

# Toxicomanie et trouble de la personnalité : réflexion sur le traitement

Danielle Duhamel et Violaine Lallemand

Volume 26, numéro 2, automne 2001

Les doubles diagnostics

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/014530ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/014530ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Duhamel, D. & Lallemand, V. (2001). Toxicomanie et trouble de la personnalité : réflexion sur le traitement. *Santé mentale au Québec*, 26(2), 157–178.  
<https://doi.org/10.7202/014530ar>

Résumé de l'article

L'expérience d'un traitement en comorbidité toxicomanie et santé mentale a permis de documenter l'intervention auprès des personnes présentant un ou des troubles de la personnalité. Cet article décrit le programme intégré dans lequel s'insère la trajectoire de ces personnes. Il fait ressortir la complexité de leur tableau clinique ainsi que les implications des interventions les plus courantes dans leur traitement. Il met en évidence certains constats concernant les moments critiques du parcours de cette clientèle. À l'occasion, des vignettes cliniques illustrent le propos. La réflexion des auteurs amène à une reconsidération des conditions de l'intervention. L'avenue qu'elles proposent est celle d'un traitement différencié, intermittent, mais continu. La possibilité d'un traitement individuel au long cours, pour les clients qui adoptent cette modalité, est également retenue. Cet éventail de possibilités répondrait davantage au caractère chronique des deux troubles.



## Toxicomanie et trouble de la personnalité : réflexion sur le traitement

Danielle Duhamel \*

Violaine Lallemand \*\*

L'expérience d'un traitement en comorbidité *toxicomanie* et santé mentale a permis de documenter l'intervention auprès des personnes présentant un ou des troubles de la personnalité. Cet article décrit le programme intégré dans lequel s'insère la trajectoire de ces personnes. Il fait ressortir la complexité de leur tableau clinique ainsi que les implications des interventions les plus courantes dans leur traitement. Il met en évidence certains constats concernant les moments critiques du parcours de cette clientèle. À l'occasion, des vignettes cliniques illustrent le propos. La réflexion des auteurs amène à une reconsidération des conditions de l'intervention. L'avenue qu'elles proposent est celle d'un traitement différencié, intermittent, mais continu. La possibilité d'un traitement individuel au long cours, pour les clients qui adoptent cette modalité, est également retenue. Cet éventail de possibilités répondrait davantage au caractère chronique des deux troubles.

Jusqu'à tout récemment, la toxicomanie était traitée dans les centres de réadaptation alors que le trouble mental l'était dans le réseau de la psychiatrie. La clientèle qui présentait à la fois une problématique de dépendance ou d'abus de substances psychoactives et une détresse psychologique devait donc s'adresser à l'un ou l'autre de ces milieux, de façon séquentielle. Afin de mieux la desservir, le centre Domrémy-Montréal (devenu, depuis une fusion avec deux autres établissements, le centre Dollard-Cormier) a mis sur pied en 1995 un programme spécialisé, intégré, où ces deux dimensions sont travaillées de front, constatant que plus de la moitié de ses bénéficiaires présentaient au moins trois symptômes sérieux de difficultés psychologiques (Landry et Boislard, 1992). Une re-

\* Danielle Duhamel, M.A., psychologue clinicienne, auparavant au programme Santé mentale, Centre Dollard-Cormier, actuellement à la Clinique Cormier-Lafontaine.

\*\* Violaine Lallemand, M.Ps., psychologue clinicienne au programme Santé mentale, Centre Dollard-Cormier.

### Remerciements

Les auteures tiennent à remercier madame Louise Nadeau, Ph.D., professeure titulaire au Département de psychologie de l'Université de Montréal et chercheuse au RISQ et au CIRASST, pour ses précieux conseils et son soutien à la réalisation de cet article. Elles adressent également des remerciements à monsieur Serge Poupart, M.Ps., psychologue au programme Santé mentale, Centre Dollard-Cormier, pour ses judicieux commentaires.

cherche descriptive et évaluative (Nadeau et al., 2001) portant sur le devenir de participants à ce programme décrit bien la problématique en jeu. Le texte qui suit s'inscrit dans le cadre de ce travail plus large.

Le présent article trace un bilan des changements de la pratique clinique entraînés par ce développement au sein d'un centre de réadaptation pour toxicomanes. Des constats relatifs au travail de ce programme spécialisé sont ensuite présentés. Ces derniers sont issus de l'observation d'une partie de la clientèle visée par cette unité de traitement externe, soit celle présentant une comorbidité comprenant un ou des troubles de la personnalité et la toxicomanie. À partir d'une analyse de la trajectoire de ces clients réputés « difficiles » en raison d'un tableau symptomatique complexe et chronique, nous proposerons des perspectives visant à faciliter l'intervention, trop souvent en bute à une progression ralentie, parfois inexistante et à une fin prématurée.

### **Modifications consécutives dans la pratique**

Avant de décrire en quoi consiste ce programme intégré, signalons certains des changements qu'il a induits au plan des pratiques. Ce programme a d'abord permis d'ouvrir nos portes à une clientèle qui auparavant n'aurait été que de passage ou même non admise. On pense aux schizophrènes stabilisés, aux malades bi-polaires et autres syndromes de l'axe I graves et persistants. Ces sujets sont le plus souvent connus du réseau de la psychiatrie. Notre offre de service a été adaptée en conséquence et nous avons raffiné notre connaissance de ce réseau dans le but d'aménager un travail de collaboration.

Virage d'importance, notre attitude face à la médication prescrite s'est modifiée : sa nécessité est maintenant reconnue, n'y voyant plus, par le fait même, un possible obstacle à la réadaptation ou une défaite à l'idéal d'une vie sans « béquille », selon le terme si souvent utilisé par nos usagers. Il faut rappeler que notre contact avec la médication s'était fait par le biais de la dépendance aux tranquillisants mineurs (Landry et Boislard, 1992). Il y a donc eu un apprentissage de notre part, associé à une vision plus nuancée des différentes classes de médicaments, des effets thérapeutiques attendus, de ses limites et effets secondaires. Depuis, une attention particulière est portée à la fidélité de l'utilisateur à sa médication. L'introduction consécutive d'une classification diagnostique, à l'époque celle du DSM III-R, est apparue essentielle. Cet ajout tranchait avec le passé où cette pratique était peu favorisée, effet probable de l'étanchéité existante entre les milieux médicaux et de réadaptation.

Au plan de l'intervention, nos attentes relatives aux résultats se sont également trouvées modifiées. Auparavant prévalait une optique

« croissance personnelle » assez ambitieuse quant à ce que l'utilisateur pouvait atteindre comme mieux-être s'il s'impliquait dans sa démarche. Nous avons plutôt considéré valable la poursuite d'objectifs plus spécifiques et plus réalistes. En continuité avec cette idée d'une plus grande sobriété dans ce qui est proposé, et attendu de l'utilisateur, signalons que celui-ci est sujet à une affectivité vite sollicitée et envahissante. Conséquemment, dans l'abord de notre clientèle, cette réactivité n'est pas stimulée, sinon à petite dose. Elle l'était davantage antérieurement. Il en va de même pour le rappel d'événements passés : ceux-ci sont de préférence soulignés dans la mesure où ils sont au service d'une amélioration et d'une compréhension du présent et leur évocation n'est donc pas une fin en soi aux propriétés pour ainsi dire magiquement libératrices. Par le fait même l'expression d'un désir souvent observé, de se « vider » (d'un passé lourd de traumatismes ou d'émotions intenses), n'est pas encouragée : elle nous paraît peu favorable au recouvrement d'un certain équilibre et d'un contrôle personnel raffermi.

