

# Le toxicomane a-t-il perdu la dimension du sacré ?

Érick Jean-Daniel Singaïny, *Psychotropes*, 2004/3 (Vol. 10), Pages 115 - 129

*« L'inconnu se trouve aux frontières des sciences, là où les professeurs se mangent entre eux, comme dit Goethe (...) C'est généralement dans ces domaines mal partagés que gisent les problèmes urgents... C'est là qu'il faut pénétrer... d'abord parce qu'on sait qu'on ne sait pas, et parce qu'on a le sens de la quantité des faits »*

**Marcel Mauss** [1]

*« Les hallucinogènes ne recèlent pas un message naturel dont la notion même apparaît comme contradictoire : ce sont des déclencheurs et des amplificateurs d'un discours latent que chaque culture tient en réserve et dont les drogues permettent ou facilitent l'élaboration... ».*

**Claude Levi-Strauss** [2]

## Résumé

Dans notre société moderne, le malade toxicomane est souvent écartelé par la dualité obsessionnelle de notre système de pensée et de soins (dualité psychosomatique) qui prétend lui confisquer la jouissance de la « déraison ». Face à ce discours, les sociétés traditionnelles proposent une autre conception plus holistique ou globalisante du sujet-souffrant. Corps, esprit et spiritualité ne font qu'un. À travers la présentation sommaire d'un dispositif original de traitement de la toxicomanie basé sur une alliance entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle des guérisseurs amérindiens de la région Altiplano péruvienne, l'auteur s'interroge sur le caractère « sacré » ou transcendant de la conduite toxicomaniaque et tente d'esquisser les contours d'une pratique institutionnelle et clinique que soulève cette dimension.

## Mots-clés

toxicomane ; religion ; chamanisme ; institutionnalisation

## **Abstract**

In our western society, the drug user in treatment is often disturbed by the obsessional duality of our thinking and care system, by this psychosomatic duality that pretends to confiscate his enjoyment for « folly ». At the opposite of this discourse, traditional societies propose another conception, more holistic and global, for taking care of suffering people. Body, mind and spirituality are as one. In this brief presentation of an original treatment for drug users that combines the modern medical care and the traditional one of the Amerindians from the Altiplano region, the author explores the « holy » and transcendental sides of the addictive behaviour, and draws the outlines of an institutional and clinical practice that comes out from this dimension.

## **Plan de l'article**

1. Liminaire
2. Les « modifications » du cadre de pensée
3. De l'espace du profane à l'espace du sacré
4.
  1. *Un exemple du savoir thérapeutique traditionnel au service du malade toxicomane*
  2. *Une expérience efficace loin d'être isolée*
5. De la médecine moderne à la médecine traditionnelle : conflit des intelligibilités ?
6.
  1. *La manifestation du sacré dans notre société contemporaine*
  2. *La guérison, une croyance partagée*
  3. *Les défis majeurs de la confrontation*
7. Conclusion

## Liminaire

---

Ce qui caractérise, entre autres, notre monde environnant (Ferry, 1996), c'est précisément que nous existons sur le mode du projet où les actions portées dans le monde (toutes activités dirigées vers les choses et les personnes qui constituent la conduite de la vie) ont une certaine signification. Pourtant la question du sens de ces projets nous échappe, nous dépasse. En effet, réfléchir sur le sens, c'est réfléchir sur la Vie, l'existence même, c'est donc s'interroger sur la question de la transcendance, autrement dit pour reprendre le langage de la phénoménologie, sur la « transcendance dans l'immanence à soi » : j'ai donc en moi (immanence) le sentiment contraignant du « hors soi ». Le sens de la vie est alors étroitement lié à la notion de sacré puisqu'il contient les valeurs les plus profondes de l'existence comme la vie ou la mort. L'existence humaine diminuée de sens ne peut que se perdre dans les méandres de la pathologie. Le toxicomane a-t-il perdu la dimension du sacré ? A-t-il abdiqué l'existence ?

### Les « modifications » du cadre de pensée

---

Dans notre société, le malade toxicomane est souvent *écartelé* par la dualité obsessionnelle de notre système de pensée et de soins (dualité psychosomatique) qui prétend – il faut bien l'avouer – lui confisquer la jouissance de l'autodestruction ou de la *déraison*. Quand il franchit avec fracas, la barrière du *sens commun* ou de la réalité *commune*, c'est le plus souvent pour échapper à une existence sans projet, à un présent angoissant, perdu dans l'affairement quotidien. La drogue viendrait ici modifier les états de conscience et ouvrir la porte à des espaces psychiques vécus dilatés, à une *plongée transpersonnelle* (« états non ordinaires de conscience » selon Grof, 1996) généralement incontrôlée et dangereuse. Le malade toxicomane est alors atteint dans sa propre sacralité, il est « anormalement enchaîné au fond de lui-même

