

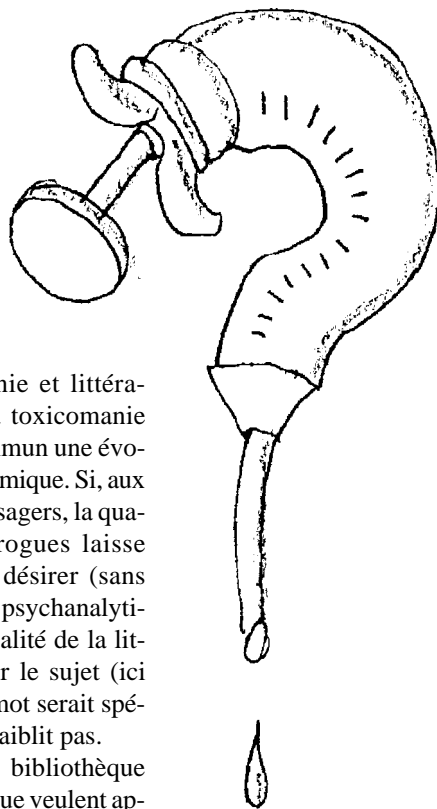
CAHIER



**DU SUBSTITUT DU PROCUREUR
... AU PROCUREUR DE SUBSTITUT**



LA METHADONE, ET APRES... ?



Toxicomanie et littérature sur la toxicomanie ont en commun une évolution endémique. Si, aux dires des usagers, la qualité des drogues laisse souvent à désirer (sans jeu de mot psychanalytique), la qualité de la littérature sur le sujet (ici un jeu de mot serait précieux) ne faiblit pas. Dans cette bibliothèque de Babel, que veulent apporter ces quelques pages ?

Dès les années 80, le nombre d'usagers de drogues croît sans cesse. On estime à quatre ou cinq ans le délai entre le début de l'usage régulier d'héroïne et la demande de soins. Les besoins deviennent énormes, les listes d'attente dans les institutions spécialisées ou chez les psychiatres s'allongent sans fin. Quant aux généralistes, ils ne peuvent offrir que leur soutien bienveillant, des sevrages ambulatoires dangereux et voués à l'échec ou l'aide dérisoire de sédatifs eux-mêmes source d'assuétude. Explosion de la toxicomanie, débordement de l'appareil répressif et judiciaire, prise de conscience morale et menace sur la santé publique (SIDA, hépatite C) vont concourir à modifier le paysage thérapeutique.

En quelques années, les traitements de substitution à la méthadone deviennent aisément accessibles auprès des médecins généralistes. La menace de poursuites pour entretien de toxicomanie qui pesait sur eux en vertu de la loi de 1921 est mise en discussion par la proposition de loi Lallemand déposée en 1992. En 1993, le Conseil d'Etat annule directives et circulaires de l'Ordre des médecins interdisant puis limitant les traitements. La conférence de consensus organisée en 1994 par le ministre de la Santé publique et de l'Environnement J. Santkin déclare que la méthadone est un traitement efficace dans le traitement de la dépendance à l'héroïne.

Sensibilisations, informations et formations se mettent en place à l'intention des généralistes. Pro-

jet ALTO initié par Magda de Galan, ouverture des institutions spécialisées au partenariat, initiatives universitaires, développement de réseaux de généralistes, les connaissances de base sont rapidement disponibles. Intervisions et autres formes de formation continue s'installent.

L'offre de soins est prise d'assaut par des demandes spontanées ou orientées par la justice. C'était il y a quelques années à peine. Malgré le peu de recul, les spécificités de ce type d'accompagnement émergent, ses qualités et ses limites se précisent. La façon de travailler du médecin s'est modifiée, des champs mal connus se sont ouverts à lui, des collaborations nouvelles se créent, la dimension sociale et communautaire de son travail est autre. L'image que le médecin se faisait de l'usager de drogues change, et c'est réciproque.

Une évidence aussi a pris corps. La méthadone tant discutée, objet de tant de polémiques, de condamnations parfois, n'est qu'un prétexte. Une paire de jambes pour marcher, qui ne dit pas où on va. Un outil efficace manipulé tant par le soigné que le soignant. Leur servira-t-il à se manipuler l'un l'autre... ou à travailler ensemble ?

C'est à une ballade autour de ces changements que nous vous convions.

Axel Hoffman

L'usage de la méthadone aujourd'hui



Encensé par les uns, décrié par les autres, le traitement de substitution déchaîne les passions et laisse rarement indifférent les professionnels de la santé. Le débat fait rage entre une éthique au nom de laquelle il serait amoral de remplacer une drogue illégale par une substance légale, et une position inverse qui considère qu'à choisir entre aider un être humain à sortir de cet état quotidien ou l'y laisser sombrer, la question ne se pose pas. Rappelons néanmoins que les risques de mortalité de la toxicomanie à l'héroïne avoisinaient 7 à 12 % par an, et ceci avant l'épidémie de SIDA qui on le sait, touche plus particulièrement cette population. Depuis peu en Belgique, les dispositions permettant aux médecins généralistes et aux psychiatres de prendre en charge les toxicomanes dans le cadre de traitement de substitution se sont assouplies. Ceci est probablement dû autant à un mouvement politique se généralisant après l'apparition de l'épidémie de SIDA qu'à l'action juridique d'un certain nombre de médecins ne se sentant pas libres d'exercer leur art.

Pour les pouvoirs politiques, les toxicomanes représentent une source d'ennuis multiples, que ce soit sur le plan de la délinquance et de la criminalité ou sur le plan des coûts de santé qui sont à terme prohibitifs.

autre opiacé de synthèse - la méthadone. Pour les équipes belges, la méthadone s'ajoute donc à un arsenal thérapeutique déjà présent auparavant. Elle représente un dispositif rendant possible une prise en charge à long terme de sujets exclus des circuits socioprofessionnels et permettant de garder un lien thérapeutique avec une population fondamentalement désinsérée.

Indications

Actuellement, la dépendance aux opiacés constitue l'indication principale de ce traitement. La prise en charge des polytoxicomanies est possible mais constitue une difficulté supplémentaire qui ne sera pas abordée ici. Au fil des années, les critères de sélection de la population de toxicomanes susceptible de bénéficier de ce type de traitement ont évolué. En effet, en quelques années, ceux-ci se sont fort assouplis, et ce entre autre en fonction des différents niveaux d'exigence demandés.

Actuellement, une majorité d'équipes reconnaissent ceux-ci :

- un âge minimum de dix huit ans;
- selon les équipes, une dépendance de un à deux ans aux opiacés;
- un engagement à long terme (mois - années).

Plusieurs études, sur la base des types de personnalités citent l'action favorable de la méthadone chez des toxicomanes dépressifs, psychotiques ou « borderline ».