Enfin, il a fallu procéder à la reconnaissance d'une double chronicité : le trouble mental et le trouble lié aux substances. Ce constat a eu pour avantage de nous amener à une position thérapeutique plus tolérante de tableaux cliniques où la progression est moins stable et moins marquée.

## **Aperçu du programme Santé mentale**

### *Description de la clientèle*

Nous nous référerons ici à l'étude évaluative et descriptive de Nadeau et al. (2001) pour étayer notre propos. Notre programme reçoit 56 % d'hommes, et 44 % de femmes. Un écart aussi mince est inhabituel en toxicomanie où plus d'hommes sont traités, mais correspond au fait que les femmes admises en traitement présentent une prévalence plus élevée de troubles mentaux associés et un tableau clinique plus sévère (Nadeau et al., 1999). Dans cette étude l'âge moyen est de 18.9 % et 40.1 % des participants vivent de la Sécurité du Revenu. Lorsque c'est le cas, l'insertion professionnelle est souvent précaire et instable ; si le quart des sujets travaille à temps plein, du reste de l'échantillon, seul 8.2 % occupe un emploi (temps partiel, saisonnier ou autre). Rares sont nos clients qui ont des démêlés avec la justice, mais lorsqu'ils sont présents, ils influencent la décision de consulter. Plusieurs vivent seuls (43 %) ou sinon, avec un conjoint (avec ou sans enfant) dans 22.5 % des cas. La vie de couple est une dimension sujette à des insatisfactions diverses.

L'alcool est la substance problématique principale pour 36.3 % ; pour 30.8 % c'est l'association alcool et autres drogues qui est ainsi

perçue. Dans ce cas, la cocaïne (14.8 %) et le cannabis (8.8 %) sont les produits les plus répandus. Pour une petite proportion (4.9 %) le problème se situe non dans une quelconque consommation d'alcool mais dans l'usage de quelques drogues. L'étude à laquelle nous nous référons ne se prononce pas sur l'usage des médicaments. Nous ne saurions passer sous silence le fait que les benzodiazépines, prescrits ou non, s'avèrent susceptibles de faire l'objet d'un abus à un moment ou un autre de la trajectoire de nos clients. Parfois utilisée dans le passé, l'héroïne est rarement présente à l'arrivée de l'usager dans notre programme.

Les personnes que nous recevons présentent un trouble de nature psychotique, un trouble de la personnalité dominant ou une combinaison d'un syndrome, le plus souvent anxieux ou dépressif, à l'axe I du DSM IV, et d'un trouble de la personnalité, à l'axe II. Une bonne partie de nos références proviennent de la psychiatrie, quelques-unes des CLSC et du réseau communautaire. Plusieurs de nos usagers consultent de leur propre chef. Les consultations se font en externe, sur rendez-vous, au centre de réadaptation.

### ***Description du programme***

Notre programme a subi quelques modifications au fil des ans ; nous en présenterons donc les aspects les plus stables.

Lorsque nos clients téléphonent pour une demande de service, ils sont, comme tous les autres, rencontrés pour l'administration d'une grille d'orientation, puis de l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) (Landry et al, 1998 ; Mc Lellan et al, 1980). L'IGT est un outil de premier niveau qui évalue le degré de sévérité de l'usage de l'alcool et des drogues ainsi que celui de cinq autres sphères de la vie de l'usager qui peuvent être affectées par celle-ci. Les usagers sont assignés à notre programme en fonction des résultats obtenus à ces deux instruments.

Nous avons réparti la clientèle en deux catégories. La première réfère aux personnes caractérisées par un trouble mental grave ou chronique tel la schizophrénie ou par un autre trouble comportant un lien avec la psychose, tous deux relativement contrôlés par une médication. Des sujets ayant une longue histoire de consultation psychiatrique en raison de différents troubles à l'axe I font également partie de cette catégorie. Les demandes d'aide portant exclusivement sur la réduction des problèmes entourant la consommation y sont aussi regroupées. La clientèle de cette catégorie est généralement suivie en majeur par les services psychiatriques et nous assurons, en mineur, un travail de rééducation portant essentiellement sur la stabilisation de la consommation problématique.

La catégorie suivante, qui correspond à la clientèle avec laquelle nous intervenons, fera l'objet de notre réflexion. Elle regroupe l'ensemble des troubles de la personnalité, associés ou non avec des syndromes de l'axe I, excluant la psychose : les profils dépendants ou évitants y sont en minorité, la dominante allant au trouble limite (*borderline*) et narcissique. En général, la prise en charge psychiatrique est ponctuelle (visite à l'urgence par exemple) ou restreinte au traitement pharmacologique : notre mandat est alors considéré être en majeur et le service offert en est un de psychothérapie ; il s'agit d'une intervention de soutien, parfois même exploratoire, qui vise chez l'usager une meilleure compréhension de sa dynamique d'inadaptation.

À l'origine, l'ensemble de notre clientèle pouvait bénéficier d'activités de groupe axées sur les thèmes de la dépendance, du stress et de l'anxiété à des fins d'apprentissage et de recherche d'aménagements face à ces dimensions si envahissantes. Elle pouvait aussi travailler, en groupe, les aspects touchant à la consommation. Des changements organisationnels ont entraîné l'arrêt de ces groupes faisant de l'entrevue individuelle l'unique modalité de traitement. Celui-ci est au service d'objectifs larges de stabilisation, d'adaptation et de réadaptation sur les axes de la santé mentale, de la consommation et de la sphère psychosociale. Nous travaillons à l'aide de plans d'intervention où les objectifs portent tant sur la consommation problématique que sur les aspects comportementaux individuels générateurs de souffrance, de déceptions ou d'insatisfactions interpersonnelles. Il comprend également le cadre dans lequel l'intervention se déroulera : fréquence des rencontres, nature des contacts entre celles-ci, consignes concernant les absences, ou tout autre item pertinent dans un cas donné. Nous discutons aussi du contenu des communications à prévoir avec les tiers impliqués (équipe psychiatrique, services à l'enfance, etc.). Notre objectif est triple : obtenir la collaboration de l'usager, manifester notre préférence pour la constance et introduire une structure prévisible.

