). Un problème du même ordre touche Patrick lorsqu'il veut trouver un travail: face à un employeur potentiel, Patrick perd tous ses moyens, balbutie et finit par quitter l'entretien d'embauche sans aucune chance d'être engagé. Patrick apprend à mieux se confronter à ce genre de situations dans un groupe dont l'objectif est la résolution des problèmes interpersonnels (T.I.P.S.).

L'apprentissage de compétences psychosociales, telles que l'affirmation de soi ou la résolution des problèmes interpersonnels, modifie aussi bien les comportements de l'individu que ses pensées et ses émotions. Patrick apprend à refuser quelque chose qu'on lui demande et qui ne correspond pas à ses souhaits, à exprimer son contentement ou son affection, à recevoir des critiques (autrement qu'en les considérant comme la preuve de son manque de valeur), à formuler des critiques constructives, à défendre ses droits, à se respecter, à oser être ce qu'il est, etc. Là encore, les résultats des études sont encourageants: ces apprentissages favorisent l'amélioration de la qualité de vie, de l'intégration sociale, et l'épanouissement personnel (Bradizza, 1994; Hall, 1979; Hollonds, 1980; Holzman, 1991; Jenson, 1993).

Agir sur les cognitions et sur les émotions

Afin de permettre à Patrick de corriger la part d'erreur dans ses interprétations - ses cognitions dysfonctionnelles - son thérapeute cognitivo-comportementaliste lui propose d'observer, au moyen de fiches à compléter quotidiennement, les liens potentiels existant entre ses comportements, ses pensées et ses émotions. (*Voir fiches d'observation p. 13*)

Patrick prend petit à petit conscience des règles qui gèrent son comportement: lorsqu'il est confronté à une frustration (émotion), il en éprouve de la tristesse et/ou de la colère (émotion), interprète l'événement négatif comme un manque d'affection ou de respect de la part d'au-

trui (dysfonctionnement cognitif), sent la tension monter (émotion) et cherche à retrouver un certain calme au travers du produit (comportement). Une fois ces liens mis en évidence, il s'agira pour Patrick et son thérapeute cognitivo-comportementaliste d'en faire la critique, notamment de remplacer les dysfonctionnements cognitifs par des pensées plus adaptées à la réalité. Malheureusement, il ne nous est pas possible d'entrer ici dans le détail des stratégies utilisées à cette fin; nous renvoyons le lecteur intéressé à l'ouvrage d'Aaron T. Beck (1993) et aux écrits de Jérôme Platt (1988, 1993).

Maintenir les acquis

Parvenir à initier une abstinence est un travail difficile, mais n'est pas un aboutissement en soi. Il s'agit maintenant pour Patrick de maintenir ses acquis, en d'autres termes de prévenir la rechute. Marlatt et Gordon (1990) ont créé dans ce but des programmes de prévention de la rechute. Cette approche part du principe que le maintien d'une abstinence dépend de la capacité à identifier les situations à risque que la personne est susceptible de rencontrer. Une fois ces situations repérées correctement, elles peuvent être anticipées et faire l'objet d'un plan d'action établi préalablement à leur survenue. La rechute est aussi conçue comme le résultat d'une lacune dans les compétences de la personne à gérer une situation autrement que par la consommation. En d'autres termes, la rechute ne peut se produire que si l'on est peu ou pas préparé à affronter la situation.

Patrick sait que les fins de mois sont un moment de fragilité pour lui: il touche son salaire et a donc en sa possession suffisamment d'argent pour s'acheter de l'héroïne. Afin d'éviter cette tentation, Patrick a demandé à son patron, dans un premier temps, de lui verser son salaire chaque semaine. De plus en plus confiant en ses capacités de rester abstinent, Patrick a demandé de pouvoir toucher son salaire mensuellement mais s'arrange pour ne jamais avoir plus de frs. 50.- dans son portefeuille. Par ailleurs, les jours de paie, il est particulièrement attentif à s'octroyer un plaisir, un repas au restaurant, un spectacle, etc., afin de se récompenser du travail effectué. Il a réussi à mettre suffisamment d'ar-

Fiche d'auto-observation de la semaine du 7 au 13 juillet 1997

	Heure	Lieu	Situation	Emotions	Pensées	Comportement	Héroïne Envie / Prise
7.7	9.00	Chômage	Demande un dossier, dis bonjour, pas de réponse	Larmes aux yeux	Espèce d'imbécile, je sais bien que je ne suis qu'un sale toxico!	Je m'en vais sans prendre mon dossier	Envie : 7/10 Prise : non
8.7	18.00	Chez ma mère	Repas avec mon oncle : il dit que tous les toxicos sont des menteurs	Colère	Tu ne sais pas de quoi tu parles ! Si tu savais ce que je suis...	Je continue de manger sans rien dire	Envie : 3/10 Prise : non
9.7	11.45	Poste	Longue file d'attente, une dame me passe devant	Surprise, colère	Elle est gonflée celle-là!	Je ne dis rien mais je la regarde d'un air désapprouvateur	Envie : 5/10 Prise : oui
10.7	Rien	Rien	Rien	Rien	Rien	Rien	
11.7	20.00	Chez moi	Attends la visite d'un ami. Me téléphone pour me dire qu'il ne viendra pas.	Colère	On ne peut compter sur personne	Je lui dis : "Ce n'est pas grave, on se verra une autre fois "	Envie : 10/10 Prise : oui
12.7	Amis	Un café	Débat d'idées. Je n'arrive pas à en placer une.	Tension, énervement	Tout le monde se fout de ce que je pense	Je m'en vais, prétextant un rendez-vous	Envie : 4/10 Prise : non
13.7	14.00	Chez moi	Ne sais pas quoi faire. Attends que le téléphone sonne.	Tristesse, pleurs	Personne ne m'aime	Je ne bouge pas de chez moi.	Envie : 10/10 Prise : oui

gent de côté pour envisager de s'inscrire dans des cours du soir de perfectionnement professionnel.

Patrick a réussi à identifier l'une des situations à haut risque qui le concernent (la disponibilité financière) et à mettre en place des stratégies pour pallier cette fragilité ponctuelle. Il apprend par ailleurs à s'octroyer des bénéfices à ne pas consommer (s'offrir un repas au restaurant, un spectacle, des cours du soir) susceptibles d'être compétitifs avec ceux qu'il avait grâce à sa consommation.

Éléments de conclusion

Parmi les approches thérapeutiques, le cognitivo-comportementalisme est récent. Ses stratégies ne sont appliquées au champ de la toxicodépendance que depuis peu. Mais son impact est d'importance: il apporte une philosophie nouvelle de l'être humain et des soins, une

compréhension pluridimensionnelle des processus de dépendance, une attitude thérapeutique libératrice pour le patient et le thérapeute.

Convaincu des capacités de Patrick à gérer sa vie efficacement et de manière satisfaisante, le thérapeute cognitivo-comportementaliste lui propose de collaborer, de coopérer comme le feraient deux scientifiques cherchant à résoudre un problème. Toute solution est empirique; les hypothèses de travail sont soumises systématiquement à une vérification. Patrick et son thérapeute choisissent des priorités stratégiques en fonction d'une analyse fonctionnelle, pointilleuse et détaillée, qui se différencie fondamentalement de la notion de diagnostic. Selon les secteurs de difficultés repérés, la sélection d'un ou plusieurs outils thérapeutiques leur permet d'atteindre les objectifs établis par Patrick.

L'être humain est complexe. Ses conduites, problématiques ou non, sont

toujours pluridimensionnelles et dynamiques: un changement dans un des secteurs - comportemental, cognitif, ou émotionnel - entraîne des changements à tous les autres niveaux. C'est ce changement d'état qui est l'objectif premier de la prise en charge cognitivo-comportementale: passer d'un état dans lequel Patrick souffre vers un état dans lequel il trouve un équilibre de vie satisfaisant.

Bibliographie de référence

Ouvrages généraux en langue française

- Cottraux, J. (1979) Les thérapies comportementales. Paris: Masson
- Cottraux, J. (1992) Les thérapies cognitives. Paris: Retz
- Fontaine, O. (1984) Cliniques de thérapie comportementale. Bruxelles: Mardaga
- Mirabel-Sarron, C. Rivière, B. (1993). Précis de thérapie cognitive. Paris: Dunod

Liste des références citées à disposition au GREAT, case postale 20, 1401 Yverdon-les-Bains, 024/426 34 34

Famille et toxicomanie

R. Berrini, médecin, psychothérapeute, Centre pour l'étude de la thérapie familiale de la toxicodépendance, Milan, La Spézia

G. Cambiaso, psychologue, psychothérapeute, Centre pour l'étude de la thérapie familiale de la toxicodépendance, Milan, La Spézia

S. Cirillo, psychologue, psychothérapeute, Nouveau centre pour l'étude de la famille, Milan

R. Mazza, psychologue, Centre pour l'étude de la thérapie familiale de la toxicodépendance, Milan, La Spézia

A travers une analyse comptant sept stades, les auteurs de ce texte tentent de montrer que le symptôme toxicomane est à rechercher dans une perspective trigénérationnelle. Ils montrent aussi que la toxicomanie assume une fonction autothérapeutique.

Ce texte est extrait d'un chapitre à paraître dans M. Vannotti, M. Célis Gennart eds: "Malades et familles" Editions Médecine & Hygiène, 1997.

Il a paru pour la première fois dans Ecologia della mente, n°16, 1993, p. 11-37. Traduit de l'italien par A. Macciocchi.

Le choix des modifications dans le texte sont l'œuvre de M. Vannotti, avec l'autorisation des auteurs.