Certains médecins ont émis l'idée d'une action antidépressive et antipsychotique intrinsèque de la méthadone, mais le type de personnalité n'est pas corrélé avec le degré de réussite de la prise en charge, mises à part quelques exceptions (les psychopathes par exemple). Par ailleurs, la nécessité d'instaurer un contrat thérapeutique strict est soulignée par de nombreuses équipes.

Dr. Daniel Malka, psychiatre, clinique Saint Michel.

Introduction

Le mode de traitement dont il est question s'adresse essentiellement aux héroïnomanes.

Il s'agit donc uniquement de traiter de la substitution d'un dérivé morphinique - l'héroïne - par un

Origines théoriques

Un médecin interniste et une psychiatre, Vincent Dole et Marie Nyswander sont à la base de la théorie de ce type de traitement : celle-ci consiste en

une hypothèse formulée dans les années 1960 aux Etats-Unis qui postule que chez un individu, la prise d'héroïne durant une longue période modifie profondément et durablement la biochimie du cerveau.

Dole et Nyswander avancent qu'il n'y a pas de preuve que l'individu toxicomane ait déjà, avant la consommation de drogues, des problèmes psychologiques, mais que bien au contraire, le comportement psychopathologique et déviant observé est plutôt une conséquence qu'une cause de la toxicomanie (hypothèse restant à démontrer).

L'idée initiale de Dole et Nyswander postule un changement profond dans le métabolisme et la biochimie du cerveau, bien avant la découverte des endorphines et de récepteurs morphiniques. Le système de production des endorphines serait profondément perturbé par les phases de dépendance à l'héroïne.

Ainsi, le tableau aigu de manque observé à l'arrêt des opiacés aurait pour origine un mauvais fonctionnement des endorphines.

endorphinique de s'adapter chaque fois à la lente réduction du dosage, ce qui éviterait les complications classiques du manque.

Cependant à l'inverse, la majorité des patients traités médicalement durant de longues périodes par des opioïdes (cancers, etc.) ne deviennent pas toxicomanes, bien qu'ils présentent une certaine dépendance physique.

Cette hypothèse rend donc compte de manière très insuffisante de l'appétence des toxicomanes pour les opiacés.

De ceci découle une autre conception de la toxicomanie, à savoir que celle-ci n'est plus perçue comme un problème avant tout criminel et social, mais comme une maladie cérébrale. L'idée qui sous-tend le traitement de substitution est que ce produit devrait bloquer l'envie et l'effet euphorique de la drogue et par là, permettre au drogué une réinsertion dans la société. Malgré l'aspect simpliste de cette idée, elle permet en tout cas une approche différente et autorise l'élaboration d'un autre cadre thérapeutique avec le toxicomane, cadre dont il sera ultérieurement question.



Une des hypothèses, toujours selon Dole et Nyswander est que cette dysfonction biologique, d'une durée minimale de plusieurs mois, expliquerait l'échec de pratiquement toutes les cures de sevrage à court terme. Lorsque le patient paraît pouvoir vivre normalement sous substitution, un sevrage (s'il est décidé) très progressif de la méthadone sur plus de six mois permettrait au système

La méthadone

● Pharmacologie

Il s'agit en fait d'une molécule ancienne puisqu'elle a été découverte par les Allemands durant la deuxième guerre mondiale, ceci pour pallier le manque de morphine dont l'origine provient du suc de la fleur de pavot. La méthadone est une substance pouvant s'administrer soit par voie orale, en comprimé ou sous forme liquide, soit en injection intraveineuse.

En Belgique, la méthadone est un stupéfiant. Ses propriétés analgésiques sont légèrement supérieures à la morphine, mais à dose égale, la méthadone provoque moins de sédation et de dépression respiratoire que la morphine.

La grande différence avec la morphine (ou l'héroïne) réside dans le métabolisme de la substance. En effet, la durée d'action de la méthadone est de plus de vingt quatre heures quel que soit son mode d'absorption, alors que la morphine et l'héroïne ne présentent qu'une durée d'action de six à huit heures, suivant le mode d'administration. Par ailleurs, son absorption digestive est bonne, au contraire de



la morphine ou de l'héroïne.

Ceci permet lors des traitements une prise unique journalière per os qui, à condition d'être bien dosée, évite chez l'héroïnomanie l'apparition des signes de manque.

Les taux sanguins de la méthadone restent remarquablement stables, à l'inverse de l'héroïne qui elle, montre des variations de concentration très importantes.

Certains auteurs rappellent que, lorsque les patients sous méthadone à dose convenable prennent de l'héroïne conjointement, la méthadone occupant probablement certains récepteurs empêche l'apparition des sensations de plaisir dues à cette injection, ce qui aide les toxicomanes à ne plus s'intéresser à l'héroïne. Cependant, ils augmentent quand même le risque de décès par dépression du centre respiratoire.

● Effets secondaires

Voici les plus fréquemment rencontrés en cas de dosage excessif : transpiration, constipation, baisse de la libido et de la puissance sexuelle, troubles du sommeil et de l'appétit, certaines perturbations hormonales, gain de poids, troubles de la concentration et somnolence.

La plupart de ces effets disparaissent après six mois, sauf la constipation et la transpiration, et se rencontrent surtout lorsque les doses dépassent cinquante mg par jour. Rappelons aussi bien sûr le risque de dépression respiratoire.

La méthadone entraîne une dépendance physique et psychique de type morphinique, comme la plupart des dérivés morphiniques.

● Toxicité de la méthadone

Il faut noter que comme tous les opiacés, un surdosage peut entraîner un risque de mort par dépression respiratoire, surtout chez les sujets non dépendants.

Il importe donc de ne pas se tromper dans l'évaluation initiale du degré de dépendance du patient afin de ne pas surestimer une posologie initiale qui pourrait - le patient pouvant avoir exagéré son degré de toxicomanie - être dangereuse voire mortelle, situation non exceptionnelle. Depuis le début de son utilisation, la méthadone ne semble pas toxique pour l'organisme. Rappelons qu'un héroïnomanie fortement dépendant peut, par le phénomène de la tolérance supporter une dose de méthadone mortelle pour un autre sujet.

De même, la prescription de méthadone se fait depuis des années à des femmes enceintes toxicomanes, et ne semble pas poser de problèmes tératogènes particuliers, ni à l'accouchement.

Une étude genevoise mentionne cependant le fait que le sevrage des nouveau-nés de mères traitées par la méthadone est plus tardif, plus grave et plus difficile à traiter que chez ceux dont les mères sont héroïnomanes.

En fait, le produit de substitution rend donc possible une assistance médicale et psychosociale en permettant un accès aux soins, la femme enceinte sous méthadone étant mieux suivie, bénéficiant par ailleurs de contrôles physiques et d'appuis psychosociaux réguliers, et rendant donc la santé de celle-ci et de l'enfant meilleure.