» (Palem, 1997). Ce qu'il y trouve, lorsque nous l'accueillons, est bien contradictoire car le traitement que nous lui proposons, aussi *bienveillant* soit-il, ne fait que *couper* la part de *raison* en lui puisque son mal est une « contradiction » (Hegel)

au sein de la raison, mais aussi (et surtout) il nie, néglige l'expérience spirituelle ou le travail initiatique que permet le produit. Un poète du XIX<sup>e</sup> siècle, Gérard de Nerval [\[3\]](#) nous fait part de cette extraordinaire contradiction :

« Je vais essayer (...) de transcrire les impressions d'une longue maladie qui s'est passée tout entière dans les mystères de mon esprit; et je ne sais pourquoi je me sers de ce terme de maladie car jamais, quant à ce qui est de moi-même, je ne me sentis mieux portant. Parfois je croyais ma force et mon activité doublées; il me semblait tout savoir, tout comprendre; l'imagination m'apportait des délices infinies. En recouvrant ce que les hommes appellent la raison, faudra-t-il regretter de les avoir perdues ? » (p. 695). Et plus loin : « Du moment que je me fus assuré de ce point que j'étais soumis aux épreuves de l'initiation sacrée, une force invisible entra dans mon esprit » (p. 740).

Cette induction de perceptions nouvelles se pratique généralement de manière solitaire et hasardeuse, particulièrement dans les usages de drogues quotidiens, dans des pseudo-rituels (*initiations sauvages* réalisées dans des espaces profanes), comme si le malade toxicomane voyageant *sans aucune carte* ni point de repère, s'était retranché dans *l'oubli*: d'abord il s'oublie soi-même parce qu'il est tout entier à l'intérieur du « monde-autre » selon la formule suggérée par Perrin (1992) et il oublie le Temps (*temps du monde* qui rend possible la possibilité *d'être* mais aussi l'expérience de l'altérité). Dans un tel moment d'oubli, il n'est plus question pour le malade toxicomane de *s'advenir* (il lui est impossible d'ouvrir le temps où il peut être présent à son passé et à son avenir) et de *se comprendre*, c'est-à-dire de faire sens en existant dans un projet de monde. Ensuite il oublie son caractère *divin*; il oublie qu'il participe au concert de l'Univers, au jeu du divin, au mystère de la Vie et, qu'à vouloir accéder à l'ivresse divine sans aucune préparation – le malade expérimente par la drogue un nouvel état mental qualifié de « numineux » (du latin *numen*: divin)

(Rudolf, 2001) doté d'un caractère sacré, mêlé de sentiments à la fois de fascination (*fascinans*) et de frayeur (*tremendum*) – il risque de suivre la destinée de *Prométhée* (personnage de la mythologie grecque qui a volé le feu céleste et doit le payer, attaché à un rocher, le foie dévoré par un aigle). Oubli donc de la sensation traumatique du vécu rituel, d'un désir de divin qui ne cherche peut-être pas à être reconnu mais à reconnaître.

## De l'espace du profane à l'espace du sacré

---

Il s'agirait pour le malade toxicomane en quête de sensations fortes ou d'effet de vertige, d'atteindre une vérité et une jouissance au-delà de l'humain (dans la dimension spirituelle de l'existence) aux limites de la vie et de la mort. Selon la perspective adoptée ici, l'abolition des limites entre la vie et la mort et *l'ordalies* sont recherchées par le sujet qui se confronte à la mort pour soutenir son désir jusqu'à la limite extrême. La fonctionnalité addictive viserait ici, et ce de manière paradoxale, à une tentative d'adaptation du sujet au monde environnant, au maintien du sentiment d'identité.

Du point de vue phénoménologique, ce comportement, similaire « aux modes d'être sacré de l'homme des sociétés traditionnelles » (Eliade, 1965) est observable sous certains aspects dans notre société moderne. Pour nous limiter à un seul exemple particulièrement significatif ici, citons la culture *rave* ou la *transe* avec usage intensif d'hallucinogènes. Ces soirées collectives à l'esprit tribal, mêlées d'aspects rituels et initiatiques [\[4\]](#) (Sueur, 1999; Vitebsky, 2001), mettent en jeu des procédés qui modifient la conscience de l'adepte en lui faisant vivre des expériences psychiques non ordinaires, parfois violentes et fulgurantes, intimement liées à la musique. En effet, la musique *techno*, avec ses rythmes répétitifs, ses sons forts en continu et ses lumières saccadées, permet une effervescence, favorise une communion avec le sacré – c'est-à-dire la sensation d'être en présence du *numen* – avec la nature, le cosmos :

