

EXAMEN DU DIPLOME

D'INFIRMIER (ERE) DE SECTEUR

PSYCHIATRIQUE

SESSION DE DECEMBRE 1978

A POITIERS 86

Mme AUBERT épouse BAUDRON Isabelle

APPROCHE DE LA RELATION THERAPEUTIQUE

AVEC UN TOXICOMANE

SOMMAIRE

I.	Introduction	I
II.	Histoire de Bernard	2
	1. Circonstances d'entrée	2
	2. Comment Bernard organise sa vie à l'hôpital	4
	3. Rapports de Bernard à l'intérieur de l'H.P.	6
	4. Rapports avec l'extérieur	II
	5. Discours de Bernard. Analyse de ce discours	13
III	Attitudes adaptées dans la relation avec un toxicomane	19
IV.	Conclusion	25

INTRODUCTION

Le sujet principal de ce mémoire est le récit de l'hospitalisation d'un toxicomane et de la prise en charge dont il a été l'objet.

Les évènements dont je parle sont assez récents pour qu'ils me soient encore présents à l'esprit, mais assez éloignés pour que je puisse les considérer avec un certain recul.

En fait, cette prise en charge est le travail d'une équipe de trois soignants autour de la personne de l'hospitalisé, travaillant sur des positions communes et dans la mesure de leurs possibilités.

J'ai choisi ce sujet non seulement parce qu'il est un bon exemple du travail que j'aime faire, mais surtout parce que cela m'a permis de repenser à tout ce qui s'était passé. Ainsi j'ai pu en découvrir des aspects que, sans ce travail, j'aurais ignorés et qui sont importants pour la suite des évènements.

La deuxième partie se situe dans un plan plus général : j'ai tenté de cerner les difficultés que pose l'hospitalisation des toxicomanes et comment il est possible de les aborder, tout en sachant qu'il n'y a pas deux personnes semblables et qu'il faut savoir adapter son comportement selon chacun.

Il n'est pas dans mon intention de faire un mémoire sur la toxicomanie : j'ai essayé de voir ce qu'il est possible de faire pratiquement devant de telles hospitalisations et dans quelle mesure nous pouvons y faire face.

HISTOIRE DE BERNARD

I - CIRCONSTANCES D'ENTREE :

Bernard, 24 ans, arrive à l'H.P. en liberté conditionnelle, après un séjour de 4 mois à la prison de Bonneville où il était incarcéré, pour usage de stupéfiants. Bénéficiant de l'article 355 de la loi du 30 décembre 1970, il demande à être hospitalisé à l'H.P. de Thouars, plutôt que d'être envoyé chez le "patriar- che" ou à Marmottant où iront ses camarades; il connaît déjà le médecin chef qu'il était venu voir pour des problèmes de toxico- manie.

Ses premiers rapports avec certaines drogues datent de quel- ques années, au cours desquelles il usa régulièrement de diffé- rents produits.

Pendant ces années, il a vécu dans un contexte étranger à la vie sociale, entouré de gens qui vivaient dans le même monde, ayant les mêmes préoccupations que lui, le même code, le même langage, les mêmes sources de plaisir et d'angoisse, la même dé- tresse physique et morale, monde dont il fut tiré brutalement par la mort par overdose de son meilleur ami. Le lendemain, il était emprisonné.

A son arrivé à l'H.P., Bernard n'éprouvait plus aucune souf- france due au sevrage brutal. Son hospitalisation représentait pour lui la fin de ce qui avait été la période la plus difficile de son existence. Quant au médecin-chef, il était la personne en qui Bernard avait confiance et dont il espérait qu'il allait l'aider à s'en sortir.

Le premier contact que j'eus avec Bernard se fit tout naturellement : une fois les présentations faites, il m'expose les circonstances de son hospitalisation et me parla de la vie qui avait été la sienne auparavant : ses amis dont il ignorait ce qu'ils étaient devenus, le "shoot", l'engrenage, les traffics nécessaires pour subsister, les copains minables qui s'accrochaient à lui pour lui soutirer de la "défonce" et qui étaient prêts à le dénoncer le lendemain à la police pour éviter toute poursuite.

Par la suite, Bernard aborda les difficultés qui se présentaient à lui dans l'immédiat :

- il se trouvait sans ressource aucune, n'étant pas assuré social, ayant occasionnellement effectué un travail légal et ne pouvait prendre en charge ses frais d'hospitalisation. Je le mis en contact avec l'assistant social.
- il devait payer (il doit toujours) dans un délai d'un an la somme de 4000 fr de frais de justice.
- il était inquiet pour son état physique : il présentait un subictère des conjonctives depuis son entrée en prison; il n'y avait alors pas prêté attention, ne se sentant pas vraiment malade: il n'avait ressenti ni nausé ni vomissement. Il avait mis la fatigue constante qu'il ressentait sur le mode de vie qu'il menait auparavant et sur les dures conditions de sa détention. Quant à la couleur foncée de ses urines, il la reliait à une ingestion de médicaments qu'il avait pris à Bonneville.