● Dosage et posologie de la méthadone

Les données de la littérature semblent maintenant suffisamment claires pour dire que si un patient ne se sent pas bien avec une posologie de base, et n'arrive pas à être abstinente avec une dose de soixante ou quatre vingt milligrammes par jour, il eut bénéficier d'une augmentation de cette dose, jusqu'à cent voire même cent vingt milligrammes par jour. Le plus souvent, une prise en charge à la méthadone s'étend sur plusieurs années, avec parfois des durées extrêmes de plus de dix ans.

La plupart des tentatives de sevrage de courte durée se sont soldées par un échec avec le retour du patient vers la prise d'héroïne.

Il existe un consensus en faveur d'une prise unique de la méthadone pour éviter le risque de marché noir, diluée en général dans du sirop.

Des analyses d'urines sont pratiquées pour vérifier que le patient ne continue pas à faire un usage abusif de drogues ou de médicaments non prescrits.

Après quelques mois de stabilité confirmée par les analyses d'urines, des doses de méthadone peuvent être emportées à la maison et, si le patient reste abstinente, une ordonnance comportant plusieurs doses (hebdomadaire par exemple) sont prescrites.

● Deuil de la méthadone

Lorsque la décision de sevrage est prise, il importe de renforcer à ce moment plus qu'à un autre la relation avec le patient, le sevrage représentant une période parfois pénible pour lui. En effet, les patients ont souvent des difficultés à quitter un pro-

duit ayant pris une place majeure dans leur vie. De ce fait, un certain nombre d'entre eux remplacent la méthadone par une dépendance à une substance légale, l'alcool par exemple.

Par contre, il est clair que certains patients n'arrivent pas à arrêter la méthadone et l'option prise alors par la plupart des équipes s'oriente actuellement vers une maintenance indéfinie.

● **Sevrage de la méthadone**

De plus en plus d'équipes pensent que le but du traitement n'est pas nécessairement le sevrage, alors qu'il y a encore quelques années, cette question était peu discutée. La plupart des centres optent plutôt pour une maintenance à long ou à très long terme. Cependant, si la décision de sevrage est prise, celui-ci doit être fait très lentement, sur une durée de six à vingt quatre mois, sinon la rechute toxicomaniaque est très fréquente. De plus, une demande de réadmission dans le programme de substitution se pose fréquemment durant ce sevrage.

Buts thérapeutiques de la méthadone

● **Raisons légales**

La méthadone est un traitement de substitution légal et sous contrôle permettant, en accord avec la loi, de suivre et d'aider des patients qui sans cela

échapperaient à tout circuit thérapeutique, avec tous les risques que cela comporte. La méthadone diminue tous les effets pervers de la prohibition en annulant tous les problèmes liés à l'illégalité de l'héroïne.

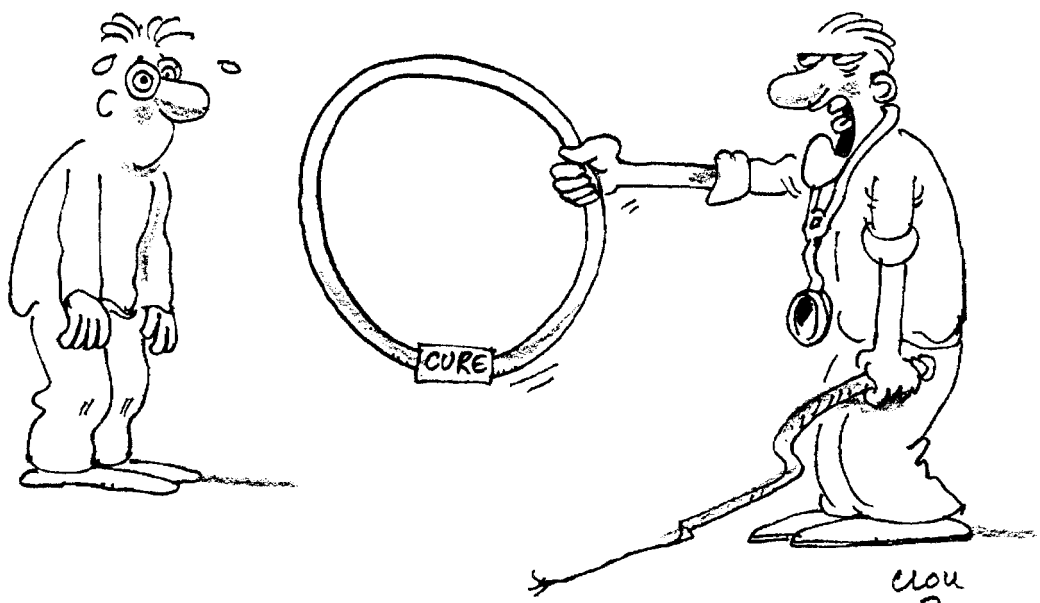
● **Insuffisance des moyens thérapeutiques classiques**

Un certain nombre de toxicomanes chroniquement dépendant des opiacés, s'ils ne peuvent pas être pris en charge dans un programme comprenant un traitement de substitution à la méthadone lâchent rapidement les autres méthodes de traitements et se retrouvent toxicomanes dans la rue avec un risque d'incarcération, de morbidité ou de mort par overdose très important.

En raison des rechutes successives, la plupart des patients ne souhaitent plus entreprendre de cures à court terme au moyen des médicaments habituels. Les traitements à la méthadone ont une place dans le champ thérapeutique. Ils ne se substituent donc en rien aux autres traitements qui continuent à prendre leur place dans l'arsenal thérapeutique (sevrage, post-cure institutionnelle, communauté thérapeutique, centre de jour, prise en charge bio-psycho-sociale classique, etc.) et dont les résultats restent comparables.

● **Prise en charge pluridisciplinaire**

Beaucoup insistent d'abord sur le fait que ce traitement ne représente pas la panacée quant aux trai-





tements des toxicomanes, mais précisent qu'il s'agit d'un outil, facilitant l'application des moyens thérapeutiques nécessaires à la guérison.

La plupart des thérapeutes soulignent l'importance d'une prise en charge plurielle associant un traitement médicamenteux à un traitement psycho-socio-familial.

En pratique néanmoins, la compliance thérapeutique des patients toxicomanes reste très difficile à instaurer dans la durée, surtout face à une équipe.

● Raisons biologiques

Après la période décrite habituellement comme la « lune de miel », les toxicomanes bientôt ne ressentent plus de plaisir malgré des doses de plus en plus fortes en héroïne. Leurs récepteurs morphiniques seraient complètement déréglés et ne réagissent plus au faible dosage des endorphines. En raison de la dépendance physique qui s'est installée, privés pendant quelques heures d'opiacés, les héroïnomanes font un sevrage avec son cortège de symptômes que l'on peut brièvement rappeler ici : douleurs articulaires, osseuses et musculaires, coliques, sudations profuses, nausées, vomissements, insomnie, agitation, irritabilité et palpitations.