Prémises générales: l'origine relationnelle

Nous tenterons de décrire le processus d'évolution des relations dans la famille du toxicomane en mettant en évidence la façon dont ce processus contribue, d'un point de vue de l'origine, à l'évolution symptomatique du développement de l'enfant.

Toutefois, cette tentative de construire un lien entre les vicissitudes relationnelles et le comportement symptomatique ne doit pas être vue dans une optique déterministe, mais plutôt dans le sens de l'*individuation* de facteurs de risque.

Le schéma que nous avons esquissé découle d'une première grille d'hypothèses qui fut établie au début d'une recherche multicentrique en Italie sur la base des expériences cliniques des participants. Nous avons utilisé à cet effet les résultats issus des thérapies et des consultations qui ont été effectuées dans le cours des dernières années avec des patients toxicomanes et leurs familles dans différents contextes de travail (secteur public ou privé) et sans tenir compte des contrastes existant entre les différents programmes thérapeutiques mis en œuvre (communauté, psychothérapie, soins médicaux...). Vu l'extrême variabilité du symptôme de la toxicomanie, nous avons uniquement pris en considération les sujets de sexe masculin.

De cette confrontation est sorti le modèle diachronique actuel qui décompose en sept stades le processus d'évolution vers la toxicomanie, et met celui-ci en rapport avec les relations familiales. Le travail d'élaboration de ce modèle repose sur les

prémises suivantes:

a) Pour accéder à la compréhension du choix symptomatique, il faut considérer le scénario relationnel dans une perspective *trigénérationnelle*.

b) Dans l'histoire de la famille telle qu'elle s'étend sur trois générations, nous pouvons repérer des *événements traumatiques* qui n'ont pas été reconnus comme tels. Plus précisément, nous assistons à une minimisation du dommage subi grâce aux mécanismes de clivage et d'idéalisation qui suscitent une déconnexion entre les événements et les réactions émotives.

c) *La relation conjugale*, sous différents aspects, s'avère carentielle, fragile et insatisfaisante. Elle ne donne pas lieu à une situation de *pat* du couple mais, plus souvent, à une *triade transgénérationnelle pathogénétique* où un membre de la première génération est impliqué.

d) L'analyse des *relations dyadiques*, ainsi que la recherche portant sur les *aspects traumatiques et carentiels* de la relation parent/enfant acquièrent une importance fondamentale.

e) La toxicomanie assume une fonction *autothérapeutique* (L. Cancrini et al., 1991) et représente le signal de la *privation subie par l'enfant* au sein d'une organisation familiale qui est fondée sur la transmission intergénérationnelle d'un trauma non élaboré (J. Bowlby, 1988).

Nous avons vérifié l'existence de parcours différents qui mènent à l'émergence de la toxicomanie. Ces parcours, comme nous le verrons dans la suite,

peuvent se regrouper sous trois grands types, eu égard aux caractéristiques diagnostiques, à la particularité des relations qui sous-tendent la toxicomanie et à la symptomatologie psychique prévalante. A cet égard, il nous semble important de souligner qu'en cherchant à décrire la physionomie spécifique que la toxicomanie revêt sur le plan relationnel, nous avons surtout tenté de découvrir la signification du symptôme au sein de la famille, et non de circonscrire une catégorie diagnostique autonome. En ce sens, la toxicomanie, l'anorexie et les comportements suicidaires chez les adolescents ont en commun un grave désordre des affects, qui se traduit par une agression du corps propre. Notre projet (qui n'a pas la prétention de remplacer les enquêtes sociologiques) se propose de mettre au jour l'existence de différents choix symptomatiques dans le parcours pathologique de l'adolescent et d'expliquer ces différences.

Compte tenu de ces prémisses, nous allons maintenant chercher à préciser le déroulement diachronique d'un scénario relationnel dans la famille du toxicomane.

Les sept stades du processus

Premier stade: les familles d'origine et la transmission inter-générationnelle de la carence

Les parents du futur toxicomane ont expérimenté une relation carencielle, sous quelque aspect que ce soit, avec leurs parents respectifs, mais sans reconnaître le dommage subi. Un parcours typique est, d'une part, celui d'un père qui est mis précocement dans une position d'adulte, qui souffre d'une absence de rapport avec son propre père (soit que celui-ci ne fût pas présent, soit qu'il fût extrêmement rigide) et dont la mère ne reconnaît pas les efforts de substitution sur le plan des fonctions émotives et organisatrices de la famille. Le parcours typique est, d'autre part, celui d'une mère coincée dans un rapport conflictuel avec sa propre mère, conflit dont le père est souvent l'instigateur et auquel il ne tente pas de remédier.

Deuxième stade: le couple parental

Le choix du partenaire est souvent conditionné par la forme de la relation que les parents ont entretenue avec leurs propres parents. En général, le mari ne comble

pas - mais accentue même parfois - les manques que sa femme a subis auprès de sa mère. C'est justement la persistance de ces manques qui empêche la femme de s'occuper de façon adéquate de son fils. Comme Vinci l'a décrit (1991), nous pouvons rencontrer trois types de mariage:

- 1) Un mariage "d'intérêt", où chaque conjoint est particulièrement intéressé par la "dot affective" de l'autre. En effet, le partenaire est essentiellement perçu comme un instrument pour satisfaire ses propres besoins de réalisation sociale ou d'émancipation (qui se révélera être une pseudo-émancipation) par rapport à la famille d'origine. Ces besoins seront en grande partie insatisfaits et ne modifieront pas l'orientation émotive de base des deux partenaires, qui restera centrée sur la famille d'origine (la femme, tout particulièrement, restera tournée vers sa propre mère). Il est évident qu'il existe un rapport d'influence réciproque entre le choix instrumental du partenaire et le fait que celui-ci n'arrive pas à devenir, sur un plan émotif, plus important ou plus significatif que la famille d'origine.
- 2) Un mariage forcé, qui se base sur la rencontre de besoins psychologiques profonds, mais insatisfaits, et où chacun trouve dans le partenaire une forme de compensation qui génère une dépendance réciproque extrêmement forte. Cette compensation se révélera partiellement inefficace et aboutira à de constantes tentatives de trouver une issue à la frustration. En d'autres termes, on arrive à la situation de *pat* du couple que M. Selvini Palazzoli (1988) a décrite pour les parents de psychotiques.
- 3) Un mariage inexistant, où l'échange émotif est presque nul, où la relation est structurée de façon inerte et contingente, et où les attentes - qui ont une dimension compensatrice ou instrumentale dans les conflits avec la famille d'origine - sont rares et en tout cas vite déçues. La séparation ou les vicissitudes liées aux trahisons sont fréquentes. Les partenaires ont souvent des histoires individuelles qui sont marquées par de graves expériences d'abandon. Au sein de la consultation, la conflictualité est manifeste.

Troisième stade: les carences dans la relation mère/fils

La qualité de la relation mère/fils a des effets de privation et de carence par rap-

port aux besoins primaires de l'enfant, qui n'a pas conscience de son propre malaise en raison des mécanismes de minimisation ou de dissimulation du dommage employés par les autres membres de la famille. Trois modes de privation sont possibles:

- 1) Le maternage n'est pas authentique, il est seulement *simulé* ou "mimé" par la mère. Celle-ci est engagée dans une intrigue émotive (par exemple avec sa propre mère), qui exclut en partie son fils et en tout cas son conjoint (mariage "d'intérêt"). Elle s'occupe de son fils d'une façon apparemment irréprochable, mais en réalité, elle agit davantage en fonction de ses propres besoins (à la fois narcissiques et d'adéquation sociale) qu'en fonction de ceux de son enfant. Ce mode particulier de relation, où la mère "mime" les gestes du maternage sans véritablement communiquer avec son enfant ni rencontrer ses besoins, met celui-ci dans l'impossibilité de prendre conscience du dommage subi.
- 2) Le maternage s'opère sur un mode *instrumental*, contre le conjoint. Dans une relation conjugale de *pat* (mariage forcé), le fils perçoit que sa mère est hyperimpliquée dans son rapport avec lui, mais ressent confusément qu'elle se sert de lui contre le conjoint.
- 3) L'enfant est *abandonné*: dans des situations de profonde solitude (mariage inexistant), la mère se révèle carencielle aussi bien sur le plan affectif que matériel. La dissimulation de l'abandon se fait par le biais de nécessités objectives qui justifient le comportement de la mère.

Il est possible de construire (G. Vinci, 1991) un schéma de correspondance entre les problèmes du couple et les problèmes dans la relation mère/fils. Ainsi, nous proposons une grille qui met en relation les types de mariage (d'intérêt, forcé, inexistant) et le type de rapport parent/enfant (maternage mimé, maternage instrumental, abandon).

Il faut souligner que l'incompétence de la mère n'est pas nécessairement une caractéristique inhérente à celle-ci; elle peut résulter d'un ensemble de facteurs relationnels qui se manifestent à un moment spécifique de sa vie et/ou avec un enfant particulier.

Face à cette relation mère/fils profondément carencielle, nous constatons qu'il n'y a pas de tiers digne de foi qui soit à même de dénoncer le dommage; le père

ne remplit pas cette fonction. Cependant, l'inefficacité du père dans son rôle de témoin (vis-à-vis d'un enfant, en particulier) peut aussi dépendre de conditions spécifiques.

