

Idéal d'autonomie et chronicité : la durée de la cure

Serge Zombek, psychiatre, clinicien hospitalier

Entre un début et une fin, entre idéal d'autonomie et risque de majoration d'une chronicité, qu'en est-il du « traitement », de la cure, du dit « toxicomane ».

tôt qu'il convenait d'accueillir l'usager de drogues comme les autres sujets souffrant sur le plan psychique, et les aider, au sein du centre hospitalier, pour qu'il soit traité au moins aussi bien que les autres. Mais les traiter aussi bien, est-ce que cela implique que l'on considère l'usager de drogue malade comme les autres malades, un malade comme les autres ; c'est à voir mais tel est quand même mon premier credo hospitalier.

Psychiatre hospitalier, donc psychiatre tout court (un peu court peut-être), médecin en tous cas, donc prescripteur régulier de psychotropes, régulièrement sommé de produire quelque discours sur le sujet « toxicomane » ou mieux, présentant des troubles « liés », quel euphémisme, à l'usage de substances psycho-actives, je tiens, à ce titre et depuis fort longtemps, le paradigme toxicomane comme l'avatar moderne de la question de la folie et de la normalité... qui toujours anime les pratiques en santé mentale.

Après de nombreuses mais brèves escapades extra-hospitalières, j'ai opéré une dernière et récente sortie par la mise sur pied d'un dispositif d'origine ambiguë et à l'appellation non moins ambiguë, la maison d'accueil socio-sanitaire de Bruxelles (MASS). A l'occasion de l'inauguration de nos nouveaux locaux, je commettais un petit lapsus dont j'ai repris en chaîne quelques mots, quelques lapsus qui se rapportent de près ou de loin à notre propos :

- abandon de certaines personnes toxicomanes à la rue, à la maladie,
- accès facilité, échelon zéro de l'accès,
- renouer et aller au devant,

- réduction des risques - ou mieux selon moi - limitation des dommages en lien avec l'usage « problématique » de drogues,
- accueil sans conditions,
- dangers de « l'extrême drogue »,
- notre petite devise, « offrir un environnement où l'usager de drogues peut disposer de temps, de tranquillité et des aides nécessaires pour réfléchir à ses problèmes, les classer et élaborer des projets », rien que ça mais tout ça,
- des aides pour réfléchir et se projeter demain dans l'avenir,
- donc des aides et des traitements comme moyens et non comme fin,
- hospitalité préliminaire, attitude d'accueil qui signifierait « et pour commencer, qu'est-ce que ce sera »,
- sans excéder le rythme et les capacités,
- confort, dignité,
- liens et inscription,
- tropisme particulier pour « ceux qui n'en finissent pas de revenir dans les mêmes états et qu'on ne sait plus par quel produit prendre ».

Ou encore, à la lumière (la lueur parfois) des « toxicomanies », qu'ai-je appris sur la condition humaine (la maladie « humaine ») et les contrats à durée indéterminée, mais finie cependant, que nous signons avec le destin dès le jour de notre naissance ?

••••• Votre serviteur et ses services

Parler de ses pratiques et de ses façons de penser ses pratiques, c'est parler de soi et des idées que l'on a névrotiquement sélectionnées pour les « justifier ». Dix ans de « toxicomanophilie » officielle, est-ce assez long pour en parler ?

Pour me présenter à ceux qui ne me connaissent pas et pour qu'ils comprennent d'où vient ceci ou cela, je déclare que, drame de l'enfant doué, je suis depuis toujours psychiatre hospitalier et qu'il m'a été enseigné

••••• Idéal d'autonomie

Une définition de Robert qui m'a particulièrement amusée, s'agissant de l'autonomie, est celle qui la définit comme la distance (de temps) que peut franchir un véhicule, un avion, un navire, sans être ravitaillé en carburant (si on tourne en rond, la distance devient temps).