Soulignons aussi la spirale comportant la recherche d'argent permettant l'achat de la drogue avec son cortège de vol, prostitution, prison, overdoses, hôpitaux, marginalisation, dettes et maladies en tout genre, rupture sociale, professionnelle, familiale et affective.

Les traitements à la méthadone répondent bien à ces problèmes, permettant de calmer immédiatement la détresse profonde des héroïnomanes, et avec tout un soutien psychosocial, de leur redonner progressivement confiance en eux, de les stabiliser affectivement et de leur offrir un maximum de chances de réinsertion sociale et professionnelle.

● Raisons épidémiologiques

Un peu partout en Europe, on a vu une augmentation du nombre de toxicomanes depuis vingt ans. De plus, un cercle vicieux s'instaure : plus l'héroïne est disponible, plus le nombre de toxicomanes augmente et plus la drogue gagne du terrain. Comme la répression ne peut empêcher ce trafic, le meilleur moyen de faire diminuer l'offre de drogues consiste à stabiliser médicalement une partie des consommateurs en permettant par des cures à

long terme aux héroïnomanes motivés de quitter ce milieu en leur offrant un moyen de traitement adapté à leur possibilité du moment.

Par ailleurs, la méthadone a fait augmenter l'offre d'héroïne et les prix de celle-ci ont chuté.

Le traitement à long terme

● Qualité de la vie

La grande majorité des études insistent fondamentalement sur le fait que le grand avantage de ce type de prise en charge réside dans la possibilité d'instaurer un contact avec le toxicomane et de permettre dans bien des cas une réinsertion sociale, familiale et professionnelle tout en enravant la dégradation physique, psychique, et sociale du toxicomane et en diminuant, voire en arrêtant, la prise d'héroïne.

Elle supprime immédiatement les signes de manque lorsqu'elle est correctement dosée et réduit considérablement l'appétence pour l'héroïne. Elle permet en quelques jours une amélioration clinique spectaculaire.

La vigilance, l'attention, la concentration, la mémoire, les réflexes et les performances psychomotrices restent normaux. Cela permet en outre une prise en charge personnelle globale du patient dans le domaine médical et surtout psychothérapeutique. Il faut rappeler ici que du point de vue psychique, les sujets bien stabilisés à un dosage adapté de méthadone peuvent mener une vie normale. Ils éprouvent peu d'effets sédatifs ou euphoriques. Cette prise en charge vise à retrouver un équilibre affectif satisfaisant, une bonne santé physique et psychique et une adaptation socioprofessionnelle durable.

Le but premier ne vise donc pas l'arrêt rapide de la méthadone, mais à quitter le milieu de l'héroïne et de retrouver sous méthadone une bien meilleure qualité de vie.

● La prévention du SIDA et des hépatites

L'infection au virus du SIDA constitue dans un certain nombre de pays un problème de santé majeur dans la population des toxicomanes.

Depuis l'apparition de cette maladie, les autorités sanitaires des pays occidentaux commencent à voir la toxicomanie à l'héroïne sous un autre angle. En Belgique cependant, les séroconversions d'usagers

de drogues reste limitées.

L'incidence du traitement à la méthadone sur la séroconversion des toxicomanes semble réduire le risque de contamination par le virus du SIDA, mais n'est pas prouvé comme tel.

En effet, étendre le traitement par la méthadone ne vise en fait pas à prévenir le SIDA. L'accès des toxicomanes à des seringues stériles et à des préservatifs semble à ce niveau plus utile. Certaines études montrent clairement une corrélation positive entre la prise en charge des toxicomanes par un programme de méthadone, dans une modalité de haut niveau d'exigence, et la prévention du SIDA. Etablir une relation thérapeutique soutenue avec un toxicomane semble en tout cas être un élément majeur quant à cette prévention.

Rappelons par contre qu'en Belgique, une grande majorité d'usagers de drogues par voie intraveineuse sont atteints d'hépatites B et C, ce qui occasionne une morbidité importante.

● **Délinquance**

Les pouvoirs publics se sont aussi intéressés aux programmes-méthadone avec l'espoir de voir résoudre les problèmes de délinquance liés à la toxicomanie.

Des études les plus récentes, il ressort que le médicament méthadone ne joue pas en soi un rôle décisif dans la baisse de criminalité.

Les programmes d'administration de méthadone qui enregistrent des résultats positifs du point de vue de la réduction de la criminalité présentent en général un seuil d'exigence élevé.

En effet, les enquêtes démontrent clairement que la durée, la régularité et la structure de l'administration, la sélection pour les différents programmes d'administration sur la base de la motivation et du mode de vie, une bonne direction des programmes, l'expérience des collaborateurs, une bonne coordination, etc. constituent les facteurs essentiels qui exercent un effet positif sur la réduction de la criminalité.

Prise en charge psychosociale

● **Psychothérapie**

La prise en charge psychothérapeutique d'un toxicomane est primordiale.

Sans méthadone, la psychothérapie des toxicoma-

nes reste décevante et sans grand effet sur la limitation de l'usage des stupéfiants.

Au contraire, bien stabilisés par un traitement correctement conduit, la grande majorité des toxicomanes sont réceptifs à l'une ou l'autre forme de psychothérapie.

Ils peuvent en bénéficier valablement, dans la mesure où la plupart des héroïnomanes présentent de sérieux problèmes psychiatriques.

Des thérapeutes ont même pu mener à bien de véritables psychanalyses chez certains toxicomanes, grâce à l'apaisement des pulsions obtenu par la méthadone.

● **Thérapie familiale**

Lorsque l'usage de la drogue apparaît comme une façon inconsciente de mobiliser la famille, une thérapie familiale s'impose.

Elle permet en outre de comprendre, de cerner et tenter de résoudre les conflits relationnels dans la famille (mais ceci est loin d'être spécifique au problème de la toxicomanie).

● **Soutien social**

Le soutien psychosocial apparaît comme un autre versant important de la prise en charge globale du toxicomane, en ce sens que beaucoup de ceux-ci ont perdu un emploi quand ils en avaient un; d'autres n'ont jamais été insérés socioprofessionnellement.

La substitution leur permet de retrouver des besoins financiers normaux.

Rappelons que, une fois équilibrés, les patients sous méthadone sont aptes à travailler, étudier (plusieurs équipes mentionnent des toxicomanes ayant pu mener à terme des études universitaires), ou conduire un véhicule.

Types de prise en charge

Actuellement, deux types de prise en charge se dessinent dans le champ médicosocial : les programmes de bas et de haut niveau d'exigence.

En gros, dans les programmes à bas niveau, l'accent est essentiellement mis sur le lien à préserver entre le réseau sanitaire et les toxicomanes. La demande thérapeutique est faible et il s'agit principalement de proposer une prise en charge mini-



male comprenant une distribution de méthadone et l'accès à des soins de santé.

Dans les programmes à haut niveau d'exigence, la prise en charge est beaucoup plus importante et variée. Elle associe alors tout un réseau médico-psycho-social permettant aux patients une réinsertion dans une vie la plus normale possible.