« Je me tourne vers la lumière des puissants stroboscopes. Que s'est-il passé ? En quelques dizaines de minutes, plus de deux cents jeunes hommes (...). Ils portent tous, ils comme le peu d'elles, une tenue de camouflage type militaire, des manteaux à capuche de couleur kaki et de larges *baggies*, dont les patrons s'inspirent des pantalons de mineurs anglais. Le crâne nu ou bien coiffé de longs cheveux tressés, ils s'offrent une danse personnelle, uniforme, robotisée par les boucles musicales de cette musique hardcore qui, tel le martèlement des percussions africaines, les conduisent vers la transe à plus de 200 battements par minute. Comme dans les cérémonies rituelles, les drogues participent à cette quête psychédélique. Licite, illicite, qu'importe la norme. (...) Chacun rumine son monde, naturel ou synthétique, tente d'ouvrir les portes de la perception chères au dieu de l'alchimie, au père du LSD, Sir Timothy Leary, et rêve sans lendemain » (Colombié, 2001).

« La transe (...) provoque un état libérateur. Vous vous retrouvez dans un espace d'inspiration et de liberté. Ça vous fait sortir de votre tête. Après toutes ces expériences psychédéliques, je sais que, quelque part en moi, il y a un profond désir de retrouver les états paléolithiques dont on faisait l'expérience il y a des millions d'années. Nous devons aux plantes psychédéliques d'avoir ressoudé l'humanité en développant un sens aigu du lien qui unit l'homme à la planète » (Vitebsky, 2001)

Mais le candidat à la transe ou aux *voyages intérieurs* est souvent *bloqué*, incapable de gérer l'expérience psychédélique (ou extatique) qu'il vient de traverser. Or cette « expérience limite » reste une expérience sacrée (expérience holotrope [\[5\]](#), chargée de *sens*), réservée aux véritables initiés puisqu'elle n'a rien d'humain. Il y a donc un lien étroit et frappant entre les observations provenant de la clinique du malade toxicomane et les descriptions anthropologiques des rituels magico-religieux traditionnels. L'entreprise psychothérapeutique occidentale doit désormais être repensée. L'accompagnement du malade toxicomane dans son travail de *réconciliation* (avec lui-même, le monde et le Temps) nécessite de la part du thérapeute, une rupture épistémologique avec son dispositif technique et son mode de pensée, dispositif qui n'est pas aussi « moderne » qu'il n'y paraît (Nathan, 1993; Ducouso-Lacaze, 2001) et qui nécessite un autre référentiel clinique (ou conceptuel) et thérapeutique. Dans ce contexte, le thérapeute, occupé par la nécessité de *faire sens*,

ne saurait faire l'économie des techniques ancestrales traditionnelles qui proposent au malade toxicomane à l'inverse, le défi d'une initiation véritable, une méthode empirique susceptible de lui donner accès au sens profond de son existence en transcendant ses propres conceptions existentielles.

La voie chamanique, par l'usage de l'*ayahuasca*, offre au malade toxicomane animé par une intense expérience du divin, une induction contrôlée d'états modifiés de conscience, une expérience directe du sacré susceptible de lui indiquer le chemin d'une conduite pleinement résolue.

L'*ayahuasca* introduit une rupture de niveau entre le « monde profane » et le « monde sacré » et rend possible le passage, d'ordre ontologique, d'un mode d'être à un autre. Ici, « le monde vient à l'existence » (Eliade, 1965).

### ***Un exemple du savoir thérapeutique traditionnel au service du malade toxicomane***

Nous nous référerons ici à un dispositif thérapeutique original qui propose, au travers d'une alliance entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle, une alternative au traitement du malade toxicomane : il s'agit du centre de réhabilitation Takiwasi [6](#), « la maison qui chante » en quechua (Mabit, 1988), installé à Tarapoto, au Pérou. Son cadre de référence technico-thérapeutique repose sur des traditions de guérissage centrées sur un rituel cosmogonique. L'assise de l'édifice thérapeutique est représentée par l'utilisation de l'*ayahuasca* (*Banisteriopsis caapi*, classe naturelle des  $\beta$ -carbolines), liane à effet psychotrope. Cette « liane des morts » préparée en breuvage permet au malade toxicomane l'accès au « monde-autre » c'est-à-dire l'expérience d'un autre type de communication avec ce qui l'entoure, hommes, animaux, végétation et, au-delà, avec lui-même, par une amplification générale des perceptions : hallucinations visuelles, olfactives, auditives, esthétiques, croisées (un son peut être « vu » comme une odeur) et ce, sans création d'une addiction ni même d'un état semi-comateux.

