

Je travaille comme médecin psychiatre au service d'addictologie dans une unité hospitalière. Nous y recevons des patients ayant un problème de dépendance avec un projet de changement vis-à-vis de ce comportement.

«Reprendre le dessus face à la substance», «pouvoir de nouveau opérer un choix dans son existence », lorsque la «solution substance» est devenue automatique, seule et souvent unique.

Dans la majorité des cas les patients viennent «volontairement» dans ce lieu de soins. Une petite proportion est néanmoins sous le coup d'une mesure judiciaire pénale ou civile, comme la privation de liberté à des fins d'assistance.

J'insiste d'emblée sur ce point car il me semble au centre d'un aspect de la relation thérapeutique dans ce long et difficile processus de changement. Changer au niveau de son comportement addict, c'est aussi changer sa manière de penser, son mode de vie, changer ses relations sociales. Le comportement addict a une fonction majeure dans l'équilibre psychique du sujet et changer est un exercice périlleux.

Alors quand change-t-on?

Au-delà de l'aspect volontaire ou non volontaire de l'entrée en soins, il apparaît que les patients qui viennent nous voir font cette demande de soins avec, la plupart du temps, une perception de «contrainte». Contrainte de l'entourage, contrainte de l'employeur, du juge, contrainte somatique, etc. Nous parlons de «continuum» de contrainte. Même si elle n'est pas formelle, la contrainte est bien souvent présente dans l'esprit des patients.

Une part de notre travail va consister à faire émerger la zone «d'autonomie» du patient, là où il peut choisir en fonction de ses capacités, de là où il en est. Cette partie « vivante » où le patient peut de nouveau être créatif. Lorsque se dessine cette zone «d'autonomie», propre à chacun, le patient peut alors s'approprier l'idée d'un changement. Le rapport de force s'estompe et émerge alors une demande. Le lien peut se créer, les échanges autour de son impasse débiter. Ne reste plus qu'à inventer des solutions, les siennes.

B. Pascal : « *On se persuade mieux pour l'ordinaire, par les raisons que l'on a soi-même trouvées, que par celle qui sont venues dans l'esprit des autres.* »

J'ai choisi pour illustrer mon propos, de vous parler d'une patiente que je suis depuis trois ans et dont la situation d'impasse à fort à faire avec la contrainte.

Alice a 20 ans lorsque je la rencontre la première fois.

Son dossier médical fait état d'un diagnostic de personnalité borderline et de multiples diagnostics de dépendance (alcool, cannabis, benzodiazépine, héroïne, cocaïne ...)
Elle est suivie par des « psy » depuis l'âge de 10 ans suite à des attouchements sexuels de la part d'un ami de la famille. (Ses parents l'ont laissé à garder durant 48h chez cet homme pour se rendre dans la famille à l'étranger, n'emmenant que son grand frère avec eux).

A l'âge de 12 ans, Alice débute une consommation de cannabis et d'alcool, suivi quelques années plus tard par de l'héroïne et de la cocaïne.

Durant cette période de l'adolescence Alice est instable, fugue souvent de la maison et commet de nombreux délits. La situation devient tellement explosive à domicile qu'elle est placée dans un foyer de 15 à 17 ans, ce qui n'infléchira que peu, sa trajectoire de toxicomane délinquante, mais lui permettra tout de même la reprise d'une formation.

A sa majorité, le foyer pour mineur ne pouvant la garder, elle rentre à domicile avec un suivi proposé en addictologie.

Le suivi est compliqué. Alice se rend irrégulièrement aux rendez-vous et la thérapie de famille proposée avec un des psychologues de la consultation est de son propre aveu « un échec ». Il décrit un système familial très rigide. Les parents, inquiets pour leur fille, ont mis en place un système de « surveillance » 24h sur 24. Malgré 18 mois de suivi le fonctionnement familial autour d'Alice n'a quasiment pas évolué: Alice reste cloîtrée à la maison, ou sort toujours accompagnée. Ces périodes «d'apparente accalmie » sont

entrecoupées de fugue avec de nombreuses conduites à risques (consommation de toxique, prostitution, délits...) ce qui valide les inquiétudes à son sujet et la nécessité d'un cadre plus restrictif encore.