L'autonomie du patient sous méthadone est donc, de ce point de vue quelque peu mécanique, de quelques fois supérieure à celle de celui qui carbure à l'héro.

Et voilà qu'Alain Ehrenberg nous rappelle, dans son *Individu Incertain*, que l'on a longtemps « opposé la méthadone à la restauration de l'autonomie du sujet ». Enfin, c'est du passé, allons un peu plus loin dans l'examen de ce concept.

Le sujet autonome serait celui qui, pour parcourir les chemins de l'existence, ne dépendrait pas de manière exclusive et essentielle d'un carburant *a fortiori* artificiel et pourquoi ne pas lui accoler un concept visité plus tôt par Ehrenberg, à savoir la performance et opposer ainsi deux couples antinomiques : autonomie et performance / dépendance et handicap.

Il va sans dire que l'autonomie et les performances de chaque véhicule que nous sommes diffèrent de manière sensible et qu'un parcours de vie autonome se fonde aussi sur le respect des limitations à la liberté (le code de la vie, quoi). C'est de la connaissance de la loi de gravitation universelle qu'a dépendu notre capacité à nous élever dans les airs.

L'autonomie n'est donc pas une absence de lien (ce que l'on nomme l'aliénation, que l'on rencontre dans le délire, la perte de contact avec la réalité, etc.) ; finalement, l'autonomie n'est pas un état, mais état d'équilibre entre les deux extrêmes – fusion ou aliénation, fusion d'un objet exclusif pour l'un, aliénation de la réalité, en partie ou totale, pour l'autre. Mais il est un carburant vital qui ne se laisse pas consommer, contrôler, investir, aussi simplement qu'un vulgaire produit de substitution et dont nous dépendons cependant de manière non négligeable, c'est notre semblable.

Pour être soi-même, pour posséder un *corpus* de lois propre, son code de la vie, une constitution personnelle, il nous faut rencontrer ce que Jean-François Malherbe appelle : « les conditions du dialogue avec l'autre qui nous fait exister ». Dans un fort intéressant ouvrage, *Autonomie et Prévention, Alcool, Tabac, SIDA dans une société médicalisée*, ce philosophe (et théologien...) investit le concept d'autonomie et les conditions nécessaires pour sa promotion, en particulier dans la relation médecin-malade.

Je voudrais brièvement résumer sa

pensée à ce sujet : « pour qu'un dialogue authentique, fondamental, s'établisse entre deux sujets (en ce compris un thérapeute et son patient), il y a douze conditions à remplir, les douze conditions de l'idéal d'autonomie ». Il les énumère sous la forme d'une matrice (voir tableau 1).

Je me suis amusé à remplir certaines cases par certains des dispositifs que la maison d'accueil socio-sanitaire de Bruxelles tente de mettre sur pied, dispositifs qui ne sont pas originaux (voir tableau 2).

Reconnaître	Respecter l'interdit	Assumer	Cultiver
La présence de l'autre	De l'homicide	La solitude	La solidarité
La différence de l'autre	De l'inceste	La finitude	La dignité
L'équivalence de l'autre	Du mensonge	L'incertitude	La liberté

Tableau 1 (d'après Jean-François Malherbe)

Reconnaître	Respecter l'interdit	Assumer et aider à assumer	Cultiver
Easy	Réduction des risques -	La solitude	Dispositifs « boule de neige » ; santé communautaire
Pas de sélection d'accueil	limitations des dommages - maintenance		
Sommes-nous tous des « toxicomanes »	Le cadre thérapeutique	La frustration	Qualité de vie ; ne pas humilier
Citoyen comme les autres (CCLA) Malade comme les autres (MCLA)	Pas d'idole Thérapeutique	L'angoisse	Rendre responsable