Le traitement passe traditionnellement par deux phases. La première est celle de la « désintoxication physique » : le sujet est isolé et, pendant cinq à dix jours, on lui administre une préparation végétale vomitive (*Huancahui Sacha* et *Yawar Panga*) afin de réduire le syndrome de sevrage (rituel de purification). Cette étape difficile fait suite à la deuxième phase, plus lente, dite de « désintoxication psychique ». Les thérapeutes – un guérisseur ethnobotaniste (*curandero*), trois assistants locaux, un médecin pour la partie biomédicale et un autre pour la partie psychologique – vont se « positionner » comme des *partenaires existentiels* auprès des malades et interagir à des niveaux distincts en utilisant des plantes. Celles-ci induisent une auto-analyse au travers d'états de relaxation, de remémoration de souvenirs surgissant au cours de rêves nocturnes ou éveillés, dans un *contexte de dynamique de groupe* par l'utilisation de techniques comme le sociodrame, l'expression corporelle, la musicothérapie, etc., et qui comporte aussi *un travail de psychologie* (psychothérapie individuelle), l'ensemble restant toujours dans un rapport de respect avec l'univers de la forêt (qui représente pour les autochtones, un cosmos sacralisé, un univers où toutes les plantes possèdent un esprit, une âme, une mère [*madre*] qui les anime).

### ***Une expérience efficace loin d'être isolée***

Le Centre Takiwasi a été reconnu pour son efficacité thérapeutique, mais cette expérience est loin d'être isolée. Une enquête épidémiologique effectuée sur la côte nord du Pérou par des psychiatres péruviens dirigés par le P<sup>r</sup> Mario Chiappe (1976) montre avec cinq ans de recul, que les guérisseurs atteignent 60% de succès dans le traitement de l'alcoolisme.

En Thaïlande, au monastère bouddhiste de Tham Krabok (Neubacher, 1978), les moines guérisseurs Tudong traitent les malades toxicomanes (héroïnomanes) depuis plus de quarante ans. Au Brésil, la psychiatre Svetlana Vasconcelos (1987) coordonne le traitement des malades toxicomanes avec les maîtres du Condomblé, religion afro-brésilienne qui inclut en son rituel, des trances de « possession » par les dieux



(les *orixas*, divinités intermédiaires entre Dieu et les hommes). Enfin en Inde (Meijer, 1999), la technique *Vipassana*, qui signifie « voir les choses telles qu'elles sont » [7] et qui est une des techniques de méditation (purification mentale) la plus ancienne de l'Inde, est utilisée avec succès depuis huit ans dans les centres pénitentiaires en tant que méthode de réhabilitation sociale pour les prisonniers toxicomanes [8]. L'introduction de cette technique est à l'étude dans certaines prisons des États-Unis, du Royaume-Uni, de Taiwan, de Nouvelle-Zélande et du Népal.

## **De la médecine moderne à la médecine traditionnelle : conflit des intelligibilités ?**

---

### ***La manifestation du sacré dans notre société contemporaine***

Entre les deux pôles de l'existence du malade toxicomane, la vie rituelle d'un côté (répétition de l'acte face au désir impérieux de vivre *autrechose*), la vie profane de l'autre (insipide, dénuée de sens), existe-t-il une passerelle ? Le sacré est d'abord une expérience d'ordre émotionnel, affectif, mais c'est aussi un sentiment intime de l'existence de « tout-autre », comme « radicalement et totalement différent » du monde profane, une intuition intense de « quelque chose » au-delà des limites habituelles de l'expérience humaine, distincte de la tradition religieuse, « il est, dirons-nous, de telle nature qu'il saisit et émeut de telle et telle façon l'âme humaine » (Otto, 2001).

Il y a dans notre société moderne radicalement sécularisée un certain désarroi ou désespoir, une sorte *d'indifférence* relative qui laisse, comme l'a noté Jeammet (MILDT, 2000), « l'individu libre face à lui-même, face à ses contradictions intérieures, face à une sollicitation narcissique de plus en plus grande » malgré, il est vrai, l'apparition pour ainsi dire d'un nouvel espace du sacré parmi d'autres : la « bioéthique », figure de la « sacralisation du corps humain », mélange d'inquiétude et

de fascination pour les problèmes éthiques liés aux conséquences du progrès scientifique, aux nouvelles définitions de la mort ou comme moyen de la dépasser (manipulations génétiques, possibilité de clonage, etc.).

Mais ces interrogations d'une grande ampleur morale, voire métaphysique, qui ébranlent les fondements de notre société (rappelons-nous de l'émotion de la communauté scientifique mondiale et politique provoquée par l'annonce faite aux États-Unis par la secte des « raéliens » de la naissance du premier bébé issu du clonage qu'elle soit confirmée ou non par les tests génétiques sont frappées d'amnésie ou de « refoulement »).

Ainsi Luc Ferry nous dit, dans *L'homme-dieu ou le sens de la vie* (p. 127, 1996): « Tout se passe comme si le sentiment du sacré, malgré la « mort de Dieu », subsistait sans que la spiritualité ou la sagesse qui devraient lui correspondre nous soient données ».