Quatrième stade: la rage du fils durant l'adolescence

Les mécanismes de minimisation et d'idéalisation propres à la relation mère/fils dans la famille du futur toxicomane peuvent difficilement persister pendant l'adolescence, période où les tâches évolutives, comme en toute autre famille, se transforment aussi bien du côté du fils que du côté des parents. La confrontation avec le groupe des pairs contribue également à mettre en évidence l'insuffisance du rapport mère/enfant. Souvent, la mère réagit par de très intenses critiques aux nouveaux comportements de son fils, qui sont propres à l'adolescence. Celui-ci porte alors vers l'extérieur la rage et l'agressivité qu'il ne peut adresser à sa mère. Les cas qui ont été examinés par les auteurs au cours de séances de thérapie familiale ont montré que le conflit mère-fils cache souvent une difficulté à établir un relais entre une grand-mère qui s'est occupée de son petit-fils durant l'enfance de celui-ci et une mère qui assume soudainement des fonctions parentales sans tenir compte du peu d'intimité qui la relie à son fils. Différents cas de figure peuvent se présenter: par exemple, la grand-mère peut pousser le garçon à réagir contre sa mère, ou la mère peut déplacer sur son fils la conflictualité et l'ambivalence qu'elle n'a pu exprimer à l'égard de sa propre mère, dont elle est totalement dépendante. Le fils reconnaît, fût-ce partiellement, la contradiction inhérente au comportement de sa mère, qui demeure incapable de transformer son style personnel de maternage. Cette rigidité révèle la nature réelle de la relation: la mère ne reconnaît pas les besoins évolutifs de son fils, qu'elle n'accepte qu'à titre de fils/enfant soumis et dévoué à la dissolution des noeuds intergénérationnels. Durant cette phase, la rage symptomatique du fils ne peut pas se manifester, et cela pour deux raisons: sa prise de conscience est encore partielle, et la présence de témoins influents (école, famille élargie, etc...) légitime l'attitude de la mère. Des comportements d'opposition et/ou d'échec (qui ne sont pas encore vraiment symptomatiques) apparaissent: échec scolaire, prise de drogues légères, prise d'alcool, identification à des groupes violents. En

même temps, la fragilité et l'insatisfaction conjugales se manifestent plus clairement, empêchant les parents de retrouver une intimité forte qui permette l'éloignement progressif de l'adolescent.

Cinquième stade: l'échec du passage par le père

Pendant l'adolescence, l'absence du père, qui n'assume ni son rôle de témoin (vis-à-vis du fils) ni sa responsabilité parentale, se fait de plus en plus sentir.

Déçu par sa mère, le fils se sent seul. Le besoin qu'il éprouve d'être reconnu dans la légitimité de ses sentiments (relatifs à l'incompétence de la mère) et dans son droit à s'individualiser le pousse alors vers son père. Mais ce mouvement échoue.

Le père peut se révéler inaccessible de différentes façons: il peut refuser son fils, parce qu'il le considère comme le fils du couple mère/belle-mère (parcours 1), ou parce qu'il représente un rival interne (parcours 2); le père peut encore être absent ou se comporter de façon manifestement inadéquate (parcours 3). Le père peut aussi, dans un premier temps, accueillir son fils, mais le faire de manière instrumentale pour l'abandonner ensuite. Bref, son comportement ne s'éloigne pas de celui de la mère; au contraire, il le renforce. **Cette absence du père ou son intervention essentiellement instrumentale sont les conditions ultimes de la rencontre avec les stupéfiants.**

La phase décrite comme le "passage par le père" représente, selon nous, une phase physiologique normale dans le processus évolutif, et n'est pas seulement la conséquence de carences dans la relation mère/fils. Néanmoins, l'échec de ce passage peut contribuer, de façon parfois décisive, à l'apparition des symptômes.

Sixième stade: la rencontre avec les stupéfiants.

La prédisposition de l'adolescent à accepter la rencontre avec l'héroïne (*attente envers le produit*) est faite d'un mélange de sentiments différemment dosés selon les cas, qui conduisent à un état général de confusion: la solitude et la prise de conscience de cette solitude entraînent un malaise et un mépris de soi; la colère qui résulte de cette découverte partielle fait naître, quant à elle, un sentiment de culpabilité, dans la mesure où elle s'adresse à des figures encore idéalisées.

La phase d'expérimentation des effets

médicamenteux des stupéfiants offre à l'adolescent la possibilité de modifier artificiellement sa propre souffrance (*effets personnels des stupéfiants*) par le biais d'une drogue qui peut aider soit à prévenir le risque de la dépression (parcours 1), soit à contenir l'anxiété liée à la confusion (parcours 2), soit à réduire la colère et l'explosivité (parcours 3). L'expérience de ces effets, unie au phénomène de l'accoutumance, conduit à la dépendance.

A la différence d'autres symptômes, les effets produits par le changement de comportement du patient envers sa famille, avant que la toxicomanie ne soit découverte, sont incroyablement faibles - donnée qui s'accorde avec le mode de l'organisation familiale antérieure. D'une part, on rencontre une incompétence des parents à s'apercevoir de la toxicomanie de leur fils (phénomène que l'on peut relier à la difficulté qu'ils ont toujours eue à saisir les besoins de celui-ci, depuis son plus jeune âge, et au sentiment de honte que peut susciter le fait d'avoir un fils drogué); cette incompétence fait revivre à l'adolescent l'expérience de sa propre invisibilité et le pousse davantage encore vers l'héroïne. D'autre part, on note l'incapacité du fils à reconnaître et donc à légitimer ses propres sentiments, qu'il peut enfin anesthésier grâce au produit (*effets interpersonnels de la drogue en tant que médicament*).

S'il est évident, pour un observateur, que le choix de la drogue représente un comportement transgressif (car illégal et dangereux pour la santé) qui est lié à l'expression d'une agressivité envers la famille, les toxicomanes, dans la majorité des cas, refusent ce lien. A partir du moment où la toxicomanie est "révélée", les membres de la famille ne peuvent plus nier la manifestation agressive du symptôme (*effets interpersonnels de la drogue en tant que symptôme*), même si le patient continue toujours à mettre en avant son désir du produit.

Septième stade: les stratégies basées sur le symptôme.

Les comportements qui suivent la découverte de la toxicomanie contribuent à sa chronicisation, indépendamment des intentions des différents membres de la famille.

Parcours 1. Pour échapper à la dépression et à l'entrée en crise, la mère accen-tue les attentions qui infantilisent encore davantage le fils. Le père continue d'in-

tervenir faiblement. Un mouvement de rétroaction permet au fils de profiter des avantages que lui procurent les attentions maternelles et de conserver le symptôme comme étant l'unique possibilité d'expression de sa propre autonomie (et de sa propre agressivité).

Mais il faut souligner que, dans certains cas, l'on assiste à l'entrée en scène du père qui se montre désireux d'assumer son rôle et qui, parfois, passe par une phase de remise en question quant à sa possibilité d'avoir commis des erreurs. Une telle situation nous permet de faire un pronostic favorable quant au traitement. On a parfois l'impression que la toxicomanie donne à la famille l'occasion de se "refonder". Celle-ci se réactive alors en mobilisant des modalités d'assistance en faveur de l'enfant, tout en mettant en lumière les carences des parents dans cette tâche. Il s'agit d'une sorte de réédition des difficultés rencontrées à la naissance de l'enfant et pendant son enfance - difficultés que l'intervention de la première génération avait à l'époque "tamponnées" (ou mieux, cachées) (R. Berrini et al., 1991). En ce sens, l'histoire de la famille nous permet de prévoir sa capacité à contenir le symptôme ou, au contraire, sa tendance à l'expulser - réactions contrastées qui se développeront au moment de la découverte du symptôme.

Parcours 2. La mère continue à privilégier le lien avec son fils contre le père (collusion avec la toxicomanie, par exemple); le père réagit par une plus grande distance et une plus grande fureur. Le fils garde son pouvoir grâce à la toxicomanie, mais la relation symétrique qui vient se créer le dévalorise de plus en plus aux yeux de son père.

Il est possible aussi que, face à l'échec d'un fils surinvesti, la mère craque et l'abandonne. C'est alors le père qui le recueille et qui fait vivre à sa femme l'exclusion qu'il a lui-même vécue. Le fils, par un mécanisme de rétroaction, utilise la toxicomanie comme un moyen de rapprochement avec son père (rapprochement qui, à la différence de ce que l'on a vu dans le premier parcours, devient ici essentiellement instrumental).

Dans les deux cas, le parent hyperimpliqué monte ouvertement le fils contre l'autre (parent périphérique).

Parcours 3. La mère conserve son attitude de désengagement et de délégation en attribuant la toxicomanie du fils à des

facteurs extérieurs (la société, les mauvaises fréquentations, les "dealers"...). La persistance du symptôme lui donne ainsi la possibilité concrète de maintenir, avec un fils adulte, son attitude de rejet et de délégation (en l'envoyant par exemple en communauté).

Conclusions

Nous pensons que le processus que nous avons schématisé peut également se révéler utile sur le plan clinique. Ce processus peut en effet servir de guide pour reconstruire l'histoire spécifique de chaque famille en traitement, une telle reconstruction pouvant constituer un facteur de changement puissant (même s'il n'est bien sûr pas le seul). Cette reconstruction, faite en séance, permet effecti-



photo Interfoto

La relation mère-fils est importante dans l'analyse proposée par l'approche systémique

vement au patient d'être reconnu dans la situation de malaise qu'il ressent vis-à-vis de sa famille, et l'autorise à mettre en doute son idéalisation de ses parents. Elle permet aussi de transmettre un message quant à la complicité de ceux-ci concernant le symptôme (en évitant le risque de tomber dans l'excès inverse, qui consisterait à justifier le fils dans ses choix symptomatiques). Ce message de complicité peut être accepté par les parents si l'équipe thérapeutique est simultanément capable d'accueillir et de clarifier la souffrance que les parents eux-mêmes ont vécue dans leurs familles d'origine respectives.