Les jours suivants, Bernard fut envoyé à l'hôpital général, puis, devant les résultats de ses examens, à Poitiers, pour y subir une ponction biopsique du foie : ses craintes furent confirmées : il avait une hépatite virale B d'inoculation qui menaçait

de se chroniciser s'il ne respectait pas un régime alimentaire et une hygiène de vie stricts.

A son retour à l'H.P., Bernard était au courant de ce qu'il avait et savait que l'évolution de son hépatite dépendait en grande partie de lui.

2 - COMMENT BERNARD ORGANISE SA VIE A L'H.P. :

Très vite, Bernard se met au courant de la vie de l'institution et exploite les différentes possibilités qui s'offrent à lui - il se renseigne sur son régime, fait une liste des aliments défendus et autorisés; il essaie de prendre le bon côté de cette contrainte en se procurant les aliments qu'il aime (flocons d'avoine, corn-flakes, confitures), il les fait découvrir à d'autres pensionnaires et n'hésite pas à les en faire profiter.

- il a une chambre individuelle qu'il entretient régulièrement et personnalise : il récupère des affiches dans l'hôpital, pose des photos sur les murs, des amis lui offrent un tapis en corde, une grosse bouteille, quelques bibelots. Sa chambre devient l'une des plus agréables de l'hôpital et les autres pensionnaires aiment bien venir la voir.

- comme il ne peut trouver du travail à l'extérieur, (il n'en a pas le droit pénalement et sa santé ne le lui permet pas), il se met au courant de ce que lui offre l'hôpital : il se renseigne sur le fonctionnement de l'A.P.R.E.S. (association régie par la loi de 1901 comprenant soignés et soignants), va aux réunions du comité de section; il tape des stencils pour le journal de l'H.P. des comptes-rendus de réunions.

Il est très intéressé par la mise au point d'un projet de soins à l'extérieur : pendant les semaines qui précèdent la réunion du conseil d'administration devant établir les prévisions du budget, nous nous retrouvons quotidiennement pour prévoir le coût d'un tel centre de soins; il nous faut rencontrer les membres du comité directeur de l'A.P.R.E.S. pour nous renseigner sur les côtés pratiques que nécessite l'ouverture de ce centre; nous nous réunissons aussi avec le médecin-chef pour élaborer ce projet sur des bases communes et voir comment il est possible de le faire fonctionner. Actuellement, l'ouverture de ce centre est prévue pour l'année 1979.

Pour ce qui est de son avenir, Bernard se renseigne sur les différents domaines de F.P.A. qui l'intéressent : certains, comme tailleur de pierres ou berger, sont bouchés pour 3 ans, quant à la formation d'horticulteur, celle-ci est réservée aux handicapés. Déçu par ses premiers essais, Bernard cherche alors ce qu'il pourrait faire dans l'immédiat : devant son désir de travailler, le médecin-chef l'introduit auprès du directeur qui lui procure une place de jardinier à l'hôpital pour 700 Fr par mois.

Ainsi, au bout de quelques semaines à l'H.P., Bernard s'est organisé pour avoir :

- son lieu à lui,
- une activité propre,
- des activités avec d'autres personnes.

Voilà, de l'extérieur et concrètement, comment se présente la situation de Bernard.

3 - RAPPORTS DE BERNARD A L'INTERIEUR DE L'H.P. :

Sur un plan relationnel, Bernard a des rapports bien précis selon les gens avec qui il est :

Mêlé à un groupe de personnes, il est assez silencieux la plupart du temps; bien qu'attentif à ce qui se passe et se dit autour de lui, il intervient rarement pour donner son opinion ou pour s'impliquer personnellement : il observe mais ne participe pas à moins que quelqu'un ne s'adresse à lui en particulier, auquel cas il répond à la question sans en provoquer une autre. Il n'attire pas l'attention sur lui, semble toujours en retrait et assez replié sur lui-même; à un sourire, il répond par un sourire, à une parole agressive, par le silence.

Parfois il joue aux cartes avec d'autres, s'abstenant de tout commentaire.

Rares sont les personnes dont il cherche le contact à l'hôpital. En fait, il ne se livre vraiment qu'à deux personnes : au médecin chef et à moi; plus tard, il entrera en relation avec un autre infirmier, Alain, mais les rapports qu'il aura avec lui se situeront dans un domaine bien précis.

A) Avec le médecin-chef :

Comme je l'ai déjà dit, Bernard était venu voir ce dernier il y a quelques années pour lui parler des difficultés qu'il avait alors. Mr Lafond le connaissait déjà comme toxicomane.