L'équipe traitante est multidisciplinaire ; psychologues, travailleuse sociale et éducateurs y travaillent. Une infirmière était membre de l'équipe initiale ; une psychiatre consultante était aussi régulièrement présente à nos réunions d'équipe. Dans la foulée de changements survenus au fil des ans, l'équipe s'est vue privée de l'apport de ces deux professionnelles. Au besoin, l'aide d'un omnipraticien et d'un autre psychiatre consultant était disponible. Le cadre de référence théorique de l'équipe comprend plus d'une approche, les intervenants ayant des grilles de lecture diverses. Il était important pour nous de chercher à ce que chacun maintienne ses convictions tout en partageant une vision

semblable concernant l'analyse des demandes d'aide et la réponse à y apporter avant de passer à l'intervention à proprement parler. C'est de cette manière que nous pensions qu'une philosophie commune pourrait se développer, que le clinicien pourrait être outillé lors d'interventions complexes et délicates, que de l'ordre pourrait être mis dans des demandes d'aide vagues ou comportant souvent plusieurs points d'interrogation et que la pression et l'urgence à faire vite pourraient être tempérées. Il nous fallait savoir répondre à une demande d'aide sans considérer la crise qui la précipitait comme seul paramètre à la conduite à tenir, mais de situer cet événement dans l'histoire du sujet aux plans de son style de vie, de son abus de substances et de ses antécédents diagnostiques et psychiatriques. C'est là une pratique spécialement adaptée dans l'univers mouvant et cyclique du trouble de la personnalité et de problèmes chroniques de fonctionnement, si l'on veut que notre action soit durable et exécuter notre tâche dans une relative sérénité, ce qui, comme chacun le sait bien, est loin d'être assuré une fois pour toutes. Nous pouvions par la suite mieux collaborer avec nos partenaires une fois bien situés les enjeux en place, nos rôles et limites respectives, ainsi que le type de collaboration à proposer au client.

### ***Balises théoriques et issues de la pratique***

Au moment de concevoir un programme consacré à la double problématique santé mentale et toxicomanie nous connaissions déjà cette dernière dimension. Il fallait concentrer nos efforts sur le trouble de la personnalité que le champ de la psychopathologie et la clinique générale avaient bien décrit. Cette « importation » d'un champ à un autre est un incontournable de notre pratique. En complémentarité à notre expérience sur le terrain et à nos formations personnelles, nous nous sommes inspirés de trois courants de pensée que nous illustrerons plus loin. Cet agencement, peut-être inhabituel, avait l'avantage de nous tracer la voie vers une manière de s'y prendre autrement, rallier autant que faire se peut le point de vue des différentes professions en place et introduire des lignes de pratique plus explicites. Dans notre domaine, il est bien difficile de prétendre à la « pureté » d'une approche à l'exclusion d'autres points de vue théoriques. Les obstacles rencontrés ont tôt fait de nous inciter à des emprunts salutaires, tant l'éventail des capacités propres à chaque usager d'être amené à collaborer à sa propre demande d'aide sont étendues et, fait à noter, fluctuantes d'un moment de l'intervention à l'autre.

L'approche systémique nous a influencés. Certaines propositions de conduites à l'endroit des sujets porteurs d'un trouble de la personna-

lité telles que formulées par Denis (1990) nous ont paru intéressantes en raison de l'accent mis sur le développement d'une résistance chez le soignant à prendre en charge la vie de celui qui sollicite son aide. L'objectif est de contrer la perpétuation du « cycle du trouble de la personnalité » où demandeur et dispensateur se retrouvent enchevêtrés dans la confirmation de la pseudo-irresponsabilité et de l'incompétence du premier et divers sentiments contre-transférentiels du second pouvant ultimement mener au rejet ou à une tolérance excessive, qui serait toute aussi pernicieuse. Nous avons retenu certaines de ses « prescriptions », l'une d'elle nous invitant à réfréner une attitude surprotectrice, associée à la régression, en évitant de répondre de façon précipitée aux demandes qualifiées de désordonnées de l'usager et d'assumer hâtivement des problèmes qui doivent demeurer les siens. Cette attitude, d'une certaine manière plus attentiste devant la pression exercée par l'urgence à faire vite et qui accompagne souvent les demandes d'aide de nos clients, contraste avec une mentalité plus spontanément orientée vers une réponse immédiate et étendue à leurs besoins, en cela assez caractéristique du milieu de la toxicomanie. Dans le même ordre d'idées, nous avons aussi retenu son invitation à ne pas devancer les désirs du client. Enfin, rendre explicite au patient les limites du cadre et de l'intervention est une communication essentielle lorsqu'il y a absence de collaboration de sa part à ce qui a été convenu. Cet auteur signale expressément le fait que le patient est souvent le premier à rompre l'alliance thérapeutique et à saboter le plan d'intervention. Nous en sommes quotidiennement témoins.

Sachant que notre population consulte différentes ressources ou requiert les soins de plus d'une unité de traitement au sein de notre propre établissement, notre équipe a retenu les propos de Denis concernant les rapports entre intervenants de différents points de service. Il est considérablement plus aisé aux parties en place de travailler en collaboration si chacun n'attend pas de l'autre la résolution de ce qu'il rencontre lui-même comme difficulté. Il nous apparaît de toute première importance de ne pas encourager chez l'usager des attentes irréalistes qui, somme toute, minent l'espoir et renforcent le sentiment d'incompétence. Denis fait aussi état d'un « partage des responsabilités entre confrères » (p 212). Chez nous, les discussions de cas en équipe (autour de tel ou tel événement problématique pendant le suivi d'un usager) ont été favorisées. Ainsi confirmé dans une position plus réfléchie et étayée, l'intervenant gagne en stabilité, ce qui est nécessaire devant la trajectoire impulsive et mouvementée de notre clientèle. Peut-être le clinicien est-il alors mieux en mesure de maintenir l'attitude de « fermeté bienveillante » mise de l'avant par l'auteur en remplacement de celle, plus

répandue, de « neutralité bienveillante ».

S'inspirant d'un modèle conceptuel combinant théorie interpersonnelle et psychologie du soi, Dawson (1988) traite de l'aménagement de la relation thérapeutique avec le patient borderline. À ses yeux, le comportement du patient limite est relié au contexte relationnel dans lequel il s'inscrit, et ne reflète pas une réalité intérieure stable et cohérente : ce mode relationnel serait le fait de sujets au soi profondément conflictuel et donc dépendants de paramètres externes immédiats pour se définir. Cette perception a servi à dédramatiser des présentations symptomatiques et comportementales invitant à l'intensité. Il suggère de distinguer entre contenu et processus, privilégiant ce dernier dans la réponse à donner à la communication du patient. Cet auteur nous a influencés dans un certain nombre de recommandations. Avant toute chose, il propose de réduire le « chaos interactionnel » que les intoxications, menaces et autres agirs apparentés à une forme ou une autre de désorganisation entraînent : nous avons traduit cet item dans notre réalité sous la forme d'une préoccupation autour de la notion de stabilisation. D'autre part, les contextes de vie aussi « chargés » et stimulants au plan des interactions que le sont les hospitalisations (dans notre milieu, les séjours internes) sont vus comme des lieux où soignants et patients ont, l'un par rapport à l'autre, des rôles où le premier est chargé de définir et d'interpréter les symptômes et autres transactions du second qui y trouve alors la confirmation de son incompétence ou irresponsabilité. Il est donc préférable de les éviter, sinon les réduire à une durée minimale avant que des réactions problématiques ne se déploient. Nous avons maintes fois observé la spirale de comportements difficiles et régressés de nos clients admis dans notre centre pour des séjours de quelques semaines et ce, bien que l'on y parle d'une approche psychosociale et non médicale : conflits interpersonnels, demandes d'exception, transgression des règles, etc. Autre prescription de Dawson, soit celle de ne pas subordonner notre intervention et notre compréhension aux manifestations affectives affichées par le client : elles sont vues comme une communication non verbale associée à la recherche d'une définition personnelle, chez des sujets en mal de préciser qui ils sont réellement. On parle, par exemple, d'un individu qui quitte notre bureau en pleurs et désespéré pour, quelques instants plus tard, converser joyeusement avec ses pairs. Plusieurs de nos clients se comportent de la sorte. Voilà une conduite que nous avons observée à répétition et qui traduit la précarité du sentiment d'identité.