Apport de la neurobiologie au concept de dépendance

Jacques Besson, médecin, Division d'abus de substances, Service des hospices cantonaux, Lausanne

Les neurosciences n'ont pas de solution simple à proposer pour soigner les dépendances. Des recherches sont effectuées à plusieurs niveaux - génétique, épidémiologique, psychopathologique, neurophysiologique - pour mieux comprendre comment se structurent ces maladies, ces fonctionnements. L'ensemble de ces recherches devraient amener à mieux comprendre ces phénomènes, à mieux les identifier pour mieux les prendre en charge. Dans tous les cas, cette prise en charge n'échappera pas à la pluridisciplinarité et à l'approche de réseau.

Introduction

Les Vaudois le savent bien: "ça dépend". Le concept de dépendance se présente en effet de manière kaléidoscopique à celui qui tente de le faire tourner sous un regard multidisciplinaire pour mieux le cerner.

Dans cet article, il m'incombe d'apporter le point de vue de la "neurobiologie" et déjà deux remarques préliminaires s'imposent: premièrement, la neurobiologie n'existe pas, il s'agit plutôt d'une nébuleuse de sciences qui gravitent autour du système nerveux et de l'étude des comportements; deuxièmement, je ne suis pas "neurobiologiste" mais médecin spécialisé en psychiatrie et en psychothérapie qui a bien été obligé de suivre les progrès des neurosciences et leurs applications dans le cadre de ses activités de clinique, d'enseignement et de recherche. Vous n'aurez donc que des informations qui relèvent de la vulgarisation scientifique avec tous les risques de réductionnisme que cela implique.

Ceci étant, les neurosciences s'offrent comme un espace passionnant de découvertes pertinentes pour la connaissance de l'homme, mais à un certain nombre de conditions. D'abord, la plupart des recherches neuroscientifiques s'effectuent au niveau moléculaire, cellulaire et concernent le plus souvent l'expérimentation animale en termes de comportements observables. Ensuite, quand on passe en expérimentation humaine clinique strictement codifiée, on devra se contenter d'éléments de preuve en termes statistiques sur des populations de

patients et quelques fois avec de l'imagerie diagnostique. Pour le moment, la vie psychique dans sa formidable complexité reste l'apanage du phénomène humain et ne se laisse pas réduire telle quelle à des extrapolations provenant des souris blanches.

Je ne crois pas qu'il y ait encore aujourd'hui de modernes Pavlov aux explications linéaires dans la communauté neuroscientifique: on trouve plutôt une génération de chercheurs soucieux d'intégration des connaissances, respectueux de la complexité des phénomènes étudiés, conscients de l'intrication et de la circularité des logiques en cause. Avec les ouvertures théoriques que permet d'ailleurs la physique contemporaine, disons que l'on évolue vers une approche écologique de l'esprit, depuis le niveau moléculaire jusqu'au niveau socio-anthropologique.

Dans cet article, je propose de voir quel regard peuvent apporter les neurosciences sur les phénomènes de dépendance, puis de voir quelles esquisses thérapeutiques pourraient en découler, et enfin de mettre en perspective ces connaissances avec les autres approches des dépendances pour tenter de réussir un projet transdisciplinaire, au bénéfice des usagers.

Un regard des neurosciences

La génétique

Une des premières interrogations posées à la science actuellement concerne sans

doute l'hérédité des dépendances. S'il y a transmission transgénérationnelle, se fait-elle par apprentissage dans le milieu ou existe-t-il des raisons de penser qu'une hérédité biologique soit également transmissible? Que peut répondre la génétique contemporaine à cette question? Il y a des études déjà anciennes sur les jumeaux et les adoptés: celles-ci parlent en faveur de la transmission d'un risque biologique, notamment pour l'alcoolisme.

Plus récemment, on est parvenu à sélectionner des souris et des rats spontanément alcool-préférants qui se transmettent ce caractère. Aujourd'hui, des efforts gigantesques sont faits pour mieux connaître le génome humain à l'échelon mondial. Un gène a été identifié il y a quelques années pour être associé à environ deux tiers des cas d'alcoolisme chronique mais, depuis, de nouvelles études ont contredit les premiers résultats. On pense actuellement que cette association génétique serait plutôt un marqueur de la sévérité de l'alcoolisme.

Une autre piste troublante est celle des enfants d'alcooliques qui sembleraient hériter d'une plus grande tolérance à l'alcool et devraient donc, arrivés à l'adolescence, boire davantage que leurs camarades pour ressentir les mêmes effets.

L'épidémiologie

L'étude des populations apporte aussi un regard intéressant sur les dépendances. Là encore, il est troublant de constater que de manière transculturelle on retrouve des taux relativement constants d'abus et de dépendance à des substances psychotropes, en général entre 5 et 10% de la population générale considérée. On imagine aisément les difficultés méthodologiques pour s'accorder sur des critères diagnostiques, ce qui a pourtant été réussi par l'Organisation mondiale de la santé dans un consensus international sur la classification des maladies et notamment des troubles mentaux (CIM 10).

La vertu des classifications n'a pas été seulement de définir abus, dépendance, et leur prévalence dans les populations considérées, mais aussi de les délimiter par rapport à d'autres troubles mentaux fréquemment associés comme les troubles anxieux et les troubles dépressifs. Ceci a fait apparaître la notion de double diagnostic ou de "comorbidité", indépendamment de savoir ce qui est primaire ou secondaire du trouble affectif ou de la dépendance à une substance.

Cette comorbidité est de l'ordre de 50% chez les alcooliques et de 70% chez les toxicodépendants. Une façon de départager ce qui est primaire de ce qui est secondaire consiste en un traitement de la dépendance bien conduit, incluant un sevrage et une abstinence de plusieurs semaines pour voir quel est le taux de persistance des troubles associés à la dépendance: les études montrent une persistance de l'ordre de 30% des troubles de l'humeur véritablement "comorbides". Ces études se poursuivent actuellement sur des durées plus longues, en termes de mois et d'années.

La psychopathologie

Car enfin, quels sont les rapports entre les dépendances et les troubles psychiatriques? Les conflits idéologiques à ce propos sont de taille et ont une longue histoire. Il y a aujourd'hui peut-être deux façons de réduire ces tensions. Premièrement, les approches biomédicales actuelles sont avant tout phénoménologiques et se préoccupent moins de théorisation et d'interprétation que la psychiatrie d'hier, prise encore dans la fusion avec une certaine psychanalyse institutionnelle. Deuxièmement, aujourd'hui on ne parle plus de maladie mentale mais de troubles psychiatriques, la notion de troubles renvoyant à une complexité étiologique où sont tenus en compte des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, se prêtant à un débat pluridisciplinaire.

Il n'en reste pas moins que le corpus théorique de la psychanalyse est actuellement un des seuls modèles à proposer une vision globale de la vie psychique, de son développement et de ses avatars, notamment d'une psychopathologie cohérente avec l'histoire du sujet et les répétitions de ses drames. Or, que dit la psychanalyse en passant sur les dépendances? Tout et rien. Tout, car elle forge une théorie du développement affectif où la notion de dépendance est centrale dans les processus de maturation et d'individuation. Et rien, dans le sens où elle n'a que peu apporté de réflexion spécifique à la problématique des dépendances en termes de substances psychotropes. Freud ayant eu lui-même un rapport ambigu aux substances (cocaïne), y aurait-il là une tâche aveugle de la théorie par loyauté au fondateur? Mais d'autres auteurs psychanalytiques ont exploré l'oralité, l'analité, le narcissisme etc. et n'ont jamais réussi à forger un

Il n'en reste pas moins que le corpus théorique de la psychanalyse est actuellement un des seuls modèles à proposer une vision globale de la vie psychique, de son développement et de ses avatars.

concept convaincant, créant l'unanimité. Il n'en reste pas moins non plus que les dépendances, entendues en termes de dépendances à des substances psychotropes ou d'autres assuétudes, se rencontrent le plus souvent chez des personnes présentant une dépendance dans le cadre d'un autre trouble psychiatrique (p.ex. un trouble bipolaire ou une schizophrénie) ou d'un trouble de la personnalité. Cette multifactorialité explique peut-être pourquoi la psychanalyse et la psychopathologie classiques n'ont pas trouvé de concept homogène pour les dépendances.

La neurophysiologie

L'étude neuroscientifique des dépendances est immensément étendue et dépend naturellement des substances psychotropes considérées. Nous tenterons néanmoins de résumer ici quelques points phares qui éclairent les principales avancées dans les connaissances du cerveau impliqué dans les mécanismes de dépendance, c'est-à-dire le méso-diencephale, communément appelé système limbique.

Rappelons encore une fois ici que la plupart des ces études se font sur des cultures de cellules nerveuses, voire des cultures de tissus nerveux spécialisés, et partent de l'analyse de mécanismes de biologie moléculaire, notamment à propos de l'expression du génome, pour aller jusqu'à des expérimentations plus complexes sur le comportement animal.

J'aimerais résumer ici deux points fondamentaux pour notre compréhension des dépendances du point de vue neuroscientifique:

- le premier consiste à bien comprendre la différence qu'il y a entre une intoxication aiguë ou occasionnelle à une substance psychotrope (alcool, drogue, médicament) et une intoxication répétée, chronique, à laquelle le cerveau va s'adapter. En effet, les gènes sont capables d'exprimer une réponse compensatoire à l'intoxication chronique pour adapter le fonctionnement général du cerveau. Par exemple, dans l'imprégnation régulière par des sédatifs (alcool, opiacés) les gènes vont coder la synthèse compensatoire des récepteurs à des neurotransmetteurs excitateurs qui verront ainsi leur activité augmenter et contrecarrer ainsi l'effet des sédatifs

pris par le sujet. Ce mécanisme adaptatif explique aussi les phénomènes caractéristiques du sevrage des substances psychotropes, lorsque celles-ci sont retirées brutalement, par exemple comme l'agitation et l'excitation généralisée du patient dans le delirium tremens alcoolique. On ne connaît pas encore l'échelle de temps nécessaire pour faire apparaître et disparaître ces mécanismes de régulation, mais ils pourraient être engrammés et s'exprimer par la suite après des années, lors de rechutes par exemple.