De l'âge de 18 à 20 ans, Alice est hospitalisée à 10 reprises, la plupart du temps en entrée non volontaire. Le contexte est souvent le même : fugue, prise de toxique et conduites à risques, hospitalisation via les urgences.

A l'hôpital, les soignants sont confrontés au même dilemme : Alice s'attaque aux cadres de soins, transgresse les règles de vie du service, et se met en danger lors de fugue à répétitions. Cela entraîne une escalade de contention, jusqu'à des mises en chambre fermée. Une mesure de privation de liberté à des fins d'assistance est évoquée, appuyée par la famille.

En ambulatoire, plusieurs tentatives de l'intégrer dans un programme spécialisé dans les troubles de personnalité borderline, échouent. Là encore, elle ne rentre pas dans le cadre, trop toxicomane pour le programme.

C'est donc dans ce contexte d'hospitalisations à répétitions, d'échec des prises en charges spécialisées et de la thérapie de famille que je rencontre Alice.

Je la vois au début, de manière irrégulière, comme mon prédécesseur, entrecoupée par des hospitalisations dans les moments de crise. Elle présente une symptomatologie peu claire, souvent désorganisée, oscillant entre une position dépressive, des passages à l'acte impulsifs (casse tout dans sa chambre). La limite entre le dedans et le dehors est très floue avec d'authentiques moments délirants (elle est persuadée par exemple que des tags inscrits en bas de son immeuble la concernent et l'insultent). L'identité sexuelle est également mal définie, et elle entretient des relations amoureuses avec des filles ou des garçons selon les moments. La consommation de substance accompagne systématiquement ses fugues, essentiellement de l'héroïne et de la cocaïne fumée. Il est difficile d'établir un diagnostic clair tant la prise de substance brouille la clinique (notamment les symptômes délirants accompagnant souvent les prises de cocaïne).

Mon premier travail consiste à d'une part contenir Alice lors de nos entretiens et d'autre part de résister aux sollicitations récurrentes de la famille pour la faire « interner de force », lorsque le système familiale est débordé.

J'essaie de lui proposer un espace « neutre », « hors système », lui permettant de se poser un peu et d'y aborder ses problèmes. Cela n'est pas sans difficultés. Lors de nos premiers rendez-vous Alice est très instable et angoissée. Elle parle dans un flot de paroles quasi ininterrompu, abordant de manière désordonnée ses difficultés avec ses parents, sa famille, et son sentiment d'exploser par moment. (C'est dans ces moments qu'elle disparaît plusieurs jours pour aller consommer.) J'ai souvent du mal à suivre le fil de sa pensée.

Au cours d'un de ces entretiens elle cassera la table basse de mon bureau dans un accès de colère.

J'ai par la suite réutilisé cette table cassée à chaque entretien, remise en place spécialement pour elle. Je lui ai signifié que j'étais ennuyé, mais que si cela devait se reproduire, je préférerais qu'elle s'en prenne à la même table. Cet épisode de « la table » permis de détendre quelque chose. Elle a pu en rire et n'a jamais plus cogné dessus. (A la différence de chez elle où elle a continué régulièrement à détruire le mobilier de sa chambre. Voici donc un lieu (mon bureau) où elle semblait accepter de ne rien casser.

Malgré la symptomatologie bruyante et les passages à l'acte nombreux, j'é mets un avis défavorable à une mesure de privation de liberté et essaie d'éviter les hospitalisations en non volontaire, préférant négocier avec elle des admissions volontaires, même de courte durée.