Il va sans dire que Dawson s'adresse aux menaces, gestes suicidaires et autodestructeurs qu'il ne reconnaît pas comme « légitimes » dans les communications entre son patient et lui. À ce propos, il signalera par

exemple à ce dernier qu'il lui revient de mettre ou non en action ces gestes, qu'il ne peut l'en empêcher s'il veut vraiment s'exécuter et qu'en conséquence il est préférable de parler d'autre chose. De cette attitude, nous retenons la possibilité d'écouter de tels propos en les resituant dans le contexte de leur apparition. Les toxicomanes porteurs d'un trouble de personnalité grave peuvent penser au suicide, non seulement dans la suite d'une intoxication mais aussi dès qu'ils éprouvent des sentiments comme la honte, la colère, la crainte d'une perte relationnelle ou lorsqu'ils désirent produire un effet sur l'intervenant. Ce sont donc ces aspects que nous discutons avec eux, et non la menace en tant que telle. Cela dit, nous recourons bien sûr à des mesures d'urgence lorsque la situation le justifie. Enfin, cet auteur nous met également en garde face aux distorsions de rôle où l'intervenant risque de devenir sauveteur, parent ou protecteur, infirmant ainsi la capacité de l'usager à s'assumer. Il est alors utile dans l'interaction d'offrir plus d'une option, ce qui permet d'éviter maints débordements.

Du fait de notre vocation de comorbidité, nous savions qu'allait être concentrée dans notre programme une population particulièrement portée à l'agir utilisé comme mode de communication, thème inévitable lorsqu'il est question des troubles graves de la personnalité. Nous étions donc soucieux d'adopter des attitudes qui, compte tenu de l'encadrement limité propre à une clinique externe, visaient à réduire en sévérité et fréquence, ce type de communications concrètes. L'approche psychodynamique offrait à cet effet des points de vue que Poirier (1996) a résumés et qui correspondent à ce qui nous animait lorsque nous avons mis l'emphase sur l'importance d'un cadre thérapeutique ferme, stable, structurant et agréé par les parties en présence. Nous cherchions ainsi à faire en sorte que le traitement puisse tout simplement avoir lieu et ne pas être emporté dans une succession de crises qui nous en éloignent. Signalons en terminant qu'il était généralement admis que le traitement du trouble de la personnalité, surtout grave, est un processus au long cours (Boudreault et al., 1994 ; Gunderson, 1998).

### **Orientation face à la toxicomanie**

Comme nous sommes dans un contexte de comorbidité, nous traitons simultanément le trouble de la personnalité et les troubles liés aux substances. En ce qui a trait à la toxicomanie, l'IGT nous donne une bonne idée de son évolution, de ses débuts jusqu'au tableau récent. En général, chez nos clients et sans que cela leur soit spécifique, la consommation commence à l'adolescence par une période d'expérimentation de tout ce qui est disponible. La consommation dite « régulière » selon l'IGT (3 épisodes ou plus par semaine pendant plus d'un mois) suit ra-

pidement sinon instantanément, surtout pour l'alcool et le cannabis. Vient le temps où une ou deux substances sont privilégiées : leurs conséquences en viennent à motiver la recherche d'une aide. Ce processus peut se répéter si bien que certains usagers cognent à notre porte ayant auparavant abandonné un produit qui fut privilégié pour se concentrer sur celui qui reste. La substance abandonnée peut réapparaître en cours de route à la faveur d'une impasse relationnelle ou d'une difficulté au long cours qui n'est pas résolue. C'est une étape critique que nous souhaitons passagère mais qui peut se solder par un net recul des acquis. La prescription d'une médication peut alors être indiquée.

Nous travaillons dans le contexte d'une approche de réduction des méfaits. D'abord issue du domaine de la santé publique (Riley, 1994) elle est depuis le milieu des années 90, appliquée à la réadaptation, donc à la clinique auprès de gens qui ont fait une demande d'aide. Ce point mérite d'être signalé car cette approche, à l'origine, a été conçue pour rejoindre une population par le biais des conséquences de l'abus et non à la suite d'une demande de consultation. Elle suppose que l'abstinence devient un objectif parmi d'autres sans être posée comme une condition préalable à une démarche. Le client peut choisir parmi plusieurs possibilités une cible de changement au plan de sa consommation. L'idée est de se situer au plus près de ce qui est voulu par l'utilisateur afin de rendre plus accessible une amélioration. En fait l'application à la clinique de cette façon de voir a officialisé, dans une certaine mesure, ce qui se pratiquait déjà. Nous avons appris combien des efforts apparemment sans succès sur une cible donnée, pouvaient masquer des progrès dans d'autres sphères qui risquaient ainsi de passer inaperçus. Nous savions qu'il fallait valoriser des objectifs intermédiaires, quitte à faire de l'abstinence un objectif à rencontrer. C'est le cas pour un certain nombre de sujets qui en viennent à devenir abstinentes pour des durées variables.

La dimension consommation fut jusqu'à une certaine époque, traitée en groupe. Portant sur la dépendance aux psychotropes, il avait pour but d'aider à la prise de décision, soutenir les efforts consentis, dispenser des informations pertinentes, permettre un soutien venant des pairs et offrir une alternative à ceux qui préféreraient cette modalité. Plusieurs y trouvèrent réponse à leurs attentes ; d'autres demeurèrent perplexes devant des pairs privilégiant un objectif de diminution de la consommation ou l'abandon d'une substance, alors qu'eux-mêmes visaient l'abstinence. Cette formule était donc intéressante mais l'assiduité du client y était un problème et exigeait des efforts du thérapeute pour l'y maintenir. Lorsque traitée dans le contexte d'entretiens individuels, la toxicomanie est considérée non comme une entité distincte et séparée mais

plutôt en relation avec les autres sphères de la vie de l'usager. On fait ici référence aux conséquences de la consommation sur son équilibre psychologique, à savoir la présence d'idées suicidaires, de variations d'humeur, d'une tendance à l'évitement accrue et d'impulsivité. On pense aussi à l'impact produit sur ses relations interpersonnelles et ses buts futurs ; l'interaction avec la médication prescrite est aussi au nombre de ces aspects. On aborde également l'effet recherché et des objectifs assez spécifiques peuvent être mis de l'avant, parce que plus faciles à jauger de part et d'autre. L'accent mis sur tout ce qui se rapporte à la consommation varie selon la progression de l'usager et la nécessité d'aborder avec lui d'autres points de vulnérabilité qu'il perçoit comme problématiques ou que nous-mêmes cherchons à éclairer.