- Le deuxième point capital à retenir est que l'alcool et les drogues ne font pas que modifier l'état de conscience du sujet, mais qu'ils l'incitent à des comportements de recherche d'alcool et de drogue. C'est le paradigme du renforcement de l'auto-administration. Chez l'animal de laboratoire, une pédale connectée directement à un électrode pour stimuler les systèmes de motivation et de récompense dans le cerveau amènent l'animal à s'auto-stimuler jusqu'à la mort. La recherche s'est intéressée ces dernières années à mieux définir ces centres de l'appétence, de la motivation, de la satisfaction et déjà à comprendre les bases anatomiques des comportements de recherche élémentaire, comme de la nourriture par exemple. Plusieurs noyaux du système limbique sont déjà connus pour jouer un rôle dans ce que l'on pourrait appeler la chaîne de la récompense. Mentionnons le noyau accumbens, un noyau préfrontal impliqué dans les mécanismes d'appétence et de motivation (dopaminergiques) mais aussi de satiété (sérotoninergiques). Evoquons l'amygdale, responsable de mettre une coloration affective sur les informations reçues, et ceci probablement pendant les rêves. Citons l'hippocampe, une région d'écorce cérébrale archaïque impliquée dans la mémorisation affective, ou les régions ventrotégmentales à forte teneur en endorphines, ou encore le locus coeruleus, responsable des mécanismes d'alarme en cas de manque ou de déséquilibre du système (noradrénergique).

A l'état normal, ce système est autorégulé par l'apport d'éléments d'information que les besoins fondamentaux sont satisfaits, dans des boucles de constante

rétroaction. Ces découvertes sont déjà passionnantes en tant que telles, mais vont concerner de près notre propos dans le cadre du présent article: en effet, les substances psychotropes interagissent toutes à des degrés différents sur la chaîne de la récompense. Cette interaction semble dépendre: - de la substance considérée (pouvoir addictogène), - de la vulnérabilité du sujet (génétique, histoire traumatique personnelle), - du contexte (comorbidité, ressources sociales). La dépendance s'installera alors plus ou moins rapidement à des degrés variables, pour une durée indéterminée, en fonction des sujets. Cette dépendance, en fonction de ce qui a été vu plus haut sur l'expression du génome en termes d'adaptation, va s'inscrire dans la structure même du tissu cérébral de manière organique et durable et pourra être programmée pendant des années comme une potentialité, même si le sujet reste très longtemps abstinent. On comprend dès lors les bases neurophysiologiques des observations que l'on fait couramment en clinique et en institution, sur la difficulté d'accéder à l'abstinence, à la maintenir, à gérer les rechutes, et aussi sur l'irréversibilité de l'expérience toxicomaniaque en termes de mémoire addictive.

Perspectives thérapeutiques

De ce regard neurobiologique, nous pouvons aussi heureusement songer à améliorer la pertinence et l'efficacité de nos interventions thérapeutiques. Certaines perspectives sont encore de la musique d'avenir, d'autres sont déjà à disposition. La génétique, si elle arrive à isoler des marqueurs de prédisposition à telle ou telle dépendance et de sa possible sévérité, pourrait permettre, grâce au dépistage précoce sur des populations à risque, d'implanter des stratégies de préventions ciblées et à impact plus fort qu'une prévention primaire à large spectre, ou qu'une prévention secondaire souvent déjà bien tardive.

La maîtrise des problèmes de comorbidité par la reconnaissance des véritables doubles diagnostics serait un réel progrès pour la prévention des rechutes et pour maintenir l'accès aux soins des patients les plus défavorisés.

Les progrès de la psychopharmacologie laissent raisonnablement penser que

nous allons disposer de toujours davantage de médicaments intéressants pour rétablir l'équilibre dans les systèmes de satisfaction et de mémoire addictive. Nous avons déjà les antagonistes des opiacés comme la naltrexone, des agonistes sérotoninergiques, ou dopaminergiques (encore à l'essai), et des nouvelles molécules comme l'acamprosate, antagoniste partiel des acides aminés excitateurs qui a montré sa capacité de diminuer les rechutes chez les alcooliques sevrés. Les combinaisons de ces agents pharmacologiques entre eux restent à étudier et pourraient être prometteuses dans le sens de bi- ou tri-thérapies des addictions, à plusieurs points d'impact sur la chaîne addictive. De plus, apparaissent de nouvelles molécules potentiellement intéressantes dans leurs interactions avec l'alcool et les drogues, et une véritable pharmacothérapie des dépendances, peut-être cette fois sans substitution, deviendra-t-elle envisageable.

Encore un point: ce voyage dans les neurosciences nous oblige aussi à situer les dépendances, du moins partiellement, dans le domaine des sciences "exactes". Je crois que nous aurions tous intérêt et de manière multidisciplinaire à améliorer la qualité de la recherche clinique dans ce domaine. Définir nos populations de patients pour pouvoir mieux les comparer et échanger nos expériences, mieux définir nos interventions, nos objectifs thérapeutiques, nos critères de résultat, voilà des perspectives stimulantes pour défendre nos activités et nos patients.

Éléments de discussion

La dépendance est une dimension de la condition humaine. La dépendance à des substances psychotropes est à inscrire dans ce cadre. De meilleures connaissances neurobiologiques sur les processus qui sous-tendent les mécanismes de dépendance sont complémentaires avec d'autres approches et ne les contredisent pas. Au contraire, les neurosciences peuvent aider à accepter la gravité des problèmes de dépendance et leur durée, ainsi que leur inscription en profondeur dans le corps psychique. Elles peuvent

laisser espérer des instruments de thérapie et de prévention plus performants, à la condition d'entrer dans le concert pluridisciplinaire de manière respectueuse des autres approches, notamment psychothérapeutiques, sociales, éducatives ou encore judiciaires.

La neurobiologie donne aussi accès à un statut de maladie aux dépendances, en montrant leur possible enracinement dans la génétique, en montrant les rapports contexte-psyche-soma qui constituent la définition moderne de maladie en médecine d'aujourd'hui. Statut de maladie, oui, mais maladie complexe, impliquant des solutions thérapeutiques complexes.

En conclusion

S'il faut trois clefs et trois serrures pour faire une personne toxicodépendante (clé biologique, clé psychologique, clé socia-

La dépendance est une dimension de la condition humaine. La dépendance à des substances psychotropes est à inscrire dans ce cadre.

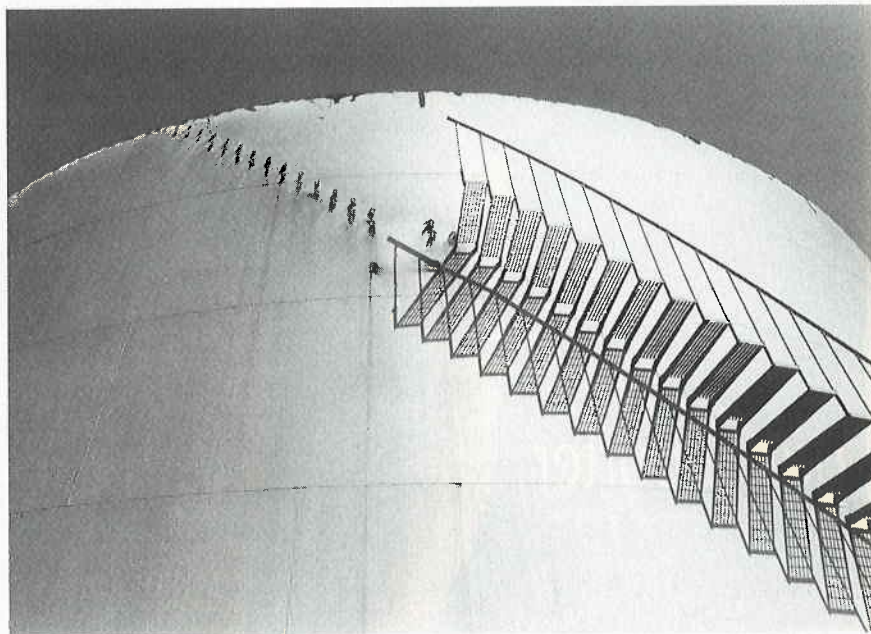


photo Interfoto

Certaines perspectives sont de la musique d'avenir

le), il en faudra tout autant dans le cadre de la prise en soins et de la réhabilitation. C'est la raison pour laquelle nous devons encore développer les prises en charge en réseau en diversifiant l'offre, de façon à ce que chaque patient puisse trouver une offre préventive ou thérapeutique à chaque moment de son histoire de sujet dépendant.



