

**Resumo:** O pedido de ajuda nos toxicodpendentes é ambivalente. Se se aceitar que o consumo abusivo de drogas é um sintoma, esse sintoma é aqui ou noutro sítio qualquer simultaneamente um problema (que serve de motivo para ir à consulta) e uma solução (ou se se preferir, um compromisso).

À ambivalência (normal) de um utente podem por vezes responder a dos profissionais, que terão tendência para duvidar verdadeiramente da capacidade de eles mudarem. Esta ambivalência dos terapeutas tem a sua origem e justificação em teorias muito divulgadas, pelo menos em França.

De forma não exaustiva, mencionaremos:

- A teoria do "pedido" que deve imperativamente partir do próprio toxicodpendente, sem o que o tratamento irá fracassar.
- Como corolário, a ideia de que a motivação é um "a priori" indispensável;
- A ideia que o toxicodpendente pode passar sem a droga, de outro modo não seria um verdadeiro toxicodpendente.

Em contra partida, muitas estratégias terapêuticas podem ser postas em prática para ajudar o toxicodpendente que pede para mudar.

Elas requerem que os profissionais estejam convencidos que esta mudança é não só desejável, mas ainda possível. A partir daí, não é mais que uma questão de técnica terapêutica...

**Palavras-chave:** Toxicodpendência; Toxicodpendente; Mudança; Problema-solução; Ambivalência; Adicção; Convicção.

**Résumé:** La demande d'aide chez les toxicomanes, quelle que soit sa nature (sociale, médicamenteuse, psychothérapeutique...) est, comme chez n'importe quel sujet, ambivalente. Si l'on admet que la consommation abusive de drogues est un symptôme, ce symptôme est ici comme ailleurs tout à la fois un problème (qui motive la consultation) et une solution (ou, si l'on préfère, un compromis).

A l'ambivalence (normale) du patient peut parfois répondre celle des professionnels qui, surtout s'il s'agit de toxicomanes, auront tendance à douter fortement de leur capacité à changer. Cette ambivalence des thérapeutes trouve son origine et sa justification dans des théories fort répandues, du moins en France.

De manière non exhaustive, on mentionnera:

- la théorie de la "demande" qui doit impérativement venir du toxicomane lui-même faute de quoi le traitement ne peut qu'échouer;
- en corollaire de la précédente, l'idée que la "motivation" est un a priori indispensable;
- l'idée que le toxicomane ne peut se passer de drogue, sinon ce n'est pas un "vrai" toxicomane;

A l'inverse, de nombreuses stratégies thérapeutiques peuvent être mises en place pour aider le sujet toxicomane qui le demande à changer. Elles requièrent que les professionnels soient convaincus que ce changement est non seulement souhaitable, mais encore possible. A partir de là, ça n'est plus qu'une affaire de technique thérapeutique...

**Mots clé:** Toxicomane; Toxicomanie; Changement; Problème; Solution; Ambivalence; Addiction; Conviction.

**Abstract:** There is a certain ambivalence in the drug addicted cry for help. When drugs misuse is accepted as a symptom, that symptom is considered here or anywhere else simultaneously as a problem (taking the drug addict to consultation) as well as a solution (or if you prefer, a commitment).

The drug addict (normal) ambivalence may be replied with the professionals' ambivalence, who will tend to doubt of their ability to change. The therapists' ambivalence has its origin and justification in most spread theories, at least in France. In a non-exhaustive way, we will mention:

- The theory of "the request for help" that must imperatively come from the drug addict himself, without which the treatment will fail.
- As a consequence, the idea that motivation is an indispensable "a priori".
- The idea that the drug addict may live without the drug or he would not be a real drug addict.

On the other hand, most therapeutic strategies may be used to help the drug addict that asks to change.

They require professionals to be convinced that this change is not only desirable but still possible. Based on this conviction, the treatment is just a matter of therapeutic technique.

**Key words:** Drug addiction; Drug addict; Change; Problem-solution; Ambivalence; Addiction; Conviction.

## À propos de quelques idées qui font obstacle au changement dans la prise en charge du toxicomane (\*)

Sylvie Wiewiorka

Je suis très contente d'être là, et je remercie les personnes qui m'ont invitée. Je suis cependant un peu en difficulté, car je ne comprends pas du tout le Portugais.