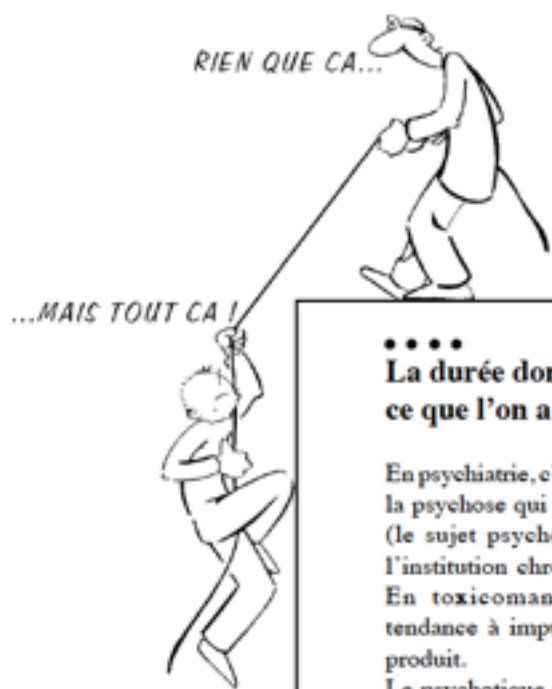
Tableau 2

• **Idéal d'autonomie et chronicité : la durée de la cure**
 • (suite)

C'est au Colloque sur les urgences, à Aix, en janvier, urgences psy et grande exclusion, que j'ai entendu parler pour la première fois d'une société digne comme d'une société dont les institutions n'humilient pas les citoyens qui font appel à elles. Belle utopie.

L'autonomie est à considérer comme une émancipation de certaines conditions qui sont régies par des lois intransigeantes, cruelles, sans nuances, violentes. La rue que certains habitent est organisée selon des principes de survie implacables. Les lois pénales de la drogue sanctionnent les plus vulnérables parmi les consommateurs en maximalisant les risques qu'ils encourent en terme de santé mentale et physique, en terme d'intégration sociale. Sur le plan neuro-biologique, la tyrannie des récepteurs n'est somme toute pas négligeable, pour qu'on en arrive à substituer aux drogues des médicaments aussi addictogènes que la méthadone. La cité de la libre entreprise laisse sur le carreau nombre de sujets qui n'y trouvent place que dans une marge explosive. Enfin, les lois du sujet organisent notre manière d'être au monde, d'être à nos semblables et à nous même, sont pour nombre de nos patients d'une rigidité répétitive qui explique leur destin de souffrance.

Nos patients, nos clients, viennent vers nous, ou acceptent notre approche pour autant que nous les aidions à échapper un tant soit peu à ces lois. Ils nous demandent une aide dans cette émancipation dont ils ont goûté, lorsqu'ils s'adressent à nous, les risques en terme de rupture, de souffrance, de vulnérabilisation.



•••••
Chronicité

Venons-en au concept de chronicité, très étranger au secteur toxico, en apparence opposé au terme d'autonomie, et à la consonance très péjorative.

On parlera rarement d'un état de bonne santé chronique, d'une aisance chronique, mais plus volontiers d'un problème, d'une difficulté, d'une « ose », d'une « ite », d'un mal chronique... La chronicité se réfère à la durée du problème, de l'affection mais encore à l'échec, à l'impuissance des stratégies de changement au regard des forces d'homéostasie. Une maladie chronique est une maladie qui se soigne mais dont on ne guérit pas.

Il s'opère bien souvent un glissement de l'objectif au subjectif en ce sens que l'on attrape, on a une maladie aiguë, mais lorsque ça traîne, lorsque ça dure, on en devient et parfois on reste longtemps un malade chronique. J'ai un rhume des foins mais je suis allergique. Il a eu une crise de folie, c'est momentané, mais il est psychotique, c'est chronique.

•••••
La durée donne de l'être à ce que l'on a

En psychiatrie, c'est depuis longtemps la psychose qui incarne la chronicité (le sujet psychotique chronique et l'institution chronifiante en miroir). En toxicomanie, on a toujours tendance à imputer la chronicité au produit.