Dès la première entrevue qu'il a à son entrée, Bernard joue cartes sur table et lui avoue qu'auparavant il n'avait pas été entièrement honnête avec lui, ce à quoi Mr Lafond lui répond qu'il s'en était aperçu mais ne le lui en avait pas fait grief,

pensant qu'il était important que Bernard puisse revenir le voir quand il en aurait besoin sans avoir peur qu'il lui reproche quoi que ce soit.

Cette réponse le met tout de suite en confiance : elle lui prouve que la relation avec Mr Lafond ne se base pas sur un plan moral mais sur ses besoins à lui. Il est reconnaissant envers le médecin-chef de l'accepter tel qu'il est, sans le juger et, assez admiratif devant une telle attitude.

Tout au long des entretiens qu'il a par la suite, Bernard est toujours très franc, qu'il s'agisse de sa conception des différentes drogues ou de ce qu'il vit à l'intérieur comme à l'extérieur de l'H.P..

B) Avec moi :

Dès le premier contact, Bernard est assez à l'aise avec moi, il raconte facilement son histoire et en vient assez rapidement à parler de lui.

Les discussions que nous avons ont lieu soit dans sa chambre, soit à la cafétéria, toujours dans un endroit tranquille. Il est alors détendu et loquace, s'exprime lentement en réfléchissant à ce qu'il dit. Il peut ainsi parler pendant des heures où il oublie les contingences extérieures comme les horaires des repas.

Si quelqu'un d'extérieur interrompt la conversation, il redevient silencieux, paraît mal à l'aise et recommence à parler aussitôt la personne partie.

Il vient à parler de sa famille : ses parents sont divorcés : son père est gendarme et ne vit pas dans la région; il n'a plus de contact avec lui depuis que celui-ci l'a mis à la porte il y a quelques mois.

Sa mère habite à Thouars; il la voit de temps en temps mais elle ne peut voir son fils sans critiquer la vie qu'il mène; elle lui reproche tous les soucis qu'il lui donne et le compare sans cesse à son frère jumeau avec qui Bernard ne s'entend pas.

De son côté, Bernard reproche à sa mère de l'avoir forcé à s'engager pour 3 ans dans l'armée à l'âge de 17 ans alors que lui voulait continuer ses études. Ses premières difficultés datent de cette période et il en garde un souvenir très pénible.

Il reproche aussi à sa mère de l'avoir toujours défavorisé au profit de son frère jumeau.

Bernard a 2 autres frères : un aîné, élève infirmier en psychiatrie, qu'il aime beaucoup mais qu'il ne voit pas souvent, celui-ci habitant en Bretagne, et un frère plus jeune avec qui il s'entend bien.

Bernard me parle aussi des difficultés qu'il éprouve quand il est au milieu de plusieurs personnes; il a peur d'être observé, le malaise se transforme parfois en angoisse, il a envie de partir en courant mais ne peut le faire. Il supporte souvent très mal les repas pris en commun à l'H.P.. Il est très réceptif à l'ambiance, aux situations tendues, à l'atmosphère lourde et chargée d'agressivité qui règne parfois à l'hôpital.

Mais la plupart des conversations que Bernard a avec moi tournent autour de ce qu'il a vécu à travers différentes drogues.

Dès le début de son hospitalisation, il met les choses au point en disant que s'il désire arrêter de se piquer et d'utiliser les drogues dures qu'il employait auparavant (morphine, héroïne, cocaïne, amphétamines) il n'envisage à aucun moment d'arrêter de fumer du hachisch et s'en explique :

L'usage quotidien des drogues dures entraînant une accoutumance physique et psychique, il en est venu à augmenter rapidement les doses; vu leur prix élevé (800 Fr le gramme d'héroïne) le seul moyen d'en avoir autant qu'il en voulait consistait à passer de l'état de consommateur à celui de revendeur avec ce que cela implique :

- courir des risques de par les contacts avec les vendeurs et les acheteurs,
- vivre dans la crainte de se faire prendre par la police,
- n'avoir pour centre d'intérêt que ces drogues et par là se retrancher du monde extérieur d'où la quasi impossibilité d'en sortir, sans parler des ravages que cela entraîne sur les plans physique et psychique?

Avec le hach, dit-il, rien de tout cela : pas d'accoutumance, pas de retentissement notable sur le plan physique, des prix beaucoup plus abordables.

Un jour, Bernard en vient à me parler des circonstances qui l'ont conduit à se piquer : il y a 3 ans, il a rencontré une fille qui se piquait et a commencé à vivre avec elle. A cette époque, lui ne prenait pas de drogue dure. Au bout de 6 mois, elle avait arrêté d'en prendre. Quelques temps après, elle s'est tuée dans un accident de mobylette. C'est suite à la mort de son amie, la seule fille qui avait vraiment compté pour lui, que Bernard en est venu à prendre des drogues dures et à s'y accrocher

C) Avec Alain :

A l'occasion d'une conversation, Bernard découvre un jour qu'un des infirmiers, Alain, se trouvait avoir été un de ses anciens chefs scouts. Il gardait un très bon souvenir de ce qu'il avait

vécu à travers le scoutisme. Quant à Alain, il dirige actuellement ce mouvement dans la région, cherche à retrouver des anciens et à les former comme animateurs.