Nicotinell TTS
nicotine

prêt à porter

Présentation: Système thérapeutique transdermique contenant de la nicotine, disponible en trois dosages (10 cm², 20 cm², 30 cm²) libérant environ 0,7 mg/cm²/24 h.
Indication: Aide à la désaccoutumance du tabac par le traitement de la dépendance nicotinique. **Posologie:** Le patient doit s'arrêter complètement de fumer au moment où il commence le traitement avec Nicotinell TTS. Selon le nombre de cigarettes consommées par jour, le traitement sera initialisé avec Nicotinell TTS 30 cm² ou 20 cm². Pour les personnes fumant quotidiennement plus de 20 cigarettes, il est conseillé de commencer le traitement avec Nicotinell TTS 30 cm² une fois par jour. En dessous de 20 cigarettes, commencer le traitement avec Nicotinell TTS 20 cm². Les trois tailles différentes, 30 cm², 20 cm² et 10 cm², permettent un sevrage progressif de la substitution nicotinique sur des périodes de traitement de trois à quatre semaines. Des périodes de traitement complet de plus de trois mois et des surfaces de libération supérieures à 30 cm² n'ont pas été évaluées. **Contre-indications:** Non-fumeurs, enfants et fumeurs occasionnels. Comme pour le tabac, il y a contre-indication pendant la grossesse et l'allaitement et en cas de: infarctus aigu du myocarde, angor instable ou en phase d'aggravation, arythmies cardiaques graves, accident vasculaire cérébral récent, affections cutanées susceptibles de compliquer le traitement transdermique, antécédents d'hypersensibilité à la nicotine ou à l'un des composants du système thérapeutique. **Précautions:** Hypertension, angor stable, atteinte cérébrovasculaire, insuffisance artérielle périphérique, insuffisance cardiaque, hyperthyroïdie ou diabète sucré, ulcère gastroduodénal, insuffisance rénale ou hépatique. Réactions cutanées persistantes au timbre adhésif. Le médicament doit être tenu en permanence hors de la portée des enfants. **Effets indésirables:** L'arrêt du tabac s'accompagne de symptômes de sevrage. Au cours d'essais cliniques contrôlés, les effets indésirables les plus fréquemment rapportés, avec ou sans relation de cause à effet avec la substance étudiée, ont été les suivants: réactions au point d'application du timbre (fréquemment érythème ou prurit), céphalées, symptômes évocateurs de rhume et de grippe, insomnie, nausée, myalgies, vertiges. Moins fréquemment: modifications tensionnelles, autres effets liés au système nerveux central et troubles gastro-intestinaux. Cas isolés d'œdème de Quincke, d'urticaire et de dyspnée. Voir l'information thérapeutique détaillée. **Conditionnement:** Nicotinell TTS 30: 7, 21 ou 28 TTS dosés à 52,5 mg; Nicotinell TTS 20: 7, 21 ou 28 TTS dosés à 35,0 mg; Nicotinell TTS 10: 7, 21 ou 28 TTS dosés à 17,5 mg. Les TTS sont scellés en sachets à l'épreuve des enfants. Catégorie de vente B. Pour plus de détails, veuillez consulter le Compendium Suisse des Médicaments.

Initiative "Jeunesse sans drogue": quelques éléments d'évaluation et de réflexion pour la suite

Gérald Progin, coordinateur du GREAT, Yverdon-les-Bains

Quelques rappels indispensables

Il ne nous paraît pas possible de réfléchir aux résultats de l'initiative dite "Jeunesse sans drogue" sans revenir aux initiateurs, à leur approche idéologique et à leur stratégie.

Rappelons donc qu'en 1992 les signatures ont été récoltées accompagnées du slogan "non à la légalisation de la drogue en Suisse". C'est sans aucun doute cette affirmation réductrice qui a permis de la faire aboutir. Cette initiative est issue de milieux particulièrement peu fréquentables. Pour preuve, citons quelques éléments du texte de présentation du VPM, l'Association pour la connaissance psychologique de l'homme, association qui a largement participé à son lancement. Cette association réunissant des médecins, pédagogues, psychologues, etc. défend "... les valeurs chrétiennes et conformes au droit naturel de notre culture et d'après les principes de l'ordre libéral et démocratique". On apprend aussi, en lisant leur documentation, que l'école serait un repère de "partisans de l'extrême-gauche..." qui "...tentent de déstabiliser et de détruire notre ordre social". Le VPM constate "... la disparition des valeurs traditionnelles formant la base de nos sociétés". Certes, quelques "idéalistes" l'ont soutenue, renforcés, ensuite, par les déçus de l'éviction du contre-projet présenté par le conseil des États, contre-projet qui voulait éliminer le concept central de "...basé sur l'abstinence..." jugé par trop restrictif. On trouve aussi, entre autres partisans de cette initiative, des opposants à la politique de la Confédération et des personnes touchées directement par la mort d'un proche.

Ce cocktail de vieilles rengaines autour du sens des valeurs qui se

perdent - lire armée-famille-patrie - de héros nationalistes rêvant de la Suisse de Morgarten, d'ardents défenseurs du complot gauchiste - la presse étant évidemment vendue aux dits gauchistes a été un des leitmotiv de la campagne. Prétexte de ces "preux chevaliers": préserver le sens de la vie, la morale publique, l'idéal d'une jeunesse saine. Et ceci, bien entendu, au dessus de toute idéologie!

Cette approche idéologique s'est traduite, dans la campagne, par des attaques personnelles contre la Conseillère fédérale ou les initiateurs de la politique des quatre piliers qui devenaient tour à tour laxistes, maffieux, gauchistes, claniques, idéologues, criminels même. La dévalorisation directe ou indirecte de tous les acteurs préconisant autre chose que l'abstinence, l'utilisation abusive et l'interprétation fallacieuse de chiffres et d'études diverses, les amalgames douteux, la défense d'une société aux vraies valeurs, l'école qui n'apprend plus rien, ont été les arguments essentiels des partisans de "Jeunesse sans drogue". On peut au passage "admirer" la stratégie des initiateurs qui, au cours de la campagne, ont passé leur temps à minimiser leur approche répressive et leur opposition fondamentale à la prescription de méthadone - qu'ils ont appelée en permanence distribution.

Finalement, tout finit bien...

Les résultats le prouvent, le public ne s'est pas laissé bernier par le miroir aux alouettes du "y a qu'à". 70,6% de non et tous les cantons suisses opposés à cette initiative. Le röstigraben est extrêmement peu marqué. Entre la campagne et la ville, la différence n'est pas significative: si l'on prend le can-

ton de Vaud, la campagne a répondu non à raison de 58 à 65% pour 70% à Lausanne. Les habitants des cantons ruraux ne sont pas non plus à la traîne puisqu'ils se sont opposés, en moyenne à 6 contre 4. Certains des partisans de l'initiative ont reproché à la Confédération sa campagne d'affichage. Selon une enquête de Demoscope, seuls 3% des citoyens ont relié la campagne de prévention de l'OFSP à celle de l'initiative. Cette campagne a d'ailleurs été, de manière générale fort bien ressentie - 42% d'avis favorables et 33% de défavorables. Seuls 5% des personnes interrogées ont jugé les slogans minimisateurs ou manquant d'honnêteté.

C'est donc, sans aucun doute, une politique pragmatique, concrète et praticable qui a été plébiscitée. L'extrémisme a été balayé. Les femmes, les jeunes et les moins de 55 ans ont nettement fait pencher la balance du côté du non. Les partisans de cette initiative ont, sans aucun doute, commis de graves erreurs: les attaques personnelles violentes sont, dans ce pays, inadéquates. Il est possible d'être opposé à la politique du Conseil fédéral mais on ne peut, heureusement pas, personnaliser par trop le débat et accuser une Conseillère fédérale de meurtre. Et pourtant, ce n'est pas faute d'investissement: cette campagne a dû coûter, aux initiateurs, entre 3 et 4 millions de francs - nous avons eu un peu plus d'un demi-million à disposition. Il ne fait par ailleurs aucun doute qu'une partie des citoyens a débusqué les initiateurs provenant pour une partie de la droite et de l'extrême droite de l'échiquier politique, appuyés entre autres, par les scientologues.

Il va sans dire que les professionnels ne sont pas restés inactifs: une partie d'entre nous s'est réellement mobilisée pour aller à la rencontre du public. Excellente occasion

d'expliquer, de dialoguer, d'échanger sur les problèmes que les personnes toxicomanes rencontrent au quotidien et sur l'exclusion qu'elles risquent de subir. Cet effort doit, sans aucun doute, être poursuivi: être présents, expliquer, discuter, montrer que les personnes dépendantes sont d'abord des hommes et des femmes en difficulté momentanée et qu'elles sont nos enfants, nos parents, nos amis, non pas "des drogués". Gros effort parce qu'il faut ainsi sortir de nos institutions, de nos habitudes, de nos structures. Revenir à un des rôles fondamentaux du travailleur social: faire connaître les problèmes sociaux, les nommer pour qu'ils redeviennent les problèmes de chaque citoyen, base indispensable à la vie d'une réelle démocratie.

Attention à une autre exclusion

Un élément nous a frappé particulièrement durant cette campagne, élément perçu notamment lors du débat de Lausanne. L'incompréhension d'un certain nombre de personnes de l'évolution rapide d'une société qu'elles ne comprennent plus: de la politesse qui "fout le camp", au travail qui diminue; de la police qui ne "peut" plus faire respecter les interdits, à l'école qui n'apprend plus le juste et le faux en passant par la mondialisation, Internet, les bénéfiques famineux de quelques-uns ou les politiciens en qui l'on ne peut plus avoir confiance sans parler de la presse qui est elle-même douteuse. Cette perte de confiance dans les autori-

tés, que l'on retrouve exprimée dans certains sondages, nous paraît dangereuse: sans référence politique au sens large, sans pouvoir se raccrocher à de "nouvelles" valeurs éthiques ou morales, toute une catégorie de gens pourrait se sentir exclue de la participation à l'évolution de la société, donc de la démocratie. Parce qu'en ne sachant plus, on ne participe plus, on se laisse porter par des idées simples, simplistes, faciles à comprendre. Le risque du vote extrémiste, de protestation, devient alors important. En tant que travailleurs sociaux, c'est aussi notre travail d'être attentifs à ce genre d'exclusion.

