

# En fait, c'est plus clinique qu'une simple rechute

## Le fait de voir le retour à l'utilisation de substances comme une récurrence des symptômes mène à la compassion

Le terme « rechute » est un exemple de langage, de croyances et d'attitudes couramment exprimés lors de discussions sur les troubles liés à l'utilisation de substances (TLUS) qui ne s'appuie pas sur des preuves médicales. « Rechute » est utilisé depuis les années 1980 pour mettre l'accent sur les comportements, les motivations et les choix plutôt que sur les symptômes, la capacité ou les critères de diagnostic d'un TLUS.

Une « rechute » est définie comme l'action de retomber dans un mal, dans une mauvaise habitude (Larousse). Cette définition, généralement comprise par bien des gens, contribue à l'idée fausse selon laquelle les personnes, par insouciance ou manquement moral, choisissent consciemment de recommencer à utiliser des substances, et que cette décision est prise dans un état de santé. Ce malentendu suggère que la personne vit une « régression » délibérée plutôt que de reconnaître qu'il s'agit d'un symptôme ou d'une expression de la condition de santé (trouble lié à l'utilisation de substances) elle-même.

Lorsque les symptômes réapparaissent dans des conditions comme le diabète ou les troubles de l'humeur, même après de longues périodes de bien-être, les autres réagissent dans un esprit de soutien et non pas de déception. Cela fait partie de la condition de santé. Mais dans le cas des TLUS, lorsqu'un retour à la recherche compulsive de substances est appelé une « rechute » plutôt qu'une « récurrence », les gens voient cela comme un échec ou un choix, plutôt que comme un symptôme. Ces deux poids deux mesures sont fondés sur la stigmatisation et non sur la science.

Cette idée fausse a une incidence sur la façon dont les personnes qui utilisent des substances sont traitées et dépeintes au niveau social ou public, dans le système de soins de santé et au sein de l'unité familiale et, par conséquent, sur la façon dont les personnes ayant un TLUS perçoivent leur propre valeur.

---

**Pour corriger ces idées fausses, CAPSA utilise le terme « récurrence » pour désigner avec précision les signes indiquant que le trouble est actif. Il peut s'agir de:**

- la recherche et l'utilisation compulsives de substances;
- l'incapacité de faire des choix sains;
- la poursuite de l'utilisation de substances malgré les conséquences négatives.

Le trouble lié à l'utilisation de substances n'est pas défini par la présence de substances, mais par la perte de la capacité à faire des choix sains et autodéterminés dans sa relation avec elles. Il y a de nombreuses raisons pour lesquelles ces symptômes peuvent se manifester ou réapparaître chez une personne, qui peuvent être psychosociales, neurologiques, biologiques ou une combinaison de ces facteurs. Cette combinaison est différente pour chaque personne. Lorsqu'un TLUS revient à cause de ces facteurs, le fait de changer le langage en remplaçant comportement par symptômes aide à comprendre que :

**Le retour:**

- fait partie de la condition et vient du trouble;
- ne vient pas d'un état de bien-être.

**Ainsi, comme pour d'autres conditions pouvant être diagnostiquées, ce n'est pas un choix ou un échec personnel.**

**La récurrence des symptômes d'un TLUS doit être ancrée dans le diagnostic continu et le soutien du trouble, tout comme les récurrences sont comprises dans d'autres conditions de santé physique et mentale.**

## **Comment les fausses croyances et le langage stigmatisant causent-ils de réels méfaits?**

### **Pour une personne ayant un TLUS:**

Lorsque les gens utilisent des termes comme « rechute » qui mettent l'accent sur le comportement et supposent que la personne n'a pas la volonté ou l'intérêt nécessaire, ou qu'elle a juste besoin de motivation pour faire de meilleurs choix, la personne se demandera pourquoi elle n'arrive pas à trouver la volonté de changer ou pensera que quelque chose ne va pas chez elle parce qu'elle n'a pas l'intérêt nécessaire pour apporter ces changements. Lorsque ces croyances néfastes, entretenues par d'autres et résultant de la stigmatisation, deviennent intériorisées, la personne peut commencer à se sentir déconnectée de sa famille, de sa communauté et des soins. Cela isole la personne et a un impact direct sur sa santé.