J'appartiens à une école de pensée qui considère que le contexte est important. Vous comprendrez que je suis aujourd'hui un peu handicapée, car je n'ai pas compris ce que les personnes qui ont parlé avant moi ont dit. Je vais faire pour le mieux en dépit des circonstances.

### 1. Quelques définitions

Pour partir sur des bases claires, il faut d'abord discuter, sans entrer de façon trop approfondie dans les débats théoriques qui ont lieu depuis des années dans notre champ, de ce que l'on entend par le mot "toxicomane". Les solutions thérapeutiques que nous allons proposer vont évidemment dépendre de cette définition.

Pour certains - je vais parler de ce que je connais, à savoir le contexte français - la toxicomanie est un dérèglement hormonal: problème de dopamine, de sérotonine... La solution est alors de prescrire au sujet un médicament qui va corriger ce dérèglement. C'est une première façon de voir les choses.

Pour d'autres, la toxicomanie n'existe pas, il n'y a que les usages de drogues. Utiliser des drogues est un droit du citoyen, un plaisir qu'on ne saurait interdire ou limiter.

Ces deux conceptions sont parfaitement acceptables mais je ne vous cache pas que ce ne sont pas tout à fait les miennes.

Je suis médecin; je ne vais donc n'avoir à traiter que des personnes qui ont un problème avec leurs usages de drogue. Les personnes qui utilisent la drogue et qui n'en ressentent pas de problème, quelle que soit la nature de ce problème ne viennent pas me voir. Ainsi, ceux que l'on appelle les usagers récréatifs ne seront pas mes patients ou mes clients.

Je ne nie pas les aspects de plaisir qu'il y a à consommer des substances psychotropes mais de ma place professionnelle ça n'est pas le sujet que je vais avoir à traiter, car ce n'est pas un motif de consultation.

## 2. la consommation de drogues: problème ou solution?

On a coutume de dire que si l'usage nocif des drogues est un problème, c'est aussi une solution. En France le professeur Olievenstein a bien décrit cette "lune de miel" du toxicomane avec le produit, qui est la période où l'aspect solution, l'aspect agréable de la consommation est premier. Je vous demande d'accepter comme hypothèse l'idée que c'est cette dialectique entre l'aspect problème et l'aspect solution qui va définir le moment de la demande d'aide ainsi que sa nature.

Un certain nombre d'éléments vont intervenir dans l'évolution de ce rapport problème/solution:

- le temps bien évidemment, c'est à dire la durée de la consommation. En général, plus le temps passe, plus la consommation devient un problème;
- les politiques publiques. L'influence des politiques publiques sur la demande de soins est difficile à évaluer. Une politique trop répressive peut conduire les toxicomanes à dissimuler leur consommation par crainte de la répression. A l'inverse, une politique trop libérale peut paraître encourager implicitement la consommation de drogues;
- la nature de la substance consommée. Certaines substances vont entraîner rapidement des troubles et donc une demande d'aide, tandis que d'autres pourront être consommées sans dommage pendant de nombreuses années;
- le mode de consommation: ceci inclut la fréquence des prises, mais aussi la voie d'introduction de la drogue dans l'organisme, le mode solitaire ou en groupe etc.;
- la structure de personnalité du sujet qui consomme.

Tous ces éléments vont influencer sur le rapport coût/bénéfice ou, si vous voulez sur le rapport problème/solution pour un sujet donné. Toutes ces variables, entre autres, viendront surdéterminer le moment et le motif allégué de la demande d'aide.

Le fait que la toxicomanie soit en même temps problème et solution a pour conséquence cette fameuse ambivalence dans la demande d'aide qui fait qu'un sujet toxicomane, quand il vient nous voir en consultation, va en même

temps demander de l'aide pour changer et craindre ce changement même qu'il réclame. S'il n'avait que la demande à changer et si l'aspect crainte n'existait pas, le changement serait extrêmement facile. S'il n'y avait que la crainte de changer, ce changement ne serait pas possible. Je souligne que cette lecture n'est absolument pas spécifique de la toxicomanie, elle vaut pour tous les symptômes.