Ce problème, d'une grande complexité, dépasse notre compétence, mais si nous voulons prétendre donner « sens » à l'expérience de l'effroi, de l'innommable ou à « l'impossible du supporter » alors notre médecine moderne, marquée par son dualisme scindant l'homme en âme (esprit) et corps, doit :

- s'ouvrir davantage à de nouvelles voies d'interprétation ou de traitement de l'infortune. Nous pensons ici à l'engouement actuel pour les médecines dites « complémentaires » généralement en provenance de Chine (acupuncture, le qigong, le shiatsu, etc.) et à la médecine indienne « l'Ayurveda » (yoga, thérapies « spirituelles », etc.) dont l'efflorescence et les implications sociales lancent un sérieux défi à la vision scientifique du monde;
- se réconcilier de manière *authentique* (le terme est synonyme ici à la notion de « présence », l'acte de don du thérapeute qui consiste à pouvoir se rendre totalement disponible à la douleur « morale » de son prochain) avec le sentiment d'une transcendance inscrite dans l'immanence à la subjectivité humaine, au cœur de l'homme lui-même.

L'Institution – ce domaine que l'on ne saurait qualifier de profane ni réduire à l'espace du sacré – doit permettre ce jeu de réconciliation. Elle est, selon nous, une expérience donatrice de sens : « ces événements qui déposent en moi un sens », cet « appel à une suite », cette « exigence d'un avenir » (Merleau-Ponty, 1968). L'Institution, en tant que lieu où peut se manifester et passer « quelque chose », apparaît alors comme un espace privilégié d'apparition du « tout-autre » (Otto, 2001), de rencontre et de confrontation avec le visage (et le corps) d'autrui. Mais notre institution, au sens actuel du mot (Rojas Urrego, 1991), à laquelle nous sommes constamment confrontés dans notre pratique clinique quotidienne, au fondement même de la rencontre et qui supporte déjà aujourd'hui les mérites et la diversité de telles ou telles thérapies ayant leur propre système de « valeurs » (Widlöcher, 1996), doit désormais répondre à ce que les malades toxicomanes *instituent* par leur position ou expérience propre, c'est-à-dire une nouvelle forme de « relation au monde » et au sacré. A-t-elle les moyens d'y parvenir comme l'affirment et revendiquent les « tradipraticiens » ?

### ***La guérison, une croyance partagée***

Le « tradipraticien » (généralement un guérisseur, un phytothérapeute, etc.) par sa médecine traditionnelle, apporte une réponse très concrète et pragmatique au « désordre » (Hell, 1999) qui se manifeste et offre ainsi des manières différentes de comprendre la maladie et, par voie de conséquence, le processus de guérison qui lui est attaché.

Les thérapies traditionnelles sont en grande partie influencées par la culture et les conditions historiques et sociales dans lesquelles elles se manifestent, ce qui pose inévitablement un problème quant à leurs « évaluations », un principe d'objectivité et de rigueur scientifique pour notre société moderne (recherches sur l'innocuité et l'efficacité de ces pratiques et la qualité des médicaments traditionnels à base de plantes).

Elles ont une présupposition commune : elles prennent leur départ dans une approche holistique de la Vie où le corps se présente comme un théâtre de forces et d'enjeux opposés, voire contradictoires, qui interroge et interpelle le thérapeute. « La maladie viendrait soit d'une sorte d'affection matérielle externe au corps du malade (conception matérialiste), soit d'une force mystérieuse émanant des dieux et qui se transmettrait aux êtres, aux hommes et aux choses avec lesquels elle entrerait en contact (conception dynamiste) ou enfin, d'un être démoniaque qui prendrait possession du corps du malade (conception spiritualiste) » (Costa, 1999).

La maladie devient alors la « métaphore » (Sontag, 1979) d'un conflit moral et « l'acte de guérissage », une croyance du malade dans les pouvoirs rituels de guérison du tradipraticien : « le malade comprend sa maladie, l'intègre dans un ensemble cohérent qui est de l'ordre de sa culture, et il guérit » (Vazeilles, 1991). L'efficacité thérapeutique va ainsi dépendre du système d'interprétation qui définit à la fois le malade et sa maladie, des modes de pensée et des croyances que chaque société élabore à travers ses représentations symboliques de l'existence.