Que ce soit en groupe ou en individuel, cette façon de faire vise à accroître la conscience du client sur la nature des efforts à souscrire dans la direction d'un choix, d'une décision à prendre ou à maintenir, au sujet de sa consommation. Il est ainsi mieux au fait des espoirs inhérents à un changement à ce sujet, comme des pertes à envisager, ne serait-ce que des gratifications bien réelles tirées de ce comportement. Il faut ajouter que la motivation est fluctuante, élevée en début de traitement et par la suite dépendante de la résorption de la crise : l'usager peut éprouver avec soulagement le « besoin » moins pressant de consommer, mais peut aussi profiter de cet apaisement pour se tourner de nouveau, graduellement, vers un usage plus fréquent de son ou ses produits préférés. Règle générale, nous assistons à une diminution de la consommation problématique associée à une préoccupation de l'usager à en réduire les conséquences néfastes, peu importe le niveau de gravité du trouble de personnalité.

Pour certains de nos clients qui persistent en traitement nous observons en quelque sorte un « plateau ». Au fil des entrevues il s'est développé une meilleure connaissance des divers aspects mis en cause dans leur consommation et pourtant, ce qu'ils en conservent semble inutile lorsque survient la tentation de consommer. Malgré cette accumulation d'informations personnelles les clients se questionnent, comme au début de leur suivi, sur les motifs les précipitant vers telle ou telle substance, ce qui nous étonne toujours compte tenu du travail réalisé à ce sujet. Dans ces moments, ils sont à la recherche d'un événement passé central et dramatique qui offre à leurs yeux une explication unique à tous leurs maux et de laquelle devrait jaillir la force de procéder à un changement. Le thérapeute est vu comme porteur de la réponse devant un sujet passif qui attend la solution. En continuité avec ce phénomène, la quête de « trucs » pour maîtriser une consommation problématique

(ou de d'autres conduites) est récurrente, tantôt insistante, tantôt en retrait. Une pensée concrète (couramment rencontrée) peut la justifier, mais le soulagement est espéré d'une source extérieure perçue comme détentricrice d'un savoir tout-puissant sur la voie de la guérison, et non comme résultant d'une intégration personnelle présidant aux efforts consentis. L'identification, par exemple, d'une alternative à la consommation, conduite pour ainsi dire universelle dans le traitement d'une dépendance, en est d'autant compliquée, peut-être en raison justement de la présence de déficits personnels importants. Pourtant les sujets avec lesquels nous travaillons ont reconnu que recourir à une substance est un problème. Le déni si fréquemment invoqué dans cette population n'est donc pas le mécanisme en cause. En fait l'équilibre à préserver entre une trop grande tolérance face à l'usage, voire sa banalisation, et la souplesse vis-à-vis les obstacles inévitables, est pour nous une préoccupation constante.

### ***Le cheminement du client après cinq ans : quelques observations***

Cinq années de travail auprès de notre clientèle, alimentées de la réflexion générée par ce que chaque discussion de cas, rencontre individuelle, événement prévu ou non suscitent de questionnement, représentent le terrain d'observation duquel sont extraits les propos qui suivent. Ils sont tirés de l'empreinte laissée par la répétition au quotidien, empreinte que nous souhaitons suffisamment dégagée de l'effet immédiat de telle ou telle « aventure » clinique, pour être partagée. Nous décrivons dans un premier temps ce qui caractérise nos échanges avec les clients, pour ensuite discuter de moments significatifs qui jalonnent leur suivi. À l'occasion, des vignettes cliniques illustreront notre propos.

### ***Nos interventions les plus courantes***

Signalons d'abord le souci que nous avons de préserver narcissiquement l'usager. Ce que nous avons à dire peut être confrontant, peut aussi le dépeindre dans des positions désavantageuses et, surtout, ne pas répondre à l'attente omniprésente d'encouragement. Nous ne réussissons pas toujours à éviter la blessure, mais nous pensons avoir raffiné notre habileté à présenter une réalité délicate qui soit recevable sans être minimisée. Mentionnons de plus que nous sommes en entrevue des thérapeutes actifs de plus d'une façon, ne serait-ce que pour relancer ce qui autrement tomberait ni plus ni moins dans le vide.

Plusieurs de nos conduites en entrevue contribuent à rendre une image étayée de la réalité du client : c'est ce que nous comprenons comme un rôle de miroir. Ainsi, les questions de clarification occupent

une place notable dans nos contacts avec lui. Elles servent à contrer la présentation souvent incomplète qui est faite de situations relationnelles, à les situer dans un avant-pendant-après sans lequel on ne peut intervenir, à éclairer les rôles et motivations des protagonistes et à se sortir d'une description souvent dichotomique de la réalité.

Cette étape de clarification ouvre la voie au bon vieux reflet, ici indispensable (Miller, 1991). Peut-être plus que dans d'autres types de clinique joue-t-il son rôle d'aider le client à élaborer en se sentant compris et de favoriser l'établissement de l'alliance thérapeutique. Il permet à l'intervenant de rejoindre le client là où il se trouve, sans répondre à la pression sous-jacente à dire comme lui ou à participer à des énoncés à saveur dramatique. Il lui permet aussi de mettre en évidence des intentions et des réflexions qu'il veut encourager. Nous pouvons alors procéder à un travail de liaison, une mise en place généralement appréciée. Nous renvoyons au client une description qui comprend plus d'éléments que ce qui était dit au départ, sans craindre une complexité où un pont est jeté entre des items auparavant dissociés ou en apparence contradictoires. C'est une intervention qui « ramasse » et contient tout comme la métaphore, précieuse alliée pour acheminer en douceur un contenu délicat.

Nous ne saurions passer sous silence l'usage de la confrontation. Elle a sa place à n'importe quel moment du suivi, même en l'absence de l'alliance thérapeutique (qu'elle peut même favoriser). Elle vise à « remettre au centre des préoccupations de la personne les attitudes qui lui nuisent » (Poirier, 1997, 136). Nous l'employons comme tel en la maniant de façon à ce qu'elle comporte toujours la validation d'une dimension amenée par le client à la suite de quoi ce que nous avons à dire lui est communiqué. Ou la confrontation fonctionne sur le champ et le client prend alors un virage salutaire ou elle met le traitement sous tension : on peut alors s'attendre à un abandon du suivi, une demande de changement de thérapeute, quelques absences aux rendez-vous ou, dans le meilleur des cas, un « brouillage » temporaire et ultérieurement cliniquement appréciable, de la relation thérapeutique.