## 3. Les addictions: une théorie du compromis

En revanche il y a une spécificité très nette dans le champ du traitement des toxicomanes, c'est l'ambivalence des professionnels, qui me semblent être en France totalement perdus parmi des catégories épistémologiques peu claires. Les discours idéologiques, scientifiques, économiques, psychologiques se superposent et il est extrêmement difficile s'y retrouver.

En France actuellement, on ne parle plus de toxicomanie, on parle de **pathologie des addictions**. Ce discours sur les addictions repose, selon les personnes qui le tiennent et les concepts que l'on utilise, sur des présupposés de nature notamment hétérogène.

Le discours politique est tenu par les pouvoirs publics. Le Ministère de la Santé est en train de réorganiser le secteur de la prise en charge des toxicomanes, et nous allons être englobés dans un ensemble appelé "pathologies addictives", aux côtés de nos collègues qui traitent des problèmes d'alcool ou de tabac, de jeu compulsif etc. de telle sorte qu'à terme, il n'y aura plus de services spécialisés en toxicomanie ou en alcoologie.

Cette façon de procéder est politiquement nécessaire, devant la difficulté dans laquelle sont les dirigeants français de modifier la loi de 1970 qui pénalise également l'usage de toutes les drogues, y compris le cannabis. On contourne la difficulté en ne s'intéressant plus à la nature de la substance consommée (il y en a qui sont interdites, il y en a qui sont autorisées) mais au mode et au comportement de consommation et ainsi fonder ce fameux pôle de traitement des pathologies addictives.

L'addiction considérée comme un problème hormonal, touchant par exemple les neurones dopaminergiques, intéresse beaucoup les laboratoires pharmaceutiques, car pour ce type de problème, il y a des médicaments spécifiques.

Ce niveau d'analyse, apparemment scientifique, recouvre donc des enjeux économiques majeurs. Il faut savoir qu'à Paris, le Subutex® (buprénorphine haut dosage) est en coût le premier médicament remboursé par la Sécurité Sociale, avant les antibiotiques ou les anti-ulcéreux. C'est dire l'ampleur des enjeux financiers.

Ce champ des addictions qui s'est construit en France repose autant sur des présupposés politiques ou économiques que sur des fondements scientifiques. C'est des raisons pour laquelle, au contact des patients, les cliniciens auront bien du mal à se repérer.

#### **4. l'ambivalence des professionnels: tentative de rationalisation**

Je reviens maintenant à mon propos sur l'ambivalence. Cette ambivalence se fonde d'une part sur l'extrême faiblesse de l'édifice théorique sur lequel nous nous appuyons, d'autre part sur la nature de l'affect contre-transférentiel que suscitent en nous les toxicomanes. Le principal obstacle au changement est lié à l'ambivalence des professionnels. En général, on va essayer de fabriquer, une théorisation qui va avoir pour fonction de conforter au plan théorique cette ambivalence qui est plutôt du registre affectif ou culturel. Ceci est rendu possible par la faiblesse conceptuelle des fondements théoriques auxquels on peut se référer.

A titre d'exemple de ces théories qui font obstacle au changement, je citerai:

- La théorie qui vaut que le sujet doit être lui-même demandeur, faute de quoi le traitement échoue.

Il y a une confusion entre la demande et le motif allégué, ou bien la circonstance de la rencontre entre le patient et le professionnel. Toutes ces notions ne sont pas identiques.

On fait comme si le sujet était absolument libre de vouloir ou de ne pas vouloir se soigner, alors que le contexte de la demande d'aide reste extrêmement important. J'ai évoqué plus haut le fait que la loi soit plus ou moins répressive comme un élément crucial du contexte, qui peut favoriser ou à l'inverse entraver l'émergence de la demande d'aide. Le fait d'avoir un conjoint ou un parent qui fait pression pour que l'on cesse de consommer des drogues est un autre élément du contexte que l'on retrouvera fréquemment. Ainsi, de nombreux éléments non liés au sujet lui-même influent, sur lesquels on peut agir...