Résultats thérapeutiques

Peu de rapports mentionnent le pourcentage total des toxicomanes sevrés avec succès de la méthadone (et bien sûr abstinents par rapport à l'héroïne) toujours insérés socioprofessionnellement.

Beaucoup d'équipes donnent par contre des chiffres sur les taux de rétention de patient en traitement, sur la diminution de la prise d'héroïne des toxicomanes pendant la cure, sur le sex-ratio, sur les taux d'abandons et de renvois à des temps déterminés, sur la quantité de décès durant la prise en charge thérapeutique, sur la délinquance, ou sur le taux de séropositivité à différents moments de la prise en charge. Un des points marquants de l'une de ces études est que l'abandon en cours de traitement est faible au cours de la première année de prise en charge et ne concerne qu'un tiers des admissions sur une période de deux ans.

Sur l'abstinence à long terme, les chiffres oscillent entre 5 et 30 % du total des sujets entrés dans les programmes, 30 % étant en moyenne le résultat généralement obtenu avec les autres méthodes de prises en charge thérapeutique.

Par ailleurs, la réduction de la consommation d'héroïne est très forte au cours des six premiers mois de prise en charge.

De ceci, il ressort que dans la prise en charge des patients toxicomanes par les programmes méthadone, l'accent est davantage mis sur la réinsertion des toxicomanes dans la société, sur la possibilité d'établir un lien thérapeutique avec ceux-ci, sur la qualité de leur vie pendant la thérapeutique. Il faut donc définir la problématique en terme de qualité du soin plutôt qu'en terme de guérison.

Les études les plus récentes montrent une rechute dans l'héroïnomanie chez 82,1 % des sujets qui ont terminé le traitement. ●

BERTSCHY G., CALANCA A. (Prilly) : « Choix de la dose de méthadone : la souplesse reste d'actualité. », Médecine et Hygiène 51 : 2238-2241, 1993.

BERTSCHY G. : « Pratique des traitements à la méthadone », Collection Médecine et Psychothérapie, Edition Masson, 1995.

DEGLON J.-J. : « Le traitement à long terme des héroïnomanes par la méthadone », Edition Médecine et Hygiène, 1982, Genève.

DEGLON J.-J. : « Le traitement à long terme des héroïnomanes par la méthadone. », Psychotropes 2 : 45-62, vol 1 : 1983.

DEGLON J.-J. : « Evaluation d'un programme de traitements des héroïnomanes par la méthadone », Psychotropes 3 : 31-37, vol IV : 1988.

DELILE J.M. : « Prise en charge des toxicomanes », Résonances 3-4 : 39-41, vol. 1 : 1991.

DE RUYVER B., VAN BOUCHAUTE J., REISINGER M., DE MOERLOOSE E., VERMEULEN G. : « Les traitements de substitution de la drogue : état de la question, encadrement psycho-médico-social, pistes de réflexion, mise en garde. »

DENIKER, P. : « A propos d'une expérience française de la méthadone. », L'encéphale 1 : 75-91, 1975.

DEGLON J.-J. : « Toxicomanie et traitements de substitution par la méthadone, l'un des plus formidables malentendus de l'histoire de la médecine. », Colloque de St Tropez, Fondation Phénix.

DOLE V.P., NYSWANDER M.E. : « A medical treatment for heroin addiction : a clinical trial with methadone hydrochloride », JAMA 193 : 646-650, 1965.

DOLE VINCENT P., NYSWANDER MARIE E. : « Conduite pharmacologique et traitements des héroïnomanes par la méthadone. », The Neurobiology of Opiate Reward Process, Smith and Lane (ed.), Elsevier Biomedical Press, 1983.

DUGARIN J., NOMINE P. : « D'une toxicomanie à l'autre. » In Les Laboratoires Delagrangé (Edition) - La prescription de méthadone. 93-114. Collection Les Empêcheurs de Tourner En Rond. PARIS. 1990.

FONDATION ROI BAUDOIN. 15 janvier 1993.

GOLDSMITH D. S., HUNT D.E., LIPTON D. S., STRUG DL.- « Le folklore de la méthadone : impact de certaines croyances sur le traitement. », Psychotropes 1 : 59-71, vol II : 1985.

Cellule Drogues de l'Université de Liège. : « La Méthadone : une réflexion interdisciplinaire », Coordinateur A. Noirfalise. Décembre 1992.

GRONBLADH L., OHLUND L.S., GUNNEL M. : « Mortality in heroin addiction : impact of methadone treatment. », Acta Psychiatr Scand 82 : 223-227, 1990.

JACQUES J.-P. : « Méthadone : sinécure de désintoxication en simili-cure psychothérapeutique ? », Psychotropes 3 : 133-137, vol V : 1989

MINO A., VUARAMBON L. : « Méthadone : réflexions d'un groupe de praticiens genevois », Psychotropes 2 : 53-56, vol 111 : 1986.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT. Conférence de consensus : « Traitement de Substitution à la Méthadone. », Conseil Supérieur d'hygiène. Commission des Médicaments. 8 octobre 1994.

PARRINO M.W. - Consensus Panel Chair : « Traitement à la Méthadone. », U. S. Department of Health and Human Services, Fondation Phénix. Editions Médecine et Hygiène, S.A. Genève 1994.

RAT (Réseau d'Aide aux Toxicomanes) : « Méthadone : évaluation d'une pratique. », Colloque du RAT, du 9 mars 1994.

REISINGER M. : « Arrêter l'héroïne. », Edition Complexe. 1990.

Conférence de consensus

organisée le 8 octobre 1994

par monsieur J. Santkin, ministre de la santé publique.

Rapport du jury - 12 octobre 1994

La méthadone est un médicament morphinomimétique puissant, classé parmi les stupéfiants en application de la Loi du 24 février 1921, concernant le trafic de substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou anti-septiques.

Ce médicament, utilisé chez les patients héroïnomanes, prolonge la dépendance physique acquise et peut induire une dépendance chez les patients non préalablement dépendants d'opiacés. Il nécessite donc des précautions particulières de prescription et de délivrance.

Le traitement prolongé et adéquatement dosé à la méthadone est sûr du point de vue médical. Ce traitement n'est toutefois pas dénué d'effets secondaires. A l'heure actuelle, il n'y a pas été démontré que la méthadone soit toxique pour quelque organe que ce soit.

La méthadone constitue-t-elle un traitement efficace de la dépendance à l'héroïne ? Sur quels paramètres agit-elle ?

La méthadone constitue un médicament efficace dans le traitement de la dépendance à l'héroïne.

- **Effets sur la consommation d'héroïne**

Le traitement à la méthadone réduit la consommation d'héroïne et le recours aux injections.