Le sentiment de frustration est un thème récurrent assez caractéristique de l'expérience de nos usagers face à une foule de situations de plus banales aux plus sérieuses. Il faut tenter d'orienter vers une voie qui, finalement, transforme quelque peu cette expérience dans l'immédiat et invite à la percevoir différemment. Lorsque la frustration nous paraît un réflexe porteur d'une mobilisation pertinente, nous la soutenons. Autrement, nous travaillons à dédramatiser, invitons à prendre un recul, à mettre à jour et démêler les motivations associées (les siennes ou celles inférées chez l'autre). Au mieux, nous arrivons à ce que soit

entrevue une part de responsabilité à l'origine de l'événement frustrant. Lorsque celui-ci est sous le contrôle du sujet, il est engendré ou par sa passivité (laisser aller les choses) ou par son impulsivité (réagir sous le coup de l'émotion). En fait, c'est une occasion de s'adresser à la tendance si répandue d'organiser la pensée d'une manière dichotomique en semant le doute pour introduire des nuances là où les positions sont catégoriques et simplifiées. Donner au client l'occasion de mettre en perspective ce qu'il vit intensément, lui permet d'arriver à une perception plus réaliste de ce qu'il vit.

Nous avons antérieurement fait référence à notre usage du plan d'intervention. Le cadre mis en place à cette étape est bien sûr soumis au test de sa solidité. Les absences aux rendez-vous en sont la manifestation la plus courante à laquelle nous nous adressons en utilisant les interventions décrites jusqu'à présent. L'important pour nous, est d'entretenir le dialogue au sujet de ces absences afin de souligner à l'usager le sérieux de notre réponse à une demande d'aide qui est avant tout la sienne. D'autre part, plusieurs de nos interventions ont pour but de diminuer le sentiment d'impuissance des clients devant des états intérieurs ou des relations interpersonnelles conflictuelles, tous deux vécus sur un mode entier et sans les nuances nécessaires pour maintenir l'anxiété à un niveau acceptable. Il s'agit alors de départager ce qui appartient à soi et à l'autre ; de dissocier du présent l'influence du passé, d'amener la réflexion sur le point de vue de l'autre, retracer et soutenir un filon précieux pour encourager le client. Nous profitons de cet espace pour introduire au plan relationnel une vision de l'autre comme différent, et de soi comme davantage individué, la tendance de l'usager étant plutôt de chercher dans ses relations interpersonnelles le maintien d'une collusion dans la ressemblance. Nos clients s'associent de préférence à des gens qui leur ressemblent et perçoivent les différences d'opinion tantôt comme insécurisantes, tantôt comme un obstacle à vaincre. L'exercice même de notre rôle s'oppose inévitablement à cette tendance. Certains le tolèrent difficilement et ressentent comme un manque de compréhension tout ce qui dans nos propos, heurte ce besoin d'uniformité. Ils nous le font savoir en exprimant diverses doléances qui nous signalent que leur vision d'un traitement est sous le signe de plus de complexité.

### ***Moments significatifs du suivi***

L'accueil du client à notre façon de faire, ou tout simplement à la réalité de l'engagement dans une démarche thérapeutique, comprend des moments d'ambivalence qui peuvent être surmontés ou encore qui signalent la fin de cet épisode de traitement. Elle se manifeste dans cette

habitude de demander de l'aide et la refuser de diverses façons par la suite. Les absences aux rendez-vous alors que le suivi est à peine entamé, des demandes d'aide assorties d'une pression à réaliser de grandes choses dans les plus brefs délais (ou comment être insatisfait dès le départ), des attentes bien affirmées d'un traitement « en profondeur » remuant le passé traumatique de la part de personnes qui se dérobent aussitôt au travail de thérapie, des demandes d'aide éphémères et changeantes qui nous laissent perplexes, voilà un peu comment se manifeste cette ambivalence. En fait, un de ses effets est de nous amener à envisager le « temps thérapeutique » comme imprévisible : nous ne savons jamais, ou presque, si le sujet poursuivra, si bien que nous modulons notre intervention en conséquence. Donner ce qui nous paraît adéquat à cette étape afin de préserver un rythme qui n'est pas soumis à cette éventualité est devenu une attitude garante de notre stabilité personnelle à défaut de celle du client. La continuité du suivi est régulièrement mise en brèche par les clients (même bien motivés) qui persévèrent en traitement, via des absences qui font traîner le processus clinique en longueur ou qui surviennent alors que nous pensions avoir fait un bon coup ! Ce n'est donc pas immédiatement qu'un « bon coup » peut être évalué comme tel. L'idéal de faire de ces manquements au cadre un objet de discussion au moment opportun, peut se buter à une insouciance déconcertante. Tout cela peut user notre propre motivation et le risque, au plan contre-transférentiel, est de banaliser ces actes pour se rapprocher d'une relation avec le client qui soit coulante et sans frictions.

Dans ces circonstances, nous concevons le plan d'intervention (et sa révision) comme un instrument utile parce qu'il représente une entente clairement consentie à laquelle nous pouvons référer au besoin. C'est à ce titre qu'il a un effet structurant : nous y trouvons le fondement déjà disponible sur lequel nous appuierons certaines de nos interventions futures. En fait, ce qui s'est passé entre le client et nous-mêmes est pratiquement toujours un matériel de choix parce qu'il comporte un minimum de reconstruction et qu'il est associé à une expérience commune.

Comme partout ailleurs, l'alliance thérapeutique est le produit d'un travail de collaboration, mais, dans notre cas c'est du vif-argent qui a ni plus ni moins pour qualité de nous glisser entre les doigts. Longue à se manifester, plus ou moins absente de la scène lorsqu'il y a consommation problématique et récurrence de situations de crise non nécessairement consécutives aux intoxications, elle n'est pas un acquis définitif. Notre hypothèse de travail est que cette mouvance résulte de l'effet combiné de la toxicomanie et du trouble de personnalité. Le cas d'un client limite laisse entrevoir sa fragilité :

Monsieur est suivi individuellement ; il exprime à plus d'une reprise sa confiance en notre établissement (sur la base d'une fréquentation passée) et sa satisfaction à l'endroit de sa thérapie individuelle. Il n'aurait pas voulu d'une prise en charge psychiatrique. Après sept mois d'un suivi régulier associé à un niveau réduit de consommation d'alcool et de cocaïne, il commence à s'isoler, abandonne des activités très investies, devient suicidaire, augmente, sans le dire ouvertement, sa consommation, se présente à une urgence hospitalière (où on prescrit un antidépresseur), bénéficie d'un séjour en centre de crise. Nous apprendrons plus tard qu'une déconvenue amoureuse serait à l'origine de ce nouvel épisode de crise. Il réclame une admission à nos services internes, acceptée à la condition qu'il se présente à ses entretiens hebdomadaires jusqu'à son entrée. Il ne respecte pas cette condition, est indigné de voir en conséquence son admission reportée et nous adresse une série de critiques quant à notre manque d'empathie à l'endroit de son état de crise déclaré incontrôlable. Une fois admis à l'interne, les intervenants notent son attitude théâtrale et hautaine face au milieu ; en raison de ses demandes répétées, incompatibles avec la programmation, et d'agirs ayant largement mobilisé le personnel, on met prématurément un terme à son séjour, sa conduite ayant été imperméable aux interventions ponctuelles des cliniciens. De retour en externe, il se présente quelques semaines plus tard à un rendez-vous et abandonne le suivi. Visiblement, l'alliance thérapeutique s'est effritée et ne fut d'aucun secours pour freiner cette escalade.