En tenant bon cette position, et avec la possibilité de quelques hospitalisations pour « couper » avec le circuit (fugue, consommations, conduites à risques, enfermement) Alice s'approprie peu à peu l'espace de nos entretiens et vient de plus en plus régulièrement, toujours accompagnée par un membre de sa famille. La famille est par

ailleurs toujours réticente à me rencontrer, déçue par une thérapie familiale « longue et inutile ».

Durant les six premiers mois, Alice n'abordera jamais les attouchements et évoquera très peu ce qu'elle vit lors de ses fugues, laissant néanmoins sous-entendre que « c'est grave » et qu'il est finalement normal que ses parents la surveillent. Les entretiens sont centrés sur ses liens avec eux, et tous les soucis qu'elle leur pose. J'interviens assez peu, me contentant de « border un peu » ses colères, ses angoisses et ses propos parfois délirants.

Un des tournants du suivi, me semble-t-il, se produit lorsqu'après une période un peu plus calme, Alice m'amène un livre en consultation : « tenez c'est pour vous, je pense que ça doit parler un peu de moi ». Ce livre est *l'herbe bleue : journal intime d'une jeune droguée*. Je lui demande si elle l'a lu. Elle répond que non, mais que moi qui suis médecin j'ai certainement l'habitude avec ces choses là.

J'ai pris le livre et l'ai rangé dans mon bureau en lui disant que je le garderai là et que peut-être un jour elle souhaiterait le lire. Je lui ai alors proposé d'écrire quelques choses sur ce qui la préoccupait elle et je lui ai dit que, si elle le souhaitait, nous pourrions revoir cela ensemble la prochaine fois.

La prochaine séance et celles qui suivront, Alice viendra avec un journal dans lequel elle abordera, par le biais de l'écriture et pour la première fois avec moi, les attouchements subis à l'âge de 10 ans, la colère contre ses parents qui l'avait laissée à ce moment-là. Elle a pu dire qu'elle se sentait « sale », « dégoûtante », « honteuse » et elle a fait des liens avec sa toxicomanie et les expériences traumatisantes qu'elle avait vécues dans la rue. (Rapports sexuels avec des dealer pour de la drogue, épisode de violence...). Elle raconte sa toxicomanie comme un moyen de se faire du mal, d'être une mauvaise fille. Elle pourra aussi aborder ses périodes de grandes angoisses où elle se réfugie dans sa chambre pour se scarifier (bras, jambe, abdomen), ce qui l'apaise. La prise de toxique et les scarifications sont paradoxalement décrits comme des espaces de « liberté », même si elle a conscience qu'ils sont destructeurs. Elle y tient. (les scarifications sont faites en cachette et il a fallu 2 ans pour qu'elle les aborde en entretien.)

Nous poursuivons ce suivi durant 3 ans à raison d'une consultation tous les 15 jours, sans exception.

A l'aide de ces différents supports (table, journal), Alice a pu se « poser » peu à peu. Elle n'a plus eu d'épisode délirant, a pu de mieux en mieux gérer ses colères et a cassé de moins en moins de choses autour d'elle. Elle n'a plus fait de fugues et n'a plus jamais été hospitalisé. Sur la dernière année elle a rencontré un « homme qui l'aime » et avec qui elle est en couple depuis. Elle a arrêté toute consommation de toxique sauf quelques prises d'héroïne fumée quelques fois par année pour « s'évader », avoir un moment « à elle ». Elle arrive maintenant à dire que de venir en consultation est aussi un espace de « liberté » où elle peut dire ce qu'elle veut.

La relation semble être devenue peu à peu substitutive à la substance.

Nous essayons maintenant de prolonger ces espaces à l'extérieur de la consultation. Alice fait du dessin, du sport... Elle se sent bien quand elle est « dans quelque chose ». Bien que se sentant vite « menacée » en dehors du système familial ou de nos entretiens, elle envisage un jour, peut-être, de pouvoir travailler.

Thomas Rathelot

P.S. : J'ai lu le livre qu'elle m'a donné. L'héroïne anonyme qui en est l'auteur, décède 3 semaines après avoir arrêté d'écrire.