- **Effets sur la santé**

Le traitement à la méthadone :

- réduit la mortalité associée à l'héroïnomanie ;
- réduit le risque de contamination par le virus du SIDA et les hépatites B et C ;
- ralentit le développement de la maladie chez les patients héroïnomanes séropositifs pour le SIDA ;
- améliore la compliance thérapeutique des patients héroïnomanes séropositifs pour le SIDA et facilite le dépistage et les stratégies d'éducation à la santé.

- **Effets sociaux et professionnels**

Le traitement à la méthadone est associé à une amélioration des aptitudes socioprofessionnelles et à une réduction des activités délinquantes.

Quelles sont les indications, les contre-indications et les limites d'un traitement à la méthadone ?

- **Indications**

Le traitement à la méthadone a pour indication la dépendance à l'héroïne, reposant sur un diagnostic établi par l'anamnèse et l'examen clinique, et étayé par des examens complémentaires si nécessaire (dosages urinaires par exemple).

Sauf exceptions documentées et réservées à des prises en charge spécifiques ou exigeant des compétences particulières, le patient doit avoir dix huit ans au moins, et des antécédents certains de dépendance depuis plus d'un an.

La notion de dépendance inclut la notion d'échec de tentatives spontanées ou encadrées de sevrage.

- **Contre-indications**

Il n'y a pas de contre-indications, mais les morbidités psychiatriques éventuellement associées (alcoolisme, polytoxicomanie, dépression, psychose,...) nécessitent un diagnostic et une prise en charge adéquats.

La grossesse ne constitue pas une contre-indication.

- **Limites**

Il n'y a pas de raison scientifique de limiter le nombre global de patients admis en traitement à la méthadone, à condition qu'ils répondent aux critères d'indications.



Qu'elle est la place des autres traitements de substitution ?

A l'exception de la buprénorphine (Temgésic), aucun autre médicament de substitution n'a fait l'objet de recherches scientifiques convaincantes ; ils ne peuvent actuellement être recommandés en pratique courante.

Qu'elles sont les modalités du traitement médicamenteux ? En quoi influencent-elles le résultat thérapeutique ?

Les traitements à la méthadone sont généralement des traitements de moyenne durée (deux à cinq ans) ou sans durée déterminée.

Les dosages généralement recommandés en début de traitement sont de l'ordre de 30 à 40 mg de méthadone par jour. Généralement, la dose moyenne de stabilisation sera plus élevée, de l'ordre de 60 à 80 mg par jour. Elle doit cependant être adaptée à l'évolution individuelle.

L'administration doit se faire sous la forme orale la plus adéquate, ne pouvant donner lieu à une déviation de l'usage.

En début de traitement, et jusqu'à stabilisation, la prudence recommande que le patient absorbe quotidiennement sa dose de méthadone en pharmacie ou dans un centre spécialisé.

L'absorption occasionnelle d'héroïne ne peut constituer une raison d'arrêt de traitement ou de diminution de dose.

Certaines associations médicamenteuses peuvent nécessiter une adaptation des doses.

Les traitements rapidement dégressifs (trois semaines, à trois mois) connaissent également leurs indications. Elles sont généralement associées à un changement de milieu avec réduction de l'exposition des patients à l'héroïne.

En cas de grossesse, il n'est pas recommandé d'interrompre un traitement à la méthadone, mais la prise en charge de cette situation exige une compétence spécifique.

En quoi le cadre thérapeutique influence-t-il le résultat du traitement ? Les traitements du substitution doivent-ils faire l'objet d'un enregistrement spécifique ?

L'accessibilité aux traitements à la méthadone doit être accrue en fonction des besoins, et inclure les intervenants de première ligne (médecins généralistes et psychiatres, pharmaciens, centres de santé), tout en respectant les nécessités d'une pratique médicale responsable.

L'approche et le soutien psychosocial sont des facteurs essentiels d'amélioration des résultats thérapeutiques des traitements à la méthadone. Le soutien doit être adapté aux besoins individuels des patients. Ceux-ci peuvent être traités soit dans un centre multidisciplinaire, soit par un médecin généraliste et spécialiste.

Ces médecins doivent avoir acquis la formation nécessaire, et veiller à l'entretenir, par exemple par la pratique de l'intervision clinique.

Ils doivent être soutenus par une relation fonctionnelle avec un centre spécialisé ou avec un réseau de soins aux toxicomanes, afin d'éviter notamment un isolement préjudiciable à la pratique du médecin.

Afin de permettre une évaluation permanente plus aisée et d'éviter les doubles prescriptions, les traitements à la méthadone devraient être enregistrés par une instance ad hoc, dans le respect du secret médical et de la loi sur la protection de la vie privée. A cette fin, un système d'encodage approprié devrait être élaboré.

Toxicomanies : qu'a-t-on appris de neuf ?

*Dr Jean-Pierre
Jacques,
psychanalyste,
médecin directeur
au Projet Lama.*

Après des années de semi-clandestinité, la prise en charge des « toxicomanes » s'affiche au grand jour. Elle bénéficie désormais de discriminations - budgétaires ou éditoriales - positives. Elle concerne un nombre croissant d'intervenants, médecins, pharmaciens, travailleurs psychosociaux. De quoi réjouir ceux qui légitimement revendiquaient une généralisation des expériences et des concepts fomentés par des pionniers dans ces lieux confinés qu'étaient les Centres spécialisés pour toxicomanes.

Quelles sont ces expériences, quels sont ces concepts, quels sont les effets attendus et les effets pervers de cette généralisation, voila ce que cet article se propose de décrire.

Années 80 : on croyait à la drogue

Dans les années 80, une unanimité quasi parfaite régnait dans notre société, se figeant en des représentations sociales de la toxicomanie certes angoissantes mais univoques, et confortées par le petit monde clos des intervenants en toxicomanie. Ces représentations sociales étaient articulées autour de trois pivots :

- **Le toxicomane existe et la toxicomanie est un vrai péril**

Le toxicomane ne peut pas être « pris en charge » par les structures classiques, sanitaires ou sociales (hôpitaux, médecine générale, CPAS, Centres de santé mentale, etc.). Il en est même activement exclu, soit en vertu de sa contagiosité supposée, soit au nom d'une compétence qui ferait défaut à ces intervenants, soit pour son bien, afin de le mettre en demeure de « changer ». Il est marginal et hors-la-loi « par choix » ou « de structure ». Le rappel de la Loi symbolique est donc instrument et finalité thérapeutique, par l'exclusion des lieux ordinaires de socialisation ou par la réclusion, en

prison ou dans des communautés de vie (exemple le Patriarce). La loi pénale est la Loi symbolique dans une parfaite équivalence.