Alors la suite?

Cette initiative balayée clairement, le débat peut reprendre sérieusement. Et il doit éviter d'occulter un certain nombre de problèmes fondamentaux:

- Il n'est en effet plus concevable de traiter d'un côté les dépendances à des produits illégaux et d'un autre les dépendances à des produits légaux. Ainsi, nous devons travailler à un projet de loi englobant les diverses dépendances
- il est évidemment aussi nécessaire de réaborder la dépenalisation de la consommation: la majorité des acteurs en convient, poursuivre le toxicomane l'oblige à se cacher et, donc, à mettre encore plus sa santé en danger. Des modèles d'une telle dépenalisation existent, travaillons-les.

Dans ce contexte de vaste débat, nous n'échapperons pas à la discus-

sion sur l'abstinence: à quoi servent les médications, celles qui ne permettent que de garder la personne dépendante dans le réseau et rien de plus. Est-ce un but? Faut-il en trouver d'autres? N'est-ce pas une manière de faire du contrôle social ou tout bêtement une espèce de répression qui ne dirait pas son nom? Sans parler du coût financier: on sait que les institutions basées sur l'abstinence coûtent plus cher que les traitements à la méthadone. Investirions-nous encore pour cette approche en période de basse conjoncture? Le financier va-t-il guider nos choix éthiques?

Les expériences produites à travers l'aide à la survie et la réduction des risques sont aussi à prendre en compte pour elles-mêmes et à étendre du côté de l'alcoologie pour sortir de l'abstinence comme unique solution.

Sur le plan de la formation des intervenants, comment ces options vont-elles se traduire? Chacun dans son coin en fonction de son école de pensée ou en collaboration interdisciplinaire, interprofessionnelle qui obligera les gens à se rencontrer, à échanger sur les modèles différents, les perceptions que chaque profession peut avoir. L'ensemble de ces problématiques est à aborder à travers la santé publique, la liberté de l'individu, le rapport médical/social. Une approche philosophique, éthique, de droit de l'Homme et de sa place dans la société.

Beaux enjeux, beaux défis, entre autres pour le GREAT, dont le rôle est d'être l'un des porteurs de ces réflexions.

Quel avenir pour les personnes dépendantes?*

Jean-Luc Baierlé, médecin cantonal du Jura, Delémont

(C'est une lettre...)

Chère Personne Dépendante,

J'ai un problème que vous pourrez certainement m'aider à résoudre. J'ai été invité à un colloque à Lausanne (sur les enjeux **démocratiques...**) et les organisateurs m'ont collé une conférence sur le thème: "**quel avenir pour les personnes dépendantes**", un sacré défi (on dit challenge!), et en clôture, s'il vous plaît, double défi. Pour corser le tout, il n'y aura dans le public que des vrais pros, tous convaincus (triple défi!).

L'avenir? Qui peut prédire l'avenir? Certainement pas moi. Je vais plutôt proposer une vision de l'avenir que je vous souhaite, et formuler quelques idées que je soumets à votre critique.

A propos, que pensez-vous du terme **personnes dépendantes**, ne le trouvez-vous pas trop **politiquement correct**, moi je le trouve simplement correct; en revanche, j'avoue que j'ai un peu ri en entendant traiter les alcooliques de **personnes à sobriété différée...**

Les personnes dépendantes seront-elles de moins en moins nombreuses, grâce aux efforts accrus en matière de prévention que nous allons poursuivre et développer. On peut en douter à la lecture de statistiques sur les consommations de substances psychotropes chez les jeunes de ce pays (et plus encore de pays dits en voie de développement!). On peut en douter aussi au vu de l'ambiance sociale actuelle (et probablement à venir) qui n'y est peut-être pas pour rien.

L'autre nuit j'ai fait un rêve, et dans ce rêve, Jean-Jacques Rousseau me disait: "**L'homme naît sobre, c'est la société qui le rend dépendant**". Stupéfiant, non? La

société de demain, si elle suit les tendances (on dit les trends) actuelles va certainement favoriser l'émergence de nombreuses dépendances et de nombreuses personnes dépendantes. L'abus de stress, lié à l'insécurité, l'angoisse du (no-) futur(e), les travailleurs de plus en plus sous pression face à des chômeurs de plus en plus longue durée (trop de travail ou pas du tout!), les exigences de productivité toujours accrues, les stratégies de **flux tendus** ne laissent pas beaucoup de place au rêve, ni même le temps de reprendre son souffle. Pas de place non plus pour l'indispensable lenteur.

Et pour ceux qui douteraient de la capacité de notre société à produire de la dépendance, je vous signale (et je n'en fus pas surpris) que l'on a déjà décrit dans un récent article de presse, l'arrivée des **internetomanes** dans le club.

La prévention fait 100% d'avis favorables! Sur les 64 cases noires et blanches de ce qu'il est convenu d'appeler l'échiquier politique, tout le monde vote unanimement (et le fait savoir bien fort!) pour la prévention. Et le public qui se presse autour du jeu d'échecs aussi. Pensez-vous, Chère Personne Dépendante qu'il faille s'en inquiéter et que cette belle unanimité recèle quelque danger?

Car la prévention doit être plurielle. L'information ne suffit pas et l'interdit est souvent contre-productif. Alors on propose des stratégies visant à permettre à chacun (individu) de "**développer ses ressources**". C'est plus que très bien, car il nous en faudra des ressources personnelles pour affronter ce monde impitoyable. Là aussi il y aura lieu d'être performant (c'est dans la logique, non?). Mais n'y a-t-il pas une action à mener en amont, comme on dit chez les pré-

ventologues, bref, Chère Personne Dépendante, ne faudrait-il pas plus simplement **changer le monde?**

Les thérapies seront plurielles, elles aussi. Les gestionnaires des dépenses de santé attendent aujourd'hui des médecins qu'ils jouent le rôle de **gatekeeper** (c'est pour diminuer les coûts!). En tant que médecin de premier recours, je suis fier d'être un **gatekeeper/portier**, et mon rôle de thérapeute n'est-il pas de connaître les portes, de vous les proposer voire, si vous le désirez, de vous les ouvrir. Car chacun ouvre des portes dans sa vie, et certains doivent en ouvrir plusieurs avant de trouver celle qui lui permettra de découvrir sa raison de vivre. Quand à l'abstinence, elle viendra en son temps, il s'agit de la construire ensemble. Et comme vous le disiez si justement, nous ne devons pas oublier de prendre en compte la souffrance que vous soignez avec ces produits qui vous ont rendue dépendante. La tâche est ardue, et nous devons utiliser au mieux toutes les thérapies qui ont fait leurs preuves et en développer encore de nouvelles, et choisir avec vous, et en **toute liberté thérapeutique**, celles qui vous conviendront le mieux. Et nous médecins, (et autres professionnels) nous devons encore apprendre et nous former et aussi convaincre nos collègues réticents de se joindre à nous. Il y a du pain sur la planche!

La vie d'une personne dépendante comporte des risques, dont la plupart peuvent être prévenus. Le danger est parfois tel qu'on a imaginé le concept **d'aide à la survie**. Je suis fermement convaincu qu'il faut tout faire pour "**rester en contact à tout prix**" et vous aider à réduire les risques qui jalonnent votre parcours, afin que vous arriviez à son terme vivant et en bonne santé. Ces actions sont à poursuivre dans l'esprit d'une préven-

tion primaire des maladies et problèmes sociaux (et autres...) liés à la dépendance.

La répression vise à prévenir de nouvelles dépendances par une action sur l'offre. Moins de produit disponible = moins de clients potentiels!? Pour ce faire, il faut frapper haut, et viser autant que possible le trafic organisé (donc le blanchiment d'argent sale!), donc **"ne pas se tromper d'ennemi/de cible"**.

Va pour quatre piliers, solides et de même longueur sinon la table sera bancal, cela forme une base sur laquelle on peut construire (entre autre de l'abstinence).

4 piliers, oui mais encore? Une bonne base, de bons outils, et des professionnels engagés, motivés, compétents... Mais encore...

Mais le travail des professionnels (et de nombreux bénévoles) ne suffit pas. Il faut que la population dans son ensemble participe à cette politique. C'est ici que se situe le fameux **enjeu démocratique**. Le regard que pose le citoyen sur la personne dépendante est déterminant pour son avenir. Certes, la majorité de nos concitoyens ne vous considère plus comme des délinquants mais plutôt comme des malades; c'est déjà un progrès me direz-vous, mais est-ce une image qui vous satisfait? Certes vous êtes un-e citoyen-ne qui souffre et qui a besoin d'aides, mais aussi et peut-être avant tout de **respect**, comme tout un chacun. Une prévention efficace, des soins et thérapies diverses et bien conduites, un appui social cohérent, etc., ça aide! Mais une société (solidaire) qui a compris qu'il fallait accepter le problème de la dépendance (donc accepter les personnes qui en souffrent) et apprendre à vivre avec, ça aide peut-être encore plus! Dans une telle société, les employeurs ne

vous rejettent pas, les écoles, les maîtres d'apprentissage vous acceptent et sont prêts à vous aider, ou à vous attendre si il y a un cap à passer. Une affaire de dignité humaine, tout simplement! Et comme le dit fort judicieusement A.Kahn, *la dignité de chaque être humain est liée au fait qu'il n'est semblable à aucun autre...*(en attendant les clones!).

Or je sais que vous voulez vous en sortir, et que peut-être vous rêvez de vivre une vieillesse sans drogues. A ce propos, qu'allez-vous voter le 28 septembre?