Le psychotique chronique même s'il présente des accès aigus, même s'il connaît des phases de rémission, présente des handicaps résiduels pour lesquels, faute de guérison, l'on œuvrera aujourd'hui, après des siècles de réclusion, pour la réinsertion, la réadaptation fonctionnelle afin d'augmenter la qualité de son existence. Et ce, il faut l'admettre, depuis l'arrivée des neuroleptiques. Je n'évoquerai pas les vertus de l'opium pour soigner la psychose. Dans le champ des « toxicomanies », la bascule s'est opérée de la même manière dès l'introduction des traitements dits de substitution.

Lorsqu'il s'agit enfin de discuter des traitements des « affections chroniques », nous retrouvons avec intérêt le propos d'Alain Ehrenberg qui commence à filer sa métaphore socio-clinique en partant de l'insulino-dépendant. Puis, il fait une longue digression par le psychotique dont il se demande s'il n'est pas un « modèle d'avenir » depuis que les neuroleptiques soft ont permis en cascade « la multiplication des psychothérapies, l'ouverture des murs de l'asile, la qualité de vie et l'insertion jusqu'à la dilution dans l'immense marais du handicap ». Il arrive enfin au « substitué », qui n'est ni malade, ni

en bonne santé, mais dont le pronostic de sortie de la dépendance demeure selon lui bien incertain.

« Si nous acceptons de plus en plus de *soigner* plutôt que de nous efforcer à guérir, ajoute-t-il, nous allons devoir de plus en plus accompagner. »

Soins et prudence-petits-pas thérapeutique, c'est ce que la maison d'accueil socio-sanitaire de Bruxelles propose comme préliminaire à ses prises en charge. Pour ma part, je n'ai jamais caché ma tolérance à l'idée selon laquelle les soins palliatifs ne sont pas exclusivement destinés à ceux qui vont mourir, même dans la dignité, mais qu'ils peuvent soutenir ceux qui vivent un équilibre dangereux, précaire, douloureux.

Mais il convient de rester vigilant à ne pas creuser, au cas par cas, ou pire, par catégorie-cible, le fossé entre la verte vallée de la performance et le marais vaseux du handicap.

Le concept de chronicité se montre ainsi à double tranchant : il respecte la maladie en tant que « dialogue d'un sujet avec lui-même et son environnement vers la réalisation « provisoire » (parfois définitive) mais efficace d'un équilibre de survie, même malheureux », je viens de citer encore Jean-François Malherbe.

Le concept d'autonomie reconnaît au « malade » chronique sa différence et incite les thérapeutes à l'escorter dans une temporalité qui peut durer une vie entière et, dans le cas de l'usager de drogues, il respecte, même s'il l'interroge, son droit au « dopage ».

Cependant la chronicité-stigmate

comporte tous les dangers de contrôle social au nom de l'accompagnement, contient le risque de l'imperceptible passage de l'escorte au cordon sanitaire. Méfions-nous toujours de la « furor sanandi ».

••••• La durée du traitement, de la cure

La convention qui lie la maison d'accueil socio-sanitaire de Bruxelles à l'Institut d'assurance-maladie-invalidité (lien dialectique entre notre idéal d'autonomie clinique et notre dépendance financière), et il s'agit là d'une étrange singularité, ne stipule pas de manière précise la durée de la réadaptation fonctionnelle alors qu'à l'agenda de ce même Institut, est inscrite la renégociation des conventions de rééducation en santé mentale, et ce particulièrement en ce qui concerne le temps de la prise en charge (pour tel diagnostic, deux ans de traitement + six mois, éventuellement... au-delà de cette limite, votre thérapie n'est plus valable). De même le contenu précis de la réadaptation est exigé en terme d'actes, d'évolution de la symptomatologie « objective » et d'évaluation des « résultats ».

En revanche, la convention de la maison d'accueil socio-sanitaire de Bruxelles n'impose pas au bénéficiaire (supposé chaotique) le moindre rythme thérapeutique.