Bernard a été tout de suite intéressé par la possibilité de reprendre cette activité : s'occuper d'adolescents lui plairait, il aurait une certaine part de responsabilité et lui donnerait une ouverture vers l'extérieur qu'il n'a pas actuellement.

Alain lui a donné les documents sur l'organisation du mouvement il lui en a expliqué le fonctionnement, l'esprit dans lequel il y participe et ce que l'arrivée de Bernard entraînerait quant aux responsabilités qui lui incomberaient et quant au mode de vie que cela impliquerait : le fait qu'il soit connu à l'extérieur comme toxicomane poserait des problèmes pour le faire accepter par certains; une fois intégré, il serait hors de question qu'il recommence à se piquer.

Bernard étant d'accord sur ces points avec Alain, ce dernier, après en avoir longtemps parlé avec Mr Lafond et moi, entreprit des démarches en vue de l'intégration de Bernard : il ne voulait pas l'imposer aux autres mais faire en sorte qu'elle soit souhaitée par la majorité des responsables scouts.

Bernard se rendit à une réunion pour prendre contact. Il n'était pas question qu'il se lance d'emblée dans l'activité d'animateur : autant pour lui que pour les gens qu'il doit côtoyer par la suite, il est préférable qu'il s'y mette petit à petit, participant d'abord de loin aux activités tout en venant aux réunions; ainsi les autres apprendront à le connaître, à apprécier son travail et en viendront à demander sa participation à part entière.

4 - RAPPORTS AVEC L'EXTERIEUR :

Au début de son hospitalisation, les contacts que Bernard avait avec l'extérieur se limitaient aux visites qu'il recevait de ses frères et de quelques connaissances. Au bout de quelques semaines, il demanda à passer un samedi à la campagne chez des amis, ce qui lui fut accordé. Il regagna l'H.P. le soir, content de sa journée.

Le lendemain, il nous raconte, à Mr Lafond et à moi, comment s'était déroulée sa première sortie : il avait fait attention à son régime, s'était promené avec ses amis, avait fumé du hasch mais n'avait pas voulu en rapporter à l'hôpital par scrupule envers les autres pensionnaires .

De temps à autres, il descendait en ville seul, se rendait dans des librairies, et s'il rencontrait des amis, buvait un thé en leur compagnie. Un jour, il rencontra un copain qui, ignorant sa situation, lui offrit la possibilité de se "fixer". Bernard le mit au courant de ce qui lui était arrivé, lui parla de son hépatite. Son copain lui conseilla alors fortement de ne pas recommencer et le quitta en retirant son offre.

Quelques jours plus tard, Bernard fut invité pour la journée du dimanche chez d'autres amis. Le soir, il n'était pas rentré et n'avait pas donné signe de vie. Le lundi, vers 19 heures, il me téléphona, à l'H.P., angoissé : une dispute avait éclaté entre les gens chez qui il était; ceux-ci en étant venus aux mains, Bernard avait tenté de s'interposer entre eux sans succès. Il se sentait anxieux à l'idée de revenir à l'hôpital, disant qu'il en avait assez d'être surveillé par certains infirmiers qui l'interrogeaient sur son emploi du temps chaque fois qu'il

rentrait. Après discussion, il me dit qu'il reviendrait vers 21 h. après avoir dîné chez un couple qu'il connaissait et me demanda de ne rien dire aux infirmiers, ni de son coup de fil, ni de son retour, ce que je lui promis. Par contre, j'en informai le médecin-chef. Ce dernier me demanda de le tenir au courant de la suite des événements si les choses tournaient mal.

Bernard revint à l'heure dite, soulagé, accompagné de ses amis. Nous allâmes tous les quatre dans sa chambre. Il raconte ses 2 jours dans le détail. Je lui dit que Mr Lafond était prévenu mais que les infirmiers n'étaient au courant de rien. Je le quittai rassuré et content d'être rentré.

La troisième sortie fut beaucoup plus dramatique : à ce moment là, j'effectuais des stages à l'hôpital général pendant la semaine et je ne rentrais à l'H.P. que le vendredi.

Un lundi matin, j'étais en Médecine, service où Bernard avait été hospitalisé quelques jours pour son hépatite, quand un interne qui le connaissait, vint me dire qu'il était là et voulait me voir.