Certains travaux ont montré que les traitements sous contrainte échouent ou réussissent dans une même proportion que les traitements sans contrainte explicite. Les raisons que l'on a de refuser de prendre en charge des patients qui ne sont pas libres de venir se soigner, dans un cadre judiciaire ou pénitentiaire, peuvent être des raisons éthiques, personnelles ou autres, mais la question de l'efficacité des traitements dans de telles conditions ne doit pas être mise en cause pour refuser de prendre en charge des personnes sous contrainte.

- Une autre idée qui me paraît extrêmement dommageable, c'est celle qui veut qu'un toxicomane ne peut pas se passer de drogues, sinon ce n'est pas un vrai un toxicomane. C'est une idée qui peut prêter à sourire mais qui va justifier un bon nombre de pratiques en France. Si la définition communément admise du sujet toxicomane, c'est que c'est un sujet qui a besoin de drogues, et bien la solution qui s'imposera sera pour ce dernier le traitement de substitution à vie.

Pour certains auteurs américains ou français, un bon traitement de substitution par la méthadone c'est: la plus forte dose possible le plus longtemps possible. Certains vont jusqu'à assimiler le fait de diminuer ou d'arrêter un traitement à un moment donné à un échec de ce traitement. C'est logique, si vous considérez que la toxicomanie est similaire au diabète, si vous souscrivez à cette théorie d'un besoin de drogues, ontologique ou génétique. Il est alors cohérent de dire: il faut prendre en compte ce besoin irrépessible de l'individu toxicomane et ne pas espérer qu'il puisse changer.

Pour ma part vous avez compris, je pense que l'objet du traitement est le changement. Ce n'est pas bien sûr pas à moi de décider ce qui est bon pour la personne qui vient me voir. Mon travail consiste à aider la personne qui le demande à trouver un nouvel équilibre qui lui convienne, qui soit meilleur pour elle et son entourage. Pour certains toxicomanes, cet équilibre pourra être trouvé avec l'aide d'un traitement de substitution, et ceci pendant des années pour d'autres, ce sera un équilibre avec abstinence, pour d'autres enfin, ce sera une consommation de drogues mieux régulée, moins problématique.

#### **5. Conclusion**

Beaucoup de stratégies thérapeutiques différentes peuvent être mises en œuvre. Les querelles de méthodologies ou

d'écoles n'ont ici que peu d'intérêt. **Aider les toxicomanes qui le souhaitent à changer requiert que les professionnels soient animés d'une conviction forte que les toxicomanes peuvent changer.** A partir de ce moment-là ça n'est plus qu'une question de technique thérapeutique. Et la technique, cela s'enseigne et cela s'acquiert.

Le point faible de cet exposé, c'est que je ne sais pas expliquer comment acquérir cette conviction. Albert Einstein avait coutume de dire que c'est la théorie qui décide de ce que l'on observe et non l'inverse. J'observe que ma façon de travailler avec les toxicomanes apporte d'intéressants résultats. Ce n'est pas pour autant que je vais arriver à vous en convaincre, tant vos théories personnelles, vos croyances, votre culture, influent sur la manière dont vous observez le monde et dont vous exercez votre métier.

Explicitez par les moyens que vous souhaitez vos convictions profondes, utilisez les non pas comme un obstacle, mais comme un levier pour aider les toxicomanes à changer, si toutefois vous êtes convaincus que c'est souhaitable et que c'est possible. ■

*Dr Sylvie Wieviorka  
Directeur Médical du Centre Saint-Germain-Pierre-Nicole, Croix-Rouge Française, Paris*

---

#### Notas

(\*) Comunicação apresentada no Congresso *Toxicodependências - O Futuro tem História. 25 anos no CAT do Restelo*, 17 e 18 de Janeiro de 2002 - Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.

## Bibliografia Consultada

US Département of Health and Human Services, USA (1994). *Traitement à la méthadone*. Genève: Editions Médecine et Hygiène.

Geismar-Wieviorka, Sylvie (1998). *Les toxicomanes ne sont pas tous incurables*. Paris: Le Seuil.

*Rapport du Professeur Parquet* (1997). Paris: éditions du CFES.