Quelle nouveauté, si l'on y songe, dans cette structure administrative qui ne greffe pas d'emblée au bénéficiaire un implacable métronome... Tout au plus faut-il indiquer régulièrement le maintien d'un contact même ténu.

••••• La convention INAMI adhère à un nouveau modèle : la contactothérapie

Comparés à la demi-vie du produit qu'il consomme, toujours trop courte (sauf quand sont recherchés les plaisirs dynamiques), comparés à la demi-vie de sa situation sociale (la rue, le squat, l'asile de nuit, la maison d'accueil, l'hôpital, etc.), comparés à la demi-vie de certaines vies relationnelles, comme le disait un médecin du monde français, pour « ces zonards qui n'ont qu'une visibilité de quelques heures de leur existence », la cure, le traitement, est parfois la seule chose qui peut durer.

A la maison d'accueil socio-sanitaire de Bruxelles, comme ailleurs, pour ceux-là en particulier, nous pratiquons ce que j'ai dernièrement appelé l'« easy et maintenance ». L'easy, c'est l'accès facilité, c'est la rencontre, c'est le début rapide, le coup de foudre thérapeutique, car avant que ça ne dure, il faut que ça commence..., et puis il y a la maintenance, autre condition de la cure, autre terme péjoratif qui, selon moi, fait surtout référence au temps qui dure, aux entretiens des 5000 km, au fonctionnement dans l'attente d'un changement, etc.

Il y a deux manières de juger de la qualité d'une prise en charge en fonction du temps : il y a le temps du symptôme et de la « performance » comme dans l'UROD (désintoxication ultra-Rapide) ou dans l'évaluation de la période de « rémission » quel qu'en soit le critère (abstinence, dernière injection, période d'abstinence, absence de problèmes judiciaires, de

• Idéal d'autonomie et chronicité : la durée de la cure • (suite) • • • • • • • • •

maladies somatiques associées, etc.). Mais il y a aussi la qualité de la durée, la durée suffisamment bonne, ce que j'appellerais le temps de la « posture » thérapeutique qui excède les discontinuités.

•••• La cure (la durée de la cure)

Qu'il s'agisse de la cure analytique, de la cure de désintoxication, de la post-cure, la cure thermale ou la paroisse catholique, il s'agit pour moi d'un vocable bien peu familier ; j'ai donc choisi de ne pas me risquer à en dire des inepties et à l'aborder trop longuement.

Je ne manquerai pas, cependant, de vous dire que l'étymologie de ce mot nous renvoie au « soin » (cura) au tournant de l'an mil de notre ère francophone, avant qu'au cours du seizième siècle, selon le bon vieux Robert, il ne signifiera désormais plus que « traitement d'une certaine durée » (nous y revoilà) ; pas de cure qui ne dure d'une part, pas de cure qui ne soit précédée par cinq siècles de soins (j'exagère).

Si l'on a eu toujours soin de soi, l'on peut probablement entrer plus rapidement dans le vif de la cure ; si au contraire, on s'est négligé, affaibli, désinséré, malmené, blessé, etc. il faudra prendre le temps du soin.

Après une phase d'hospitalité « inconditionnelle », grâce au soin, au souci de soi (la drogue est donc doublement briseur de souci), on en vient à pratiquer la thérapie, cet art du possible qui consiste à aider son

patient à négocier la définition de l'équilibre entre le fonctionnement parfait du corps et de l'esprit qu'il a et le plaisir de vivre sa vie singulière, d'être le corps et l'esprit qu'il est.

Pour faire cela, il y a de brillants artistes à leur disposition et de nombreuses techniques. Toutes convergent vers un but assez commun : aider le sujet à construire un passé personnel, un présent subjectif et, *in fine*, une histoire de la vie comme action.

Ce texte a fait l'objet d'un exposé présenté au château du Karreveld le 6 mars 2001 lors d'une conférence organisée par les Antennes du Projet Lama.