Les idées fausses qui mettent l'accent sur le besoin de motivation, de volonté et de faire de bons choix ne sont pas fondées sur les données probantes des troubles liés à l'utilisation de substances. Elles perpétuent la croyance néfaste selon laquelle une personne doit ressentir de la douleur ou être désespérée pour faire des choix différents. C'est un concept connu comme le mythe du « fond du baril ». Cette thèse est particulièrement néfaste, car elle suggère qu'une personne doit avoir atteint un niveau de souffrance extrême avant d'être ouverte à recevoir de l'aide ou de se voir offrir de l'aide. Par conséquent, de nombreuses personnes tardent à demander du soutien jusqu'à ce qu'elles soient à risque de mourir.

### **Pour les membres de la famille et les aidants des personnes ayant un TLUS:**

Lorsqu'un membre de la famille croit les idées fausses entourant le choix, la motivation et l'intérêt, il peut imposer des ultimatum ou des conséquences dans l'espoir de faciliter le changement. Ces approches ne sont pas utiles, car elles ne tiennent pas compte des critères de diagnostic d'un TLUS ni de la capacité de la personne à ce moment-là. Lorsque les membres de la famille agissent selon ces croyances, la façon dont ils parlent à leur proche et le traitent perpétue la stigmatisation sociale et l'autostigmatisation, et entraîne les méfaits décrits ci-dessus.

Un critère de TLUS est le suivant

**la poursuite de l'utilisation de substances malgré les conséquences négatives.**

### **Pour les fournisseurs de services:**

Lorsque les fournisseurs de services ont de fausses croyances au sujet du bien-être, de l'amélioration ou du « succès », leur compassion peut devenir conditionnelle. Si une personne ne se sent pas « mieux » ou connaît une récurrence, les soignants peuvent se sentir frustrés ou désillusionnés, surtout s'ils considèrent que leur rôle consiste à corriger, sauver ou produire des résultats précis. Au fil du temps, cela peut entraîner une diminution de la qualité des soins prodigués à la personne et le retrait émotionnel du soignant. Dans certains cas, les soignants commencent à imposer des critères à leur soutien, établissant un lien entre le fait de mériter du soutien et l'absence de récurrence ou la capacité de la personne à rester en bonne santé. Lorsque ces attentes ne sont pas satisfaites, les soins peuvent être refusés ou, dans certains cas, des personnes peuvent même être rejetées des services.

Cette frustration est souvent qualifiée à tort d'« usure de compassion ». Cependant, il n'existe aucune preuve ou évaluation montrant que la compassion peut nuire aux soignants. Ce qu'on appelle communément l'usure de compassion est plutôt un reflet de compétences sous-développées, de la pression intériorisée à contrôler les résultats, et de la tension émotionnelle liée à la navigation dans un système qui reconnaît rarement ces dynamiques. Ce n'est pas la compassion qui est épuisante, c'est la demande de gérer le cheminement de quelqu'un d'autre et le sentiment d'échec qui en résulte lorsque ce contrôle se révèle impossible. Si on l'ignore, cette dynamique renforce la stigmatisation, surtout en ce qui concerne la récurrence, et finit par aller à l'encontre des principes de soins eux-mêmes.

### **Dans le système de santé:**

Depuis que la santé et l'utilisation de substances font partie du système de soins de santé, la perception du public, la désinformation et les préjugés influencent fortement les politiques et les pratiques de façons nuisibles. Des termes comme « rechute » ont renforcé les interprétations moralisatrices de la santé, ce qui mène à des approches punitives telles que les exigences fondées sur l'abstinence, l'exclusion des services après le retour des symptômes et les modèles de services qui définissent le succès par des voies étroites et singulières vers le bien-être.

**Lorsque les personnes ne respectent pas ces normes étroites, elles sont souvent étiquetées comme étant « non conformes », et expulsées des services, plutôt que soutenues en tant que personnes confrontées à un besoin de santé légitime.**

### **Que pouvez-vous faire?**

#### **Pour les personnes ayant un trouble lié à l'utilisation de substances:**

- Voir la récurrence comme faisant partie de la condition, et non comme un échec moral ou un manque de motivation.
- Demander du soutien compatissant au besoin pour renforcer la capacité de changement.
- Établir des liens avec les communautés de pairs qui adoptent une approche inclusive.