Nombreux parmi nos usagers sont ceux qui ont un passé semé de négligences parentales ou d'abus de toutes sortes. L'inceste et les agressions sexuelles sont de ceux-là et leur impact est sans aucun doute certain. Plusieurs n'en feront mention qu'occasionnellement et nous glisserons avec eux dans ce mouvement afin de préserver le climat de travail atteint. Mais d'autres manifestent des attentes très précises à ce sujet lors de la demande d'aide ou une fois le suivi bien entamé. Dans le premier cas, la demande est de se pencher expressément sur ces événements parallèlement à l'abus de substances sinon le supplanter et dans le second cas, il s'agit d'une manifestation soudaine que nous écoutons tout en l'évaluant. La description suivante souligne la qualité subite des dires d'une cliente à ce sujet :

Madame est une femme à la pensée articulée, qui présente un trouble anxieux et un état limite associés à une polytoxicomanie. En dépit d'un suivi individuel de deux ans, la consommation entraîne des conséquences négatives et justifie la référence à une ressource offrant un traitement intensif de plusieurs semaines. À son retour, enchantée, elle énu-

mère des points sur lesquels elle veut désormais travailler. L'un d'eux est énoncé comme suit : « Je ne sais pas si j'ai été incestuée, je ne me souviens de rien... mais tout me le fait soupçonner. » La demande est insistante et sollicitive de la thérapeute un assentiment et une activation quasi immédiates. Madame revint sur cet événement encore incertain, lors de l'entretien subséquent, et jamais par la suite. Il ne figurait pas non plus dans le contenu des entretiens précédentes. Cette demande fut écoutée au même titre que les autres, dans l'attente de voir ce que la cliente en ferait d'abord par elle-même. Depuis, pourtant, la cocaïne fut abandonnée et une réinsertion au travail est en bonne voie.

Comme on peut le voir, notre réponse ne peut être uniquement guidée par la compassion, car elle doit tenter de se subordonner à ce que nous croyons la personne capable d'assumer. Nous ne voulons pas précipiter de rechute vers la consommation problématique, s'associer sans discernement à une recherche d'émotivité ou d'intensité ni répondre à quelque chose qui se révélera passager, voire influencé par les dires des pairs, et face à quoi un certain équilibre s'était installé. Nous savons que la position latente adoptée par le client en est alors une où le thérapeute prend les guides et l'amène vers la résolution de sa souffrance sans l'inconfort qu'il pressent d'ailleurs très bien : qui peut prétendre à ce nirvana ? Notre jugement clinique s'exerce ici avec acuité dans un sens comme dans l'autre. Le travail à petites doses peut rendre de bons services. Un changement persistant, si minime soit-il, apporte davantage de bien-être futur au client qu'une catharsis momentanée qui ne s'accompagne pas de changement.

La trajectoire de nos clients témoigne de difficultés répétées en résonance à des déficits de la structure de la personnalité qui affectent également la réadaptation. Nous pensons à l'intolérance à la solitude (Gunderson, 1996), à la diffusion d'identité (Akhtar, 1984), à une forme de dépendance envahissante, niée ou reconnue (Bornstein, 1998), à la récurrence de sentiments de vide ou d'ennui qui apparaissent même dans les moments les plus... pleins. Inutile de dire que nous devons composer avec leurs conséquences : elles minent la motivation de l'utilisateur à mieux faire pour lui-même et le font trébucher, régresser vers la conduite qu'il veut pourtant modifier tout en le rendant extrêmement perméable à des influences variées, parmi lesquelles la nôtre n'est pas nécessairement prévalente. Ainsi, réduire une consommation abusive est un progrès qui devrait en permettre d'autres : mais, c'est aussi une étape qui peut tourner court lorsque le sens à la vie est constamment remis en question, s'il y a nécessité de se distancier d'un autre perçu, à tort ou à raison, comme essentiel, s'il est difficile d'identifier un but à atteindre sur la base d'un

intérêt durable et appuyé par une conviction bien sentie qu'il est réellement le nôtre. Le suivi est régulièrement abandonné dès le début parce qu'il est à juste titre pressenti comme une future confrontation avec le différent, l'inconnu et le tâtonnement, toutes choses qui éveillent la méfiance du client aux prises avec ce type de structure malgré son apparente familiarité avec l'incertitude, l'insécurité et l'instabilité.

## **Conclusion**

Après cinq années de pratique dans un programme intégré, et à la suite des observations qui précèdent, nous arrivons aux conclusions que voici. Le maintien d'un tel programme intégré, au sein d'un centre de réadaptation, demeure pertinent. La concentration d'usagers permet l'accumulation d'observations, de connaissances, de façons de faire que la pratique dans un programme général rend plus aléatoire. L'accueil fait à la médication en est un exemple : le client ne se sent-il pas davantage compris si le clinicien est familier avec ce qu'entraîne pour lui un traitement pharmacologique ? Les toxicomanes peuvent se méfier davantage de la prescription d'un psychotrope que de ce que contient la substance achetée à leur fournisseur.

Il faut par ailleurs constater que la réponse de nos clients à ce que nous avons mis en place pour favoriser un suivi au long cours, et bien que telle soit souvent leur attente, est mitigée. Ils utilisent nos services de façon tantôt irrégulière, tantôt discontinuée, et plusieurs les abandonnent, à notre avis, avant même d'en avoir profité ou de s'y être engagé. Il s'agit là d'une trajectoire qui ne nous est pas spécifique (Stark, 1992). Bien que peu nombreux, certains usagers persévèrent aussi en traitement. Néanmoins, qu'il y ait abandon prématuré, ou plus tardif, il n'est pas rare qu'une demande d'aide subséquente soit faite à la faveur d'un nouvel épisode de crise. Tout compte fait, serait-il préférable de concevoir autrement l'offre de service ? La question du temps que l'usager est prêt à consentir à son traitement est centrale et peut-être faudrait-il penser court terme plutôt que long terme et ce, prévoyant que la fréquentation des services sera épisodique. Un programme externe, structuré, réparti sur un nombre prédéterminé de semaines, est une offre de service qui pourrait davantage correspondre au temps que le client est prêt à souscrire à son traitement. À l'intention du trouble limite, Paris (1994) conclut à la pertinence d'un traitement intermittent (consécutif à un état de crise) et continu (parce que la probabilité de rechute existe) : un programme intégré pourrait s'en inspirer. Il conclut également à une réponse éclectique à la demande d'aide, parce qu'à la lumière de sa revue de la littérature, aucune modalité de traitement ne peut, à elle seule, prétendre être suffisante.