Dès le premier coup d'oeil, je vis à ses yeux rouges et à son visage défait que ce qui s'était passé devait être grave pour lui :

Trois jours auparavant, le samedi soir donc, il se rend à une réunion organisée par les scouts; une fois celle-ci terminée, il rencontre des camarades dont un qui lui propose de l'héroïne. Il a très envie d'en reprendre mais n'ayant pas d'argent pour en acheter, se remet à penser à ce qu'il avait vécu à Annecy. Il va dans un café et commande de la bière pour pallier à la frustration qu'il vient d'éprouver. Ses amis tentent de l'empêcher de boire à cause de son foie, Bernard les quitte pour aller dans un autre bar.

Il passe ensuite la nuit chez un copain . Pendant la journée du dimanche, il repense à ce qui s'est passé la veille, à son état physique, à son passé, boit encore de l'alcool puis se rend chez sa mère vers 3 heures du matin. Celle-ci le met dehors à 7 heures 30, le renvoyant à l'H.P. C'est là qu'il vient me trouver à l'hôpital général.

Il n'ose pas retourner à l'H.P., a peur des questions des infirmiers, de leurs regards. Il se sent coupable vis-à-vis de moi et de Mr Lafond : il a peur que celui-ci le juge.

Après discussion, je lui propose que nous téléphonions ensemble au médecin, ce qu'il accepte. Une demi-heure après, ce dernier est avec nous, Bernard, soulagé, lui raconte ce qui s'est passé puis accepte de retourner à l'hôpital.

Le lendemain, nous nous réunissons, Alain, Bernard et moi pour reparler de ce qui s'est passé.

5) DISCOURS DE BERNARD - ANALYSE DE CE DISCOURS.

Il est très angoissé, se culpabilise de son attitude et exprime son anxiété de ne jamais pouvoir s'en sortir: "J'ai peur de ne pas être capable de résister une autre fois. Je n'ai pas assez de volonté, je suis trop faible. Je n'ai pas envie de travailler; rien ne m'intéresse à part la défonce. A travers elle, j'ai vécu les moments les plus heureux de ma vie avec Dominique; j'y repense tout le temps."

Dominique est le garçon qui est mort d'une overdose à Annecy. C'est de lui dont Bernard va nous parler durant tout l'entretien:

"Nous nous sommes rencontrés bizarrement : je marchais dans la rue, je l'ai vu venir vers moi. Au moment où nous sommes croisés,

nous nous sommes regardés. Nous avons fait 5 pas, puis nous nous sommes retournés ensemble et nous nous sommes parlés. Je l'avais pris pour quelqu'un d'autre, lui aussi; nous ne nous étions jamais rencontrés auparavant.

Je n'avais pas d'argent et je dormais n'importe où. Nous ne nous sommes plus quittés.

J'habitais dans son appartement avec Annick, sa nana. On partageait tout, le fric, la bouffe, la défonce, mais en fait ces choses ne nous intéressaient pas : on en avait, on en profitait, quand on n'en avait plus, on s'en passait. Nous avons toujours été très honnêtes avec les gens et n'avons jamais cherché à les voler pour la défonce. Ce que nous avons, c'était toujours pur et à des prix corrects; quand certains n'avaient pas d'argent, on leur donnait ce dont ils avaient besoin. La défonce, ça devrait se donner, pas se vendre! Mais au bout de quelques temps, beaucoup ont été au courant; il y avait tout le temps du monde à l'appartement et certains profitaient de nous. On ne pouvait pas s'en débarrasser. Ils me rendaient parano : je m'enfermais dans une chambre et je ne voulais ouvrir à personne, pas même à Dominique.

Lui seul pouvait les mettre dehors, moi, je ne pouvais pas; mais parfois il était violent; un jour, il a fallu le retenir sinon il en aurait tué un. Il venait de lui casser un bras et voulait lui briser une bouteille sur la figure; il était tellement en colère qu'il ne savait plus ce qu'il faisait.

Quand ils sont partis, on leur a jeté 10 grammes de morphine pour leur prouver qu'on n'y attachait pas d'importance. Le jour où Dominique est mort, tous ces gens sont arrivés.

Je n'ai pas pu les supporter et je suis parti en courant. Dominique non plus n'était pas bien; il ne voulait pas que je m'en

aille. J'ai marché pendant des kms et puis je me suis senti mieux. J'ai fait du stop pour rentrer, j'ai voulu aller voir la fille avec qui je sortais. Quand je suis arrivé, les flics m'ont arrêté. C'est là que j'ai appris que Dominique était mort d'une overdose. Il a peut-être cru que j'étais parti pour de bon et s'est fait l'O.D.. Si je ne l'avais pas quitté, il ne serait pas mort. On serait parti en Indes, tout était prêt pour ça."