- **« Pour en sortir, il faut se désintoxiquer »**

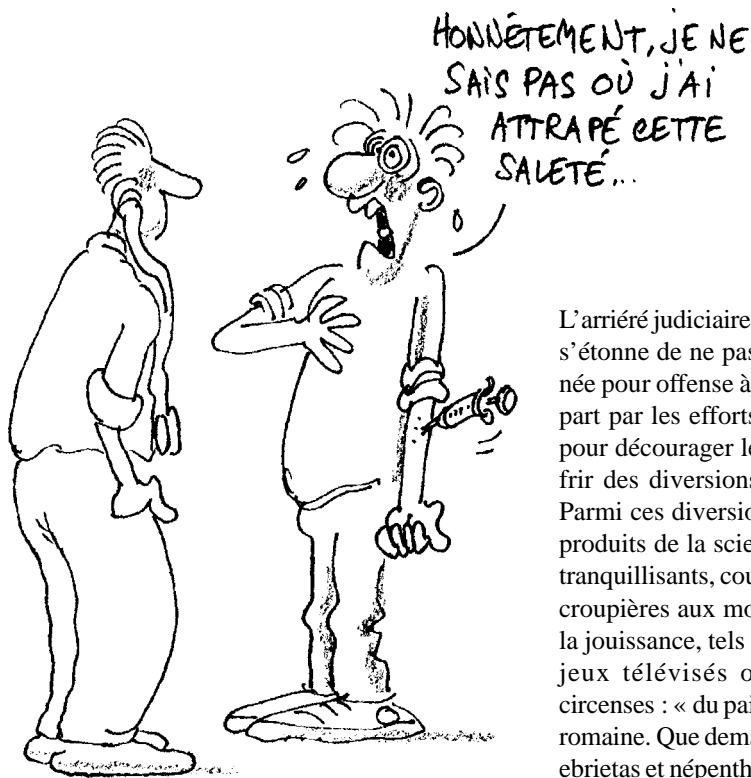
Toute « prise en charge » doit se donner pour objectif et idéal l'autonomisation du « toxicomane » et l'abstinence pharmacologique. Par exemple, le maintien de la dépendance à un produit ou à une institution est considéré comme une faute éthique, au nom de laquelle sont critiqués les traitements de substitution (par méthadone etc.). Le modèle thérapeutique de référence est la communauté thérapeutique. La dépendance est hors-la-loi et moralement condamnable. Les produits sont diabolisés, et par extension ceux qui en consomment, voire ceux qui accueillent les sujets dépendants. Est déclarée une radicale « guerre à la drogue ». Le critère de guérison est l'abstinence. Le moyen obligé de la cure est la désintoxication.

- **La cause intime de la toxicomanie réside dans le sujet**

Le traitement, pour être étiologique, impose que tout toxicomane soit à entendre comme sujet dans le cadre d'une clinique du cas par cas. Pour toute aide ou tout soin, le toxicomane doit être amené à formuler une demande. Plus vulgairement dit, il doit faire montre de sa motivation. Ceci consacre une hégémonie intellectuelle de la psychanalyse et des thérapies systémiques en pays latin, des thérapies comportementales en pays anglo-saxon et néerlandophone. La médecine est priée de se faire discrète, vu son impuissance à guérir et sa compromission historique avec les produits diabolisés. Aucun médecin n'a l'outrecuidance de prêter son art à ceux qui ont scandaleusement détourné ses nobles remèdes de la douleur.

Années 90 : les constats accablants

Malgré cette guerre à la drogue, la dimension épidémique des toxicomanies s'impose comme évidence à l'aube des années 90, en particulier dans le monde carcéral où les toxicomanes raflent plus de la moitié des places.



Le recrutement massif des héroïnomanes par le virus du SIDA et par la misère extrême, dénommée « la galère », impose une remise en question du dispositif conceptuel des années 80 et jette la suspicion sur les valeurs et les normes qu'il promouvait (1,2,3). La guerre à la drogue est peut-être perdue, voire n'aurait pas dû être lancée.

La réponse pénale et morale aux dépendances se révèle une barbarie inexcusable (4). L'incarcération de milliers de jeunes aux motifs d'infraction aux lois sur les stupéfiants et l'adhésion de toutes les honnêtes gens à la condamnation morale de l'usage de drogues génère bien plus de désordre et de douleurs qu'elle ne peut en prévenir.

On découvre que l'essentiel du dispositif d'assistance et de soins s'emploie en vain à conjurer les effets excluants, pathogènes ou mortifères de la prohibition des drogues et de « la persécution rituelle des drogués » (5).

Quoique ce bougé des conceptions soit loin d'avoir développé tous ses effets, et que des poches de résistance des anciennes représentations sociales de la toxicomanie se préservent en tous lieux - écoles, pharmacies, partis politiques, maisons de quartier, universités - la contestation du modèle et des valeurs antérieures ne s'essouffle pas, au contraire de l'appareil judiciaire.

L'appareil judiciaire est chroniquement encombré par la tentative de contenir par des manoeuvres policières et carcérales les effets de la paupérisation de masse.

L'arriéré judiciaire - qui porte si bien son nom qu'on s'étonne de ne pas voir cette expression condamnée pour offense à magistrat - s'explique en bonne part par les efforts d'arrière-garde des magistrats pour décourager les pauvres et les exclus de s'offrir des diversions à la mesure de leur détresse. Parmi ces diversions, les dérivatifs psychotropes, produits de la science et des techniques, drogues, tranquillisants, coupe-faim et excitants, taillent des croupières aux modes plus traditionnels de traiter la jouissance, tels que les boissons alcoolisées, les jeux télévisés ou les pâtisseries. Panem et circenses : « du pain et des jeux » réclamait la plèbe romaine. Que demande le petit peuple aujourd'hui : ebrietas et népenthes : « des ivresses et de l'oubli ». Ces consommations récréées ne sont que caricature grimaçante de la consommation généralisée qui fait courir notre société, et qui est nécessaire à son économie de marché.

Le scandale des drogues tient alors dans une jouissance exotique procurée par un marché qui échappe aux Bourses (6).

Il apparaît de plus en plus impossible aux intervenants dans le champ des toxicomanies de se contenter de leur action réparatrice et focale; en Belgique, la plupart tirent de leur expérience clinique la conviction que des changements majeurs de politique sont requis pour mettre fin à la barbarie instaurée par les lois de prohibition des drogues.

S'en fait l'écho le soutien massif de plus de sept cent associations à la proposition de loi Moriau (7), ce qui permet à certains de penser le mouvement anti-prohibitionniste comme un prolongement de vénérables courants historiques de désaliénation (abolition de l'esclavage, abolition de la peine de mort, abolition de la torture, etc.).

Au quotidien s'inventent déjà des dispositifs qui préfigurent ce que pourrait être une logique non excluante et moins pathogène. Ces dispositifs méritent d'être décrits d'abord pour leur contribution aux débats sur l'anti-prohibition, sur une pourvoyance raisonnée* des drogues lorsqu'il est illusoire ou dangereux de les prohiber. Mais aussi ces nouveaux dispositifs poussent à réformer la médecine, la psychanalyse et l'aide sociale d'une façon, qui sans nier des emprunts très forts à des concepts antérieurs, reconfigurent radicalement ces

** Pourvoyance raisonnée, terme forgé par Albert Memmi, et que nous lui empruntons avec l'expression de notre vive reconnaissance. Voir A. Memmi « La dépendance », Gallimard, 1979 et « Figures de la dépendance autour d'Albert Memmi », Colloque de Cerisy-la-salle, P.U.F, 1991.*

pratiques, au moment même où elles sont sous la menace d'une crise. Crise économique et éthique de la médecine, crise dogmatique de la psychanalyse, crise sécuritaire donc politique de l'aide sociale.