Les réticences, sinon l'hostilité, que connaît la pratique de « guérissage » dans la pensée et la médecine modernes relèvent surtout d'un « scepticisme non informé » et à la peur de voir ainsi détrôner la pensée moderne ou scientifique (rationnelle, « froide et désincarnée ») soumise à la critique au profit d'une construction particulière du monde, celle d'un « monde sacré » et humaniste (« riche et sensible ») capable de donner sens à la vie humaine. L'opposition semble, au premier abord, radicale, mais cette impression se trouve aujourd'hui complètement périmée. En vérité elle cache un débat éternellement nouveau (cherché ou contraint) et la preuve est faite en l'occurrence par ce regain d'intérêt que porte, par leur lumière conjointe, la communauté scientifique et des institutions officielles telles que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2002) et l'Union Européenne [\[9\]](#) pour des pratiques thérapeutiques qui sortent des canons de la médecine scientifique. La médecine traditionnelle propose une affinité plus *réelle* et complémentaire (indissociable même), éloignée de « l'optimisme rationaliste » souvent nourri d'idées préconçues et qui expose, en des termes complexes, la médecine moderne à ses propres limites :

l'heure est au « pragmatisme thérapeutique », le savoir ne peut se réduire à la connaissance objective et scientifique, il faut lui adjoindre une expérience intérieure, spirituelle, d'un « non-représentable », capable d'être partagée et médiatisée par un Autre (l'altérité, investie d'un pouvoir, en position de médiateur entre le monde connu et le monde inconnu) empli d'ouverture et de disponibilité.

La guérison (quel que soit son présupposé éthique) pour s'accomplir, devra donc être offerte par une personne d'autrui comme un « don », qu'elle soit guérisseur, médecin ou psychologue. Il y a là véritablement un déplacement du regard de soi vers un autre souvent mal compris, une attention plus marquée dans l'écoute empathique du sujet-souffrant dont l'enjeu, sur le plan institutionnel, éthique et thérapeutique, est primordial et décisif : il s'agit de placer en arrière-plan de la rencontre, « avant même le principe de la continuité des soins » comme le signale Chaigneau (1983), « en principe des principes, celui de la continuité de l'existence du sujet ». Ce sujet, cet « être de l'homme pris dans sa totalité » *et non sous une certaine face*, dont il faudra (Binswanger, 1971) éveiller ou attiser en lui « l'étincelle divine », ne peut se réaliser que « dans une communication authentique d'existence à existence et dont la clarté et la chaleur sont seules, au fond, capables de libérer l'être de l'isolement aveugle de l'*idios cosmos*, comme dit Héraclite, c'est-à-dire de la simple vie » et de « l'élever et le délivrer pour qu'il puisse participer au *koinos cosmos*, à la vie de la *koinomia* [\[10\]](#)

### ***Les défis majeurs de la confrontation***

La problématique du malade toxicomane, telle qu'elle est envisagée ici, dépasse la problématique d'une logique de la science (au sens des sciences de la nature) et le cadre général de la psychologie « moderne » (scientifique, expérimentale); elle représente au fond une forme contemporaine de l'inquiétude métaphysique, cet « esprit chamanique » (Perrin, 1992) que certains tentent désespérément de retrouver. En nous engageant à une relation fraternelle avec son altérité dominée par la dimension de la transcendance, ou par son « inconscient spirituel » pour reprendre l'heureuse formule de Frankl (1973), le malade toxicomane inaugure ainsi un nouveau

mode de relation dont le sens n'est pas « d'être ou de ne pas être » mais se trouve dans « l'autrement qu'être » (cette expression s'entend ici comme la réponse du sujet toxicomane ébranlé par la perte du sens dans le monde profane) et que nous avons la *responsabilité* [\[11\]](#) d'accueillir. Il s'agit d'opérer une sorte de « conversion épistémologique » du thérapeute consentant, qui « vise à constituer un savoir selon une nouvelle spécificité » (Gusdorf, 1989-1990), exigence qui nous paraît fondamentale pour lui permettre de se débarrasser de ses propres certitudes ou de son « égoïsme mental » par sa capacité à donner une priorité à l'autre, et à créer « les conditions d'une *présence de l'autre*, afin que l'altérité fasse irruption en tant qu'expérience, au sens fort du terme » (Ducousso-Lacaze, 2001).

Pour accomplir cette tâche, le thérapeute devra proposer au malade toxicomane préoccupé par le sens de son existence, non pas une spiritualité à sa mesure mais – et nous rejoignons Frankl dans l'un de ses plus éclairants discours – le choix d'un engagement libre, c'est-à-dire *la responsabilité de réaliser un sens* qu'il donnera à son existence. Les défis qu'il lance à nos institutions « modernes » sont donc majeurs et là aussi, d'une grande complexité : elles ont la lourde tâche d'intégrer le malade toxicomane et sa « crise de la présence au monde » dans un projet communautaire capable de faire de lui une présence pour l'existence et – si elles portent, tout comme elles s'emploient à le faire pour sa médecine moderne, le même accueil et la même estime auprès de la médecine indigène et traditionnelle – le devoir moral d'élaborer une réflexion sur la place de l'homme « *dans et avec son monde* » (Binswanger, 1971), mouvement qui, pour paraphraser Nathan (1995), *contraint la pensée à se surpasser*, à se raviver et à se renouveler sans relâche.