Bernard rejette l'hypothèse d'une overdose involontaire :
 "Dominique se piquait depuis 4 ans, il connaissait trop bien la défonce pour que ce soit un accident. S'il s'est tué, c'est volontairement. Si j'avais pu m'acheter de l'héro samedi dernier, je me serais fait une O.D. : je voulais le rejoindre."

Dans tout ce discours, différents points me semblent ressortir

- les bases sur lesquelles sont fondés les rapports Bernard-Dominique;
- la nature de leur relation;
- ce que la mort de Dominique représente pour Bernard.

A) Les bases sur lesquelles sont fondés les rapports Dominique-Bernard :

Bernard n'arrive pas à se défendre devant l'agressivité; il ne peut affronter un rapport de force. Seul, il se sent perdu, n'arrive pas à faire face à la vie de tous les jours. En Dominique, il trouve quelqu'un d'aussi désarmé que lui. Ils ne possèdent rien, partagent le peu qu'ils ont (argent, drogue, angoisse). Ne pouvant avoir le droit du plus fort, ils possèdent la force du bon droit. Entre eux deux, pas de problème : chacun s'identifie à l'autre en qui il trouve la justification de sa propre attitude. Leur amitié repose sur un contrat moral non exprimé.

Face aux autres, tout s'écroule : ils ne peuvent affronter le rapport de force : devant une situation agressive, Dominique répond par une contre-agressivité disproportionnée : il veut détruire celui qui s'attaque à son droit, c'est une question de vie ou de mort pour lui. Il ne se contrôle plus, sinon il pourrait affronter la situation. Il sort vainqueur de l'affrontement quand les autres s'en vont, emportant la morphine qu'il leur jette avec mépris; ce geste est très agressif chez Dominique mais le revalorise à ses propres yeux et provoque l'admiration de Bernard dont il a besoin.

Bernard ne peut répondre à cette agressivité mais il tire aussi partie de la situation en empêchant Dominique de tuer l'autre garçon car il est conscient des conséquences qu'aurait ce geste, et rétablit par là même l'équilibre. Il admire pourtant la réaction de Dominique et se culpabilise de sa faiblesse mais le don de la morphine le revalorise aussi. Le jour de la mort de Dominique, il sent ce dernier aussi faible que lui; cela lui est insupportable, il ne peut que fuir.

B) Nature de la relation Bernard-Dominique :

Dominique semble avoir tenu une place énorme dans la vie de Bernard. La façon dont il en parle évoque davantage une relation de couple qu'une simple amitié. Une seule fille paraît avoir compté pour lui, celle qui s'est tuée en mobylette. Quant à celle avec qui il sortait à Annecy, il me dira par la suite qu'elle n'avait pas beaucoup d'importance pour lui.

Bernard aborde très rarement sa sexualité; quand il le fait, c'est de façon très brève; dans ces moments là, il semble très gêné. La seule personne avec qui il me dit se sentir à l'aise "pour parler de tout" est un garçon homosexuel qui a fait un bref

séjour à l'H.P., lui aussi pour un problème de toxicomanie.

J' ai l'impression que, s'il est aussi réservé, c'est qu'il se sent dévalorisé et se culpabilise de son homosexualité latente qu'il perçoit mais qui lui fait peur.

Je n'ai pas voulu aborder avec lui la question de front, de peur d'augmenter son anxiété qu'il lui est déjà bien difficile de verbaliser. Parfois, j'y fais allusion, j'oriente la conversation mais de façon générale, sans le mettre directement en cause. Je préfère qu'il saisisse la perche quand il se sentira assez en confiance pour en parler, que ce soit avec moi ou avec quelqu'un d'autre.

C) Ce que la mort de Dominique représente pour Bernard :

Il se sent responsable de la mort de son ami, le seul qu'il ait jamais eu, parce qu'avec lui, à travers lui, il se sentait exister et avec qui il partageait tout; la seule chose qu'ils n'avaient pas partagée, c'est la mort...

Il est honteux d'avoir fui devant les autres et d'avoir laissé Dominique seul; il part de l'hypothèse que Dominique s'est tué volontairement, retourne l'agressivité des autres contre lui et se culpabilise.

Maintenant qu'il est à nouveau seul, il se trouve devant les mêmes difficultés qu'auparavant, au temps où il ne vivait pas encore avec Dominique et qu'il n'était accroché à aucune drogue.

En fait, la toxicomanie sur laquelle Bernard essaie de nous polariser n'est pas son vrai problème :

Elle représente pour lui un refuge devant d'autres problèmes plus profonds qui se traduisent entre autres par un sentiment permanent de culpabilité, des difficultés dans le domaine sexuel et un besoin d'auto-punition.

Elle est une justification de son désir de mort; elle peut le détruire, toutefois elle n'est pas la cause à laquelle il faut s'attaquer mais la conséquence de problèmes névrotiques ou psychotiques sous-jacents.