Le peuple suisse décidera, ce jour-là, de la politique qu'il entend voir mener en matière de dépendances. Mais la drogue fait peur, le changement fait peur, et la peur risque une fois de plus d'être bien mauvaise conseillère. Alors à nous de jouer, les pros, les bénévoles, les proches, les ex-, les parents... Sortons de nos boutiques et prenons part activement au débat, sur la place publique.

A propos de changement je tiens à soumettre à votre méditation cette idée de Jay Haley qui *"pense que nous avons tous à consacrer notre temps et notre effort à élaborer des théories (et des stratégies) sur le changement, plutôt que des théories sur les raisons pour lesquelles les gens se comportent comme ils le font"*. Bref, aller de l'avant, créativité et imagination en tête.

Sortir sur la place publique: cette campagne nous donne l'occasion de faire un travail de fond et de proximité auprès de nos concitoyen-ne-s; informer, expliquer encore et encore, (en sachant bien qu'il est plus difficile de faire passer le message de la complexité des problèmes de dépendance et de la complexité de leurs solutions, que d'asséner des slogans aussi simplistes que trompeurs, mais que

chacun comprend trop facilement!). Et ce travail d'information du public devra continuer après, il devrait même faire partie intégrante de notre politique.

Or, la politique et les pratiques de la Suisse passent parfois aux yeux du monde pour très/trop progressistes. D'aucuns les admirent et s'en inspirent, d'autres s'en inquiètent et nous conspuent. Le peuple aura le dernier mot! Paradoxe bien de chez nous: un bulletin de vote négatif pour un regard positif! A nous de faire qu'il y ait plein de regards positifs dans les yeux (et de bulletins négatifs dans les urnes) de nos concitoyen-ne-s le dimanche que l'on sait. On pourra alors recommencer à travailler avec un enthousiasme renouvelé et une légitimité, voire une **injonction démocratique**. Le ciel sera dégagé. Car il ne faut pas seulement que l'initiative soit rejetée, encore faut-il qu'elle le soit plus que massivement.

Pour conclure, je tiens à vous remercier de tout ce que j'ai appris à votre contact et souhaite que nous ayons encore l'occasion d'en reparler bientôt, lorsque l'avenir sera dégagé des nuages qui menacent notre bonne collaboration.

Votre dévoué,
Jean-Luc Baierlé

PS: on se téléphone dimanche 28.9 en soirée.

* Ce texte est la conclusion du séminaire du 25 août 1996 «La politique des drogues: enjeux démocratiques». Il est un bon résumé des enjeux et des thèmes du colloque. Ce séminaire était organisé par la Communauté de travail «politique de la drogue».

MANIFESTATIONS

Journées de sensibilisation ISPA, janvier à avril 1998

Les comportements à risques chez les
jeunes
vendredi 16 janvier 1998

•
La prévention: Approche théorique
vendredi 6 février 1998

•
**Gestion des problèmes liés à l'alcool
dans le monde professionnel**
vendredi 27 février 1998

•
L'école et les drogues
mercredi 18 mars 1998

•
Médicaments: Prévenir l'abus
vendredi 27 mars 1998

•
Prévention en pratique 1.
mercredi 15 avril 1998

•
Prévention en pratique 2.
mercredi 22 avril 1998

•
Prévention en pratique 3.
mercredi 29 avril 1998

Renseignements et inscription:

ISPA, Département prévention, Danielle
Ayer, case postale 870, 1001 Lausanne,
021/ 321 29 85

Préannonce

11ème colloque de l'Institut suisse
de prévention de l'alcoolisme et
autres toxicomanies

jeudi 7 mai 1998, Lausanne

«Alcool, drogues et violence»

BREVES

Pour marquer à votre manière, tout au long de l'année, votre solidarité avec les personnes dépendantes de l'alcool, achetez les verres "pour tous et pour tout"! Vous soutiendrez ainsi une initiative des spécialistes des problèmes d'alcool, sous l'égide du GREAT, A+S, STCA et de l'ISPA

La première journée de solidarité avec les personnes dépendantes de l'alcool a eu lieu le 13 novembre 1997. Par cette action, nous avons voulu sensibiliser le grand public à l'importance du problème de la dépendance alcoolique dans notre population et faire prendre conscience du peu de solidarité que notre société éprouve à l'égard des personnes concernées, jusque dans nos rituels sociaux quasi quotidiens.

Pour chacune et chacun, un geste de solidarité tout simple est proposé, pour prolonger la solidarité tout au long de l'année: on peut trinquer, donc partager, avec ou sans alcool, même dans un verre à pied!

C'est pourquoi nous vendons des verres à pied, type "dégustation/universel", avec un slogan "pour tous et pour tout";

à l'intérieur de chaque verre, un petit dépliant explique la logique de solidarité, avec une touche graphique fraîche. Une manière simple et sympathique de témoigner sa solidarité avec celles et ceux qui ne doivent ou ne veulent pas boire d'alcool. Un cadeau de fin d'année original!

Les verres, avec leur dépliant inclus, existent en français, allemand ou italien, à choix.

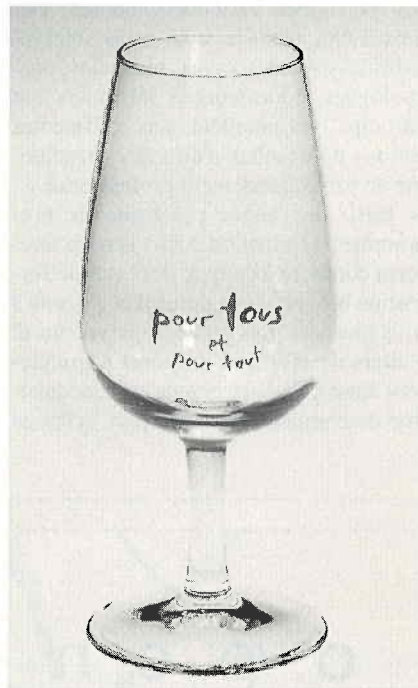


photo Daniel Muster

Pour commander vos verres, uniquement par cartons de 6 verres, en une langue, au prix de Fr. 30.- par carton + les frais de port, utilisez le bulletin de commande à retourner à: ISPA, CP 870, 1001 Lausanne, tél. 021 321 29 35, fax 021 321 29 40



BULLETIN DE COMMANDE DE VERRES

Je commande carton(s) de 6 verres "pour tous et pour tout", au prix de Fr. 30.-/ carton + frais de port.
Langue: français - allemand - italien (entourer ce qui convient)

Nom:

Prénom:

Adresse:

Signature:

A retourner à: ISPA, CP 870, 1001 Lausanne, tél. 021 321 29 35, fax 021 321 29 40

Formation GREAT/ARIA: la suite

Au cours de ces cinq dernières années, les "Ateliers Romands pour les Intervenants dans le domaine des Addictions", ARIA, se sont fait connaître par la réalisation de deux cycles longs de formation continue, qui ont permis à 35 intervenants de se spécialiser de manière approfondie dans l'intervention auprès des personnes toxicodépendantes. Depuis 1996, plus de trois cents intervenants, assistants sociaux, médecins, psychologues, éducateurs et infirmiers ont participé, en parallèle, aux différentes actions ponctuelles d'un vaste programme de perfectionnement professionnel. A partir de l'année prochaine, le programme de formation ARIA sera entièrement consacré à ce type d'actions de formation brèves, d'une durée d'une demie à trois journées. Les cours, supervisions et ateliers de réflexion proposés s'articuleront autour de deux grands axes: acquisition de compétences d'une part, échange

et réflexion d'autre part.

Dans une première partie de son programme 1998, ARIA souhaite permettre aux professionnels **d'acquérir des outils d'intervention très concrets et de s'entraîner à les utiliser dans leur pratique quotidienne auprès des personnes dépendantes.** Parmi les nouveautés figureront notamment:

- un cours de sensibilisation pratique à l'approche cognitivo-comportementale,
- un module d'introduction à la prévention dans le domaine des dépendances,
- un groupe "Analyse de pratique du suivi individuel des patients alcooliques".

Dans une seconde partie, ARIA invite les réseaux professionnels des différentes institutions, approches et disciplines à se **réunir afin de mener des échanges et des réflexions plus larges autour de thèmes d'actualité** dans le domaine des addictions. Un travail autour des notions de **"comorbidité et double diagnostic"**

ou de "plan de traitement" permettra, par exemple, d'ouvrir les débats sur la garantie de la qualité des prestations à un moment où les politiques se durcissent autour des critères d'efficacité du New Public Management.

Le début des cours est prévu pour le mois de mars 1998. Pour obtenir un programme détaillé, appelez le 024/426 34 34.

publicité

publicité

d é p e n d a n c e s

La revue "Dépendances" s'adresse à toute personne intéressée au champ des toxicomanies légales et illégales. Elle paraît trois fois l'an.

Abonnement 45.- frs par an

A paraître: (titres provisoires)

Numéro 4 Ballade au pays du tabac

Numéro 5 Dépenalisation de la consommation de drogues
en jeux et propositions

A consommer sans modération!

Exemplaire gratuit sur demande à "dépendances", case postale 870,
1001 Lausanne, tél. 021/321 29 85, fax 021/321 29 40

Commandez nos bons-cadeaux! A l'adresse ci-dessus

Editée
par:



Institut suisse de prévention
de l'alcoolisme et autres
toxicomanies



Groupement romand
d'études sur l'alcoolisme
et les toxicomanies



Centre Ville Genève

Permanence
téléphonique et prise
de rendez-vous
24h/24

Tél (022) 732 84 37

Rue de Lausanne 34
Case postale 2062
1211 Genève 2



HOSPICE GENERAL
Institution genevoise d'action sociale