## Conclusion

---

Le malade toxicomane nous invite donc à plus d'humilité et de tolérance.

À l'heure du crépuscule de la transcendance (ou de son réaménagement dans notre société désacralisée, désenchantée ?), il questionne, par sa tentative de reconnaissance d'un sens supérieur à sa propre existence (ici la drogue se manifeste sous la forme d'une *hiérophanie*, terme proposé par Eliade pour désigner une irruption du sacré dans un monde vécu comme chaotique), notre vision « post-moderne » du monde, le rapport que nous avons au Monde, aux Êtres, aux Choses. Son geste « déraisonnable » interroge notre pratique et, au terme de cette réflexion, nous incite à repenser la notion de *thérapeute* et avec elle, le concept de psychothérapie. Si le mot grec *therapeutês* signifie dans son sens originel et historique « le serviteur de la maison » (Jonckheere, 1985), alors le thérapeute est avant tout un serviteur de la maison. Sa mission est sacrée car il veille à ce qu'elle soit ouverte aux « dieux » : la visée ultime de la thérapie étant que le patient puisse davantage s'ouvrir à son corps, à soi, au monde et à l'être. Nous avons donc une mission humble car nous sommes des serviteurs, mais prestigieuse précise Jonckheere « car nous avons comme profession celle de rendre à nouveau possible, l'entrée des "dieux" dans la maison des hommes ».

## Bibliographie

- Binswanger Ludwig : *Introduction à l'analyse existentielle* – Paris, Éditions de Minuit (1971)
- Chaigneau Hélène : « Ce qui suffit. Réflexions surgies de la fréquentation au très long court de quelques schizophrènes » – In *L'Information psychiatrique* 5 (3) (1983)
- Chiappe Mario : « El empleo de hallucinogenos en la psiquiatria folkorica » – In *Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana* 81(2): 176-186 (1976)
- Colombié Thierry : *Technomades* – Paris, Stock (2001)
- Costa Jorge, Silva Alberto : « Présent du passé, présent du présent, présent du futur en psychiatrie » – In Pichot P, Rein W : *L'approche clinique en psychiatrie* – Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs de tourner en rond, (1999)
- Ducouso-Lacaze Alain : « Nos psychothérapies sont-elles modernes ? » – In *L'Évolution Psychiatrique* 66 : 516-26 (2001)
- Eliade Mircea : *Le sacré et le profane* – Paris, Gallimard (1965)
- Ferry Luc : *L'homme-dieu ou le sens de la vie* – Paris, Grasset et Fasquelles (1996)
- Frankl Victor Emil : *Le dieu inconscient* – Paris, Éditions du Centurion (1975)
- Grof Stanislav : *Psychologie transpersonnelle* – Monaco, Éditions du Rocher (1996)
- Gusdorf Georges : « Réflexions sur l'interdisciplinarité » – In *Bulletin de psychologie* 97, XLIII : 872 (1989-1990)
- Hell Bernard : *Possession et chamanisme. Les maîtres du désordre* – Paris, Flammarion (1999)
- Jonckheere Paul : « Du visage au désir de l'autre. À propos de la première rencontre entre le thérapeute et le patient » – In *L'Évolution Psychiatrique* 50, (2): 879-891 (1985)
- Levi-Strauss Claude : « Les champignons dans la culture » – In *Anthropologie structurale II* – Paris, Plon (1973)
- Mabit Jacques : *L'hallucination par l'ayahuasca chez les guérisseurs de la Haute-Amazonie péruvienne* – Lima, Institut français d'études andines (1988)
- Mauss Marcel : « Les techniques du corps » – In *Journal de Psychologie* XXXII, 3-4 (1936)
- Meijer Lucia : « Vipassana meditation at the north rehabilitation facility » – In *American Jails Magazine* (July/August 1999)