#### **Pour les familles et les aidants:**

- Se renseigner sur les troubles liés à l'utilisation de substances et la récurrence en tant que symptôme d'une condition médicale, et non en tant que choix
- Offrir du soutien sans ultimatums ni punitions.
- Utiliser un langage axé sur la personne, ne pas étiqueter (p. ex., dire « personne ayant un trouble lié à l'utilisation de substances » plutôt que « toxicomane »).
- Modéliser des limites de compassion qui mettent l'accent sur la santé et le bien-être, le renforcement des capacités et le bien-être pour tous.

#### **Pour les fournisseurs de services:**

- Aider les personnes à renforcer leurs capacités; mettre l'accent sur les soins et le soutien, pas seulement sur les délais de traitement et les résultats.
- Remettre en question vos croyances au sujet de la récurrence et passer à l'étape suivante en discutant de la récurrence avec vos collègues.
- Adopter une approche axée sur les soins compatissants où l'on garde espoir pour le bien-être d'une personne, sans attente ni exigence.

#### **Pour les responsables du système:**

- Veiller à ce que les services de renforcement des capacités demeurent accessibles, peu importe la récurrence.
- Faire en sorte que les indicateurs de réussite mettent l'accent sur des objectifs de santé autodéterminés.
- Intégrer les soins compatissants et les principes de co-leadership dans la conception du programme.

**Pour améliorer les résultats de santé et réduire la stigmatisation, il est essentiel de voir la récurrence d'un trouble lié à l'utilisation de substances comme un symptôme du trouble lui-même, plutôt que comme le résultat d'un mauvais comportement, d'un manque de motivation ou d'un choix personnel. En s'éloignant du blâme pour réorienter la conversation vers une compréhension clinique axée sur la dignité, cela encourage l'utilisation du langage axé sur la personne, met l'accent sur les soins plutôt que sur les résultats et soutient les personnes sans ultimatums. Remplacer les termes comme « rechute » par « récurrence des symptômes » renforce une approche compatissante et axée sur la santé qui accorde la priorité au bien-être plutôt qu'à la punition. Pour apporter des changements significatifs, les politiques doivent tenir compte de ce point de vue et veiller à ce que les personnes reçoivent le soutien et la compréhension qu'elles méritent tout au long de leur cheminement vers la santé liée à l'utilisation de substances.**

### **Comment citer ce document:**

Fisk, S., Hyland, A. (2025). « En fait, c'est plus clinique qu'une simple rechute. Le fait de voir un retour à l'utilisation de substances comme une récurrence des symptômes mène à la compassion. » CAPSA.  
<https://capsa.ca/fr/resources/>

## Références:

American Psychiatric Association. (2013). Substance-related and addictive disorders. In Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., pp. 481-590). American Psychiatric Association.

CAPSA et le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2019). Se servir des mots pour surmonter la stigmatisation : un guide d'introduction. Ottawa, Ontario : auteurs.

Community Catalyst, Faces & Voices of Recovery, & American Society of Addiction Medicine (2021). Peers speak out: Priority outcomes for substance use treatment and services. Retrieved from: [https://mcusercontent.com/477a78369f180e404ccbe0bdf/files/5706e004-5516-4301-9da5-50321e45140a/Peers\\_Speak\\_Out.pdf](https://mcusercontent.com/477a78369f180e404ccbe0bdf/files/5706e004-5516-4301-9da5-50321e45140a/Peers_Speak_Out.pdf)

Engel, G. (1977). The biopsychosocial model and the education of health professionals. The American Journal of Psychiatry, 134(8), 857-861. <https://doi.org/10.1176/ajp.134.8.857>

Fisk, S. et Peters, B. (2023). Soins compatissants : Rester en santé lorsqu'on aide les autres. CAPSA. Ottawa, Ontario : auteurs.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change.

Prochaska, J. O., Johnson, S., & Lee, P. (2009). The Transtheoretical Model of behavior change.

Tam, T. (2019). Lutte contre la stigmatisation : vers un système de santé publique inclusif. Agence de la santé publique du Canada.

### Qui nous sommes

CAPSA est une organisation nationale qui travaille à démanteler la stigmatisation systémique et à promouvoir la santé dans le spectre d'utilisation de substances, allant du non-usage au trouble lié à l'utilisation de substances. Notre équipe de professionnels de la santé, de formateurs et de chercheurs combine l'expertise technique à l'expérience vécue et vivante, afin d'offrir des programmes de santé pertinents fondés sur des données probantes.

Financé par le  
gouvernement  
du Canada

Canada

CAPSA