ATTITUDES ADAPTEES DANS LA RELATION

AVEC UN TOXICOMANE

L'hospitalisation des toxicomanes est, dans les circonstances actuelles, toujours difficile.

J'entend par toxicomane la personne qui est physiquement ou psychiquement dépendante de substances qui mettent en jeu son équilibre physique et psychique.

De tels sujets ne présentent pas le plus souvent de symptôme précis et relèvent rarement d'une nosographie psychiatrique.

Ces hospitalisations sont assez rares et désespèrent souvent le personnel infirmier, peu sensibilisé et mal informé quant à ce genre de problème. Certains infirmiers réagissent alors en fonction des implications affectives que cela éveille chez eux, leur jugement est parfois lié à des considérations d'ordre moral d'où une attitude de rejet chez certains membres du personnel.

De son côté, le nouvel hospitalisé sait qu'il arrive avec l'étiquette de toxicomane. Il contribue parfois à l'établir et l'entretient soigneusement par son langage, son habillement, des propos ou des attitudes provoquants à l'égard des infirmiers. Il peut chercher à utiliser leur ignorance, leurs phantasmes, leurs tendances à dramatiser pour tirer partie de la situation.

Ainsi se trouve-t-on souvent dans des situations embrouillées au départ.

Souvent une relation authentique s'établit avec des soignants ^{qui ont des enfants} ~~qui ont des soignants~~ de l'âge de l'hospitalisé et dont ils savent qu'ils peuvent être amenés à se droguer un jour; ils ne s'arrêtent pas à des jugements de valeur et considèrent le sujet non pas en fonction de son étiquette, mais à travers sa personnalité. En retour, le sujet investit dans ces personnes qui représentent pour lui une image parentale.

Il se tourne aussi vers de jeunes infirmiers sensibilisés au problème.

À partir de ces personnes peut s'organiser une prise en charge avec un projet thérapeutique précis. De là, on pourra fixer un contrat avec l'hospitalisé, sur des bases définies avec le sujet et les soignants qui s'occupent de lui.

Une relation avec un toxicomane (avec n'importe quel malade d'ailleurs) ne saurait s'établir si elle n'est pas basée sur la confiance. Je crois que c'est tellement important qu'il me semble utile de le préciser. Le sujet n'accepte de parler de lui que s'il a confiance dans son interlocuteur. Il est des choses dont il ne parlera que s'il sait que la personne en face peut le comprendre, l'accepter et garder pour elle ce qui lui est dit. Pour cette raison, je crois qu'il faut respecter le désir du sujet et ne pas tout écrire sur le dossier ni tout dire aux autres membres de l'équipe, quitte à le leur expliquer'ils le vivent mal. Il me semble donc indispensable d'être toujours honnête à l'égard du sujet, sinon il s'en apercevra vite et toute chance de contact en sera de ce fait compromise.

Parallèlement, le soignant doit avoir confiance dans le soigné, lui montrer qu'il en attend autre chose dont il est capable; il doit lui faire prendre conscience qu'il est une personne au même titre qu'une autre, avec des aspects différents, des possibilités et que sa toxicomanie est un de ces aspects mais ne suffit pas à le définir : à une période donnée, dans des circonstances précises, il en est venu à se droguer, mais il n'en possède pas moins tout un potentiel à exploiter. Il faut dédramatiser ce côté, le remettre à sa juste valeur car le sujet est en proie à une angoisse telle qu'il ne voit pas comment il pourrait s'en sortir : il se considère comme incurable (ne conçoit pas d'exister sans sa drogue) et s'en culpabilise plus ou moins inconsciemment, aussi faut-il lui renvoyer une image de lui-même plus revalorisante que celle qu'il a.

Mais lui faire prendre ce recul ne peut se faire du jour au lendemain : à travers sa toxicomanie, c'est sa vision de lui-même et des autres qui est remise en question ainsi que tout son système de défense et cela, présenté d'emblée, lui est inacceptable. C'est pourquoi il faut être très prudent dans ce domaine, sinon on va au devant soit d'un refus de la relation soit d'une réaction suicidaire. Plutôt que de s'attaquer directement au problème de la drogue, il est préférable de faire réfléchir le sujet sur ce qu'il dit et fait lui-même, se servir de ce qu'il apporte pour lui faire découvrir petit à petit la signification de sa toxicomanie.

Dans la relation qu'il a avec la drogue, le soigné vit replié sur lui-même. Il s'ouvrira au soignant s'il sent chez ce dernier le désir de l'aider à s'en sortir; il a besoin de ce désir. Il

accepte, par cette relation, de se remettre en question, de livrer une partie de lui-même et a besoin de recevoir quelque chose en échange : il a besoin que le soignant s'implique personnellement avec lui. C'est une aventure, il s'y engage mais avec l'autre et ce dernier doit être prêt à la vivre avec lui avec tout ce que cela implique. Cela remet en cause la notion de "neutralité bienveillante"; s'y conformer serait ressenti par le sujet comme une malhonnêteté, un jeu dont lui seul ferait les frais, aussi me paraît-elle inadéquate.