- Merleau-Ponty Maurice : « L'institution » – In *Résumés de cours*, Paris, Collège de France (1952-1960); Gallimard (1968)
- MILDT : « Toxicomanie en Europe, nouveaux défis, nouveaux enjeux de santé publique » – In *Actes du colloque : Drogues, savoir plus*, organisé au Collège de France par le CFES et la MILDT : 30 (2000)
- Morita Shoma Shinkeishitsu : *Psychopathologie et thérapie* (traduit du japonais par Mamoru Onishi, Nariakira Moriyama, Gilbert Vila *et al*) – Paris, Les Empêcheurs de penser en rond (1997)
- Nathan Tobie : *Fier de n'avoir ni pays, ni amis, quelle sottise c'était. Principe d'ethnopsychanalyse* – Aubenas, La Pensée sauvage, 3e éd. (1993)
- Nathan Tobie : *Psychanalyse païenne* – Paris, Odile Jacob : 18 (1995)
- Nerval Gérard de : *Œuvres complètes* (III) – Paris, Gallimard, coll. La Pléiade (1993)
- Neubacher Brigitte : « Crash cure for drug addicts on Thailand clinic in Tham Krabok » – In *Medical Herbalism, journal for the clinical practitioner*: 1362-1363 (1978)
- Organisation mondiale de la santé : *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005* – Genève, OMS (2002)
- Otto Rudolf : *Le sacré : l'élément non-rationnel dans l'idée du divin et sa relation avec le rationnel* (Traduction de Wund André) – Paris, Payot (2001)
- Palem Robert : *Henri Ey psychiatre et philosophe* – Paris, Rive droite (1997)
- Peirera de Vasconcelos Svetlana : *Le Condomblé. Les fonctions thérapeutiques d'une pratique sociale* – Paris, thèse de sociologie, université Paris 8 (1987)
- Perrin Michel : *Les praticiens du rêve : un exemple de chamanisme* – Paris, PUF (1992)
- Rojas Urrego Alejandro : *Le phénomène de la rencontre et la psychopathologie* – Paris, PUF (1991)
- Sontag Susan : *La maladie comme métaphore* – Paris, Seuil (1979)
- Sueur Christian *et al*: *Usage de drogues de synthèse et réduction des risques dans le milieu festif techno* – Paris, Médecins du Monde, Mission Rave (1999)
- Vazeilles Danièle : *Les chamanes, maîtres de l'univers* – Paris, Éd. du Cerf : 15 (1991)
- Vitebsky Piers : *The Shaman : Voyages of the Soul Trance, Ecstasy and Healing from Siberia to the Amazon* – Londres, Duncan Baird Publishers : 150-153 (2001)

- Widlöcher Daniel : *Les nouvelles cartes de la psychanalyse* – Paris, Odile Jacob (1996)

## Notes

### [1]

Marcel Mauss : « Les techniques du corps » – In *Journal de Psychologie*, XXXII, 3-4 (1936)

### [2]

Claude Levi-Strauss : « Les champignons dans la culture » – In *Anthropologie structurale II*, Paris, Plon (1973)

### [3]

Gérard de Nerval : *Œuvres complètes* – Paris, Gallimard, coll. La Pléiade, tome III (1993)

### [4]

La transformation initiatique des candidats se fait, de manière très simplifiée, par la séparation du monde social ordinaire (dans un endroit tenu secret et éloigné de toute habitation par exemple) et par la phase initiatique proprement dite avec une phase de *déconstruction* (période transitoire, plus ou moins longue et fastidieuse, selon les capacités de chacun à apprécier les codes et pratiques, à les assimiler, les respecter et les utiliser) suivie d'une phase de *reconstruction* (acquisition d'une identité nouvelle, celle d'*initié*, en accord avec les règles, valeurs et pratiques en vigueur) par la consommation de substances hallucinogènes ou psychotropes. Ce processus évoque (sans faire de comparatisme) quelques traits de *l'initiation chamanique* rencontrée dans certaines pratiques et dont les épreuves comportent une phase de *destruction complète* ou de *dépeçage* de la personnalité du futur chaman (phase d'apprentissage avec l'invisible) et une phase de reconstruction ou de *renaissance* (l'initié devient chaman détenteur d'un pouvoir spirituel qui témoigne de ses liens avec l'invisible ou le monde des esprits).

### [5]

Holotropique : dérivé du grec *holos* (tout) et de *trepein* (tourner), le sens est donc : *tourné vers la totalité, vers la globalité*. Terme utilisé par Stanislav Grof (1996).

### [6]

Ce centre soulève depuis quelque temps des interrogations de nature polémique. L'auteur n'utilise ici cet exemple que dans une logique purement heuristique.

### [7]

Il est intéressant de noter que cette technique est similaire à une méthode proprement japonaise du traitement des désordres mentaux : la thérapie *Morita* élaborée par le D<sup>r</sup> Morita du Collège Médical de Oikekai (Morita, 1997) et dont le principe fondamental est *Arugamana*: voir et sentir les choses telles qu'elles sont.

### [8]

En réalité, l'enseignement de la méditation *Vipassana* dans un environnement correctionnel a été expérimenté pour la première fois en 1975 à Jaipur. Ce n'est qu'à partir de 1994 qu'elle rencontre un franc succès au Tihar (New-Delhi), le plus grand centre pénitentiaire de l'Inde (10 000 détenus).

[9]

Par son projet « COST » (coopération européenne dans le domaine de la recherche scientifique et technique sur la médecine non conventionnelle).

[10]

« Communion fraternelle »

[11]

Ici, le terme de *responsabilité* est pris dans le sens indiqué par Steiner, c'est-à-dire *la capacité qui est la nôtre de répondre à une attente chez l'Autre (answerability)*. Steiner G : *Réelles présences. Les arts du sens*: 27 – Paris, Gallimard (1991).