Ceci ouvre la voie à plus d'une approche théorique comme à plus d'une modalité de suivi des clients (groupe ou individuel, court ou long terme). Dans cette optique, nous croyons que la psychothérapie individuelle favorise des représentations relationnelles intériorisées qui peuvent permettre la restauration de certaines failles dans leurs rapports humains alors que l'intervention de groupe donnera l'occasion de se confronter à la différenciation. En conséquence, nous pensons que, juxtaposée à l'intervention de groupe, la possibilité d'un suivi individuel au long cours devrait également être retenue : certains clients y adhèrent et, avantage non négligeable, les cliniciens en tirent une connaissance plus fidèle de leur évolution car elle englobe alors tant les moments de crise que les moments (car il y en a !) d'accalmie. En ce qui nous concerne, ces aménagements témoigneraient d'une compréhension améliorée de ce qu'implique la chronicité d'un trouble : on parle de soulagement, de rechute, de réaménagement plus fonctionnel de la structure de la personnalité, et non de guérison. Nous le savions : peut-être faut-il du temps pour arriver à une intégration plus juste de ce phénomène. La médecine a une tradition plus longue à cet effet que les milieux de réadaptation. De son côté, Beutler (2000) mentionne qu'avec les patients qui présentent un tableau clinique complexe et chronique, l'exposition à l'intervention de plus d'un clinicien augmente leurs chances d'amélioration. La question de l'alliance thérapeutique nous préoccupe. Favoriser le développement de mesures qui la facilitent est un ingrédient important du traitement, car sur lui repose l'efficacité d'autres interventions (Beutler, 2000). Dans la foulée de ce qui précède, nous pensons que l'alliance thérapeutique peut gagner à être envisagée sur le continuum des départs et retours en traitement et non sur la foi d'un épisode unique. C'est encore là une illustration de ce qui nous amène à souscrire à l'idée d'un traitement intermittent et continu.

Il n'en demeure pas moins que l'adhésion du client à son traitement, même court, et à ce qui lui est proposé, sera probablement toujours... imparfaite : elle est, selon notre compréhension du trouble de la personnalité, typique à son fonctionnement et ce, dans plus d'une sphère de sa vie. Si le client gagne quelques jalons de ce côté lorsqu'il consent des efforts tant sur la consommation problématique que sur sa manière d'être, de son côté, le clinicien, gagne à faire de cette réalité un levier vers plus de sensibilité à ce que recouvre cette expérience pour l'autre, sans perdre la capacité essentielle sinon vitale, de formuler un projet thérapeutique, porteur d'espoir.

## RÉFÉRENCES

- AKHTAR, S., 1984, The syndrome of identity diffusion, *American Journal of Psychiatry*, 141, 11, 1381-1385.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, *DSM-IV: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson (traduction française, 1996).
- BEUTLER, L. E., 2000, David and Goliath: When empirical and clinical standards of practice meet, *American Psychologist*, 55, 9, 997-1007.
- BORNSTEIN, R. F., 1998, Dependancy in the personality disorders: insight, Intensity, expression and defense, *Journal of Clinical Psychology*, 54, 2, 175-189.
- BOUDREAU, L., DUHAMEL, D., MALTAIS, K., MARCEAU, J. P., 1994, Les troubles de la personnalité dans le contexte de l'intervention en toxicomanie, in Brisson, P., ed., *L'usage des drogues et la toxicomanie*, vol II, Boucherville, Gaétan Morin, 437-458.
- DAWSON, D. F., 1988, Treatment of the borderline patient, relationship management, *Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 370-374.
- DENIS, J. F., 1990, Le problème des troubles de la personnalité en psychiatrie, *Revue canadienne de psychiatrie*, 35, 208-214.
- GUNDERSON, J. G., 1996, The borderline patient's intolerance of aloneness: Insecure attachment and therapist availability, *American Journal of Psychiatry*, 153, 6, 752-758.
- GUNDERSON, J. G., 1998, A little cream and sugar: psychotherapy with a borderline patient, *American Journal of Psychiatry*, 155, 1, 114-122.
- LANDRY, M., BOISLARD, J., 1992, Comorbidité toxicomanie-troubles mentaux. Un exemple québécois: le centre Domrémy-Montréal, *Psychotropes*, 7, 3, 33-40.
- LANDRY, M., BERGERON, J., BROCHU, S., 1998, La place de l'ASI/IGT dans une perspective globale d'évaluation en toxicomanie, in Guyon, L., Landry, M., Brochu, S., Bergeron, J., eds, *L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes: l'indice de gravité d'une toxicomanie (ASI/IGT)*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 11-30.
- MC LELLAN, A., LUBORSKY, L., O'BRIEN, C. P., WOODY, C. E., 1980, An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patient: The Addiction Severity Index, *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 173, 7, 412-423.
- MILLER, W. R., ROLLNICK, S., 1991. *Motivational interviewing: Preparing peo-*

ple for change in addictive behaviors, New York, Guilford Press.

NADEAU, L., LANDRY, M., RACINE, S., 1999, Prevalence of personality disorders among clients in treatment for addiction, *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 592-596.

NADEAU, L., LANDRY, M., COURNOYER, L. G., 2001, *Étude descriptive et évaluative d'un programme d'intervention sur la comorbidité : toxicomanie-troubles mentaux, Rapport de recherche* (ISBN2-921486-21-08), Bibliothèque nationale du Canada, Bibliothèque nationale du Québec.

PARIS, J., 1994, *Borderline Personality Disorder: A Multidimensionnal Approach*, Washington, American Psychiatric Press.

POIRIER, M., 1997, Psychothérapie du client limite : une analyse de l'approche de Masterson, *Revue québécoise de psychologie*, 18, 1, 115-149.

RILEY, D., 1994, La réduction des méfaits liés aux drogues : politiques et pratiques, in Brisson, P., ed., *L'usage des drogues et la toxicomanie*, vol. II, Boucherville, Gaétan Morin, 129-150.

STARK, M. J., 1992, Dropping out of substance abuse treatment: a clinically oriented view, *Clinical Psychology Review*, 12, 93-116.

## ABSTRACT

### **Drug addiction and personality disorder : reflection on treatment**

The experience of a treatment in cooccurring disorders of drug addiction and mental health has allowed to document the intervention with people presenting one or more personality disorders. This article describes the integrated program in which is inserted the trajectory of these people. The article highlights the complexity of their clinical portrait as well as the implications of the most current interventions in their treatment. It also underlines some critical moments of this clientele's path. Clinical vignettes are presented to better illustrate remarks. The authors' reflection leads to reconsidering conditions of the intervention. The avenue proposed is that of a differentiated, intermittent but continuous treatment. The possibility of a long term individual treatment for clients adopting this mode, is also considered. This range of possibilities would better respond to the specific chronicity of these two disorders.

## RESUMEN

### **Toxicomanía y turbio de personalidad: reflexión sobre el**

## **tratamiento**

La experiencia de un tratamiento en comorbosidad *toxicomanía* y *salud mental* ha permitido de documentar una intervención con personas presentando un o unos turbios de personalidad. Este artículo describe el programa integrado en el cual se pone la trayectoria de estas personas. Hace restacar la complejidad de su cuadro clínico así que implicaciones de intervenciones más corrientes en su tratamiento. Pone en evidencia ciertos actos en lo que concierne los momentos críticos del trayecto de esta clientela. Viñetas clínicas ilustran el tema. La reflexión de los autores lleva a reconsiderar condiciones de la intervención. Proponen como avenida un tratamiento diferenciado, intermitente, pero continuo. La posibilidad de un tratamiento individual a lo largo, por clientes quienes adoptan esta modalidad esta también retenida. Este abanico de posibilidades responde más bien al carácter crónico de los dos turbios.