Vue sous cet angle, la prise en charge d'un toxicomane est très lourde à assumer c'est pourquoi elle me paraît être l'affaire de plusieurs soignants, chacun y jouant un rôle bien défini par rapport au soigné. C'est un travail d'équipe où chacun a sa part de responsabilité et peut s'appuyer sur les autres qui exercent un contrôle quand le besoin s'en fait sentir.

Il faut éviter que le sujet se trouve désœuvré à l'intérieur de l'H.P., qu'il tourne en rond dans le service. Il ressentirait alors son hospitalisation comme une contrainte et se replierait sur lui-même. Il est nécessaire de lui donner des initiatives, des responsabilités, la possibilité d'élaborer quelque chose qui le sorte du domaine de la drogue et revalorise l'image qu'il a de lui-même. Pas question, bien sûr, de lui imposer des tâches qui ne l'intéressent pas, mais, partant de ses goûts, de ses désirs, faire appel à son imagination pour lui donner envie de réaliser quelque chose. Cela peut se situer au niveau d'un atelier, du journal de l'hôpital, d'une vente à l'extérieur d'objets fabriqués à l'H.P., d'une occupation artistique, ce ne sont pas les possibilités qui manquent. Mais, là encore, cette activité doit être assez rapidement gratifiante pour qu'il ne se décourage pas trop vite.

Devant une demande du sujet de travailler à l'extérieur, je crois qu'il faut être très prudent. Souvent, l'équipe soignante qui est mal à l'aise vis-à-vis d'un tel hospitalisé et refuse de le considérer comme les autres malades, est obsédée par le fait qu'il faut le sortir de l'hôpital et le resocialiser : "S'il trouve du boulot c'est qu'il va mieux!" On pousse parfois quelqu'un à travailler sans tenir compte de ses difficultés vis-à-vis de l'extérieur, en basant son attitude sur des jugements moraux (parasite, paresseux, etc.). La personne se trouve alors devant une situation à laquelle elle ne peut faire face : le désir de reprendre de la drogue est tellement intense, il remue tellement de choses chez elle qu'elle ne peut y résister les trois quarts du temps et cette épreuve la renforce dans un sentiment de culpabilité et d'incurabilité.

Je ne veux pas dire par là qu'il faut la retenir cloîtrée par tous les moyens à l'hôpital, elle se sentirait alors prisonnière et traduirait ce sentiment par un départ définitif. Pour cette raison, je crois qu'il est souvent négatif de s'opposer au désir du sujet de quitter l'hôpital; il faut le laisser partir quitte à en discuter avec lui pour mettre les choses au clair; quand il en sentira le besoin, il reviendra avec confiance.

Devant une réaction du soigné contraire à celle qu'on attendait, on pourrait être tenté de lui en vouloir, de prendre cela comme un échec personnel, de manifester sa déception par son attitude ce qui entraînerait une angoisse massive et des réactions agressives et surtout auto-agressive dans le but de punir le soignant à travers soi.

De toutes façon, la prise en charge d'un toxicomane est une étape longue et difficile pouvant s'échelonner sur des années : ce n'est pas tant la toxicomanie elle-même mais, à travers elle, toute la personnalité du sujet dont il est question. C'est sa relation avec lui-même et les autres qui est remise en cause, sa relation avec le plaisir et la mort aussi, c'est pourquoi il serait vain de vouloir en venir à bout en quelques mois.

Cette prise en charge ne peut se dérouler sans des périodes de crise ou des rechutes; il ne faut pas s'en culpabiliser ni en culpabiliser le sujet. On doit accepter ces passages difficiles comme nécessaires à l'évolution pour pouvoir les surmonter ce qui oblige à se remettre sans cesse en cause et nécessite un certain détachement affectif par rapport aux frustrations que cette relation amène à vivre.

Si j'avais à définir en quelques mots une ligne de conduite par rapport aux gens qu'on dit toxicomanes, je la résumerais par cette phrase d'Olivenstein : "NE JAMAIS CROIRE, MAIS TOUJOURS FAIRE CONFIANCE."

CONCLUSION

A travers la toxicomanie et les problèmes qu'elle pose sur le plan psychiatrique, c'est toute une remise en cause des valeurs culturelles, philosophiques et mystiques qui se profile.

Les proportions que prend ce phénomène à l'heure actuelle font qu'il ne concerne plus quelques cas isolés mais qu'il a pris une dimension sociale.

Il faut se préparer à l'aborder, sans toutefois psychiatriser le problème à outrance, notre but n'étant pas de renormaliser à tout prix mais d'aider ceux qui font appel à nous à accéder à un état de mieux être.