A ce titre, nous restreindrons notre propos à l'analyse de l'évolution des prises en charge des toxicomanes depuis les années 80 jusqu'à l'extension des traitements à la méthadone, et ce à travers notre expérience au Projet Lama.

« Lama, qu'as-tu appris en 12 ans ? Qu'as-tu fait ? Quels enseignements tires-tu de ton passé ? A quoi sers-tu aujourd'hui ? »

L'expérience est le peigne du chauve, dit-on. Nous avons connu d'autres conceptions de la toxicomanie que celles que nous développons aujourd'hui. Si nous n'avons que partiellement adhéré à celles des années 80, nous les avons néanmoins légitimées avant de les abandonner, non sans crise et déchirements. Il n'est même jamais tout à fait sûr que nous n'en conservions quelque sédiment... Cette analyse est donc fondée sur une évaluation critique du passé, y compris celui pour lequel nous portons une responsabilité.

● **Bref historique institutionnel**

L'association sans but lucratif « Lama » fut fondée en 1980. Elle ouvre son premier centre en 1983 (le « Projet Lama »). En 1991, elle crée un réseau d'appartements de réinsertion par le logement (« Hestia »). Au terme d'une analyse d'implantation, elle déploie ses Antennes de quartier depuis 1993.

Le centre Lama est d'emblée pionnier des prises en charges ambulatoires institutionnelles combinant traitements de substitution et support psychosocial, inspiré par la psychanalyse et par une réflexion politique.

Son originalité tient donc dans un improbable rapprochement entre les thèses psychopharmacologiques nord-américaines de la substitution d'après Vincent Dole et Mary Nyswander (8), et les thèses du continent psychanalytique ouvert depuis Freud et revisité par Lacan (9).

Traversant les années 80 en butte à toutes les critiques, le Lama paraît aujourd'hui rejoint dans ses conceptions par l'essentiel des intervenants et des experts (10, 11, 12). Toutefois l'histoire des trajectoires des idées depuis ces années est fort instructive; nous nous permettons donc d'en écrire quelques mots.

● **Analyse critique de notre passé et des pratiques passées**

*« La tyrannie issue du projet d'émancipation »
(Marcel GAUCHET)*

Au nom de l'affranchissement de la servitude, les années 80 étaient une époque qui diabolisait l'héroïne et les drogues, qui intentait des procès à la méthadone et à ses promoteurs (13). Il s'ensuit que les modèles des traitements conçus en ces années-là présentent les traits d'une « tyrannie alternative » (14).

A la fois forts d'une position de monopole, dont ils abusaient, et menacés dans leurs citadelles où l'on résistait au « Tout à l'abstinence », les Centres de traitement par substitution étaient contraignants, ne respectaient pas les libertés démocratiques et la citoyenneté de leurs clients. Sévères et arrogants, les thérapeutes menaient les cures dans un esprit frisant sans le reconnaître celui d'un auxiliaire de police, dont la suspension et l'exclusion étaient les armes. Ils s'accommodaient d'un dispositif institutionnel parfois décrit à juste titre comme bureaucratique (15).

La disgrâce qui frappait les traitements de substitution justifiait les précautions démesurées qui étaient prises pour en détourner autant que possible les candidats afin de « leur laisser quand même leur chance », sous-entendu « de s'en sortir vraiment, sans drogue de substitution » ; c'est ainsi qu'il convient d'interpréter la procédure fastidieuse d'analyse de la demande, et surtout l'exigence féroce de deux tentatives préalables de sevrage structuré* qui était imposée à tout candidat. Et à laquelle certains se soumettaient en les faisant échouer en toute bonne foi ! De quoi accrédi-ter le préjugé psychiatrique du « toxico manipulateur », tout en occultant la responsabilité des thérapeutes qui induisaient par leurs exigences, ces pratiques de maîtrise, ces naïves réactions des sujets mal soumis.

Si nous devons assumer la responsabilité historique des discours et des pratiques institutionnels tenus dans ces temps-là, nous pouvons simultanément

* entendre par là : cure de désintoxication en milieu hospitalier, séjour en communauté thérapeutique, etc.



ment rester fiers des principes fondateurs :

- *l'ambulatoire*, c'est-à-dire le maintien dans la cité, préalable à la (re)socialisation ;
- *la substitution*, c'est-à-dire la dédramatiser des produits et l'ajournement de l'abstinence ;
- *l'articulation de la parole à la substitution*, c'est-à-dire la reconnaissance d'un sujet parlant et désirant et non d'un objet de soins, fussent-ils bienveillants.

L'époque nous confinait dans des carcans : quota de patients, liste d'attente, procédure d'admission décourageante, mépris de l'urgence et méprise entre demande de soins (par exemple médicale) et demande de changement psychothérapeutique. Les autorités politiques, médicales et disciplinaires toléraient à grand peine notre initiative, et sous la stricte condition de la contenir dans un centre confirmant la marginalisation et la relégation.

L'impératif catégorique d'arriver au plus vite à la « désintoxication » a laissé de nombreux patients sur le carreau, tout comme la négation de l'urgence. Le mépris dans lequel étaient tenus les produits en général, et de substitution en particulier, menait à une perversion de la pharmacothérapie, mise au service de la psychothérapie, que l'on croyait mieux alimentée par une dose dite « dose de frustration ».

Naturellement, vu le dédain affiché à l'endroit des produits, le patient était moralement contraint à ces psychothérapies, déniaient et dénaturant ce qui est pourtant une condition même de son exercice, du moins dans la perspective psychanalytique, à savoir le libre engagement du sujet dans l'expérience de libre association. Aveuglément confiants dans les pouvoirs curatifs de la parole, les thérapeutes promouvaient ainsi une instrumentalisation du patient au profit du « psy », tenu pour le seul gage possible de la guérison. Et de s'étonner ensuite lorsque le patient se détournait d'une psychothérapie ainsi conçue.

Dans ces conceptions, l'idée même de la réduction des risques* était impensable; bien au contraire, le traitement du patient récalcitrant passait par un forçage dont la majoration des risques était un des moyens de pression : « ça passe ou ça casse »; qui mieux que le thérapeute peut savoir par où et comment ça doit passer ?

Si la plupart des intervenants spécialisés ont renoncé à ces conceptions, il en reste des traces. Que penser par exemple des enseignements de confrères,

par ailleurs estimés, qui soutiennent, contre de nombreuses évidences (16), que la dose est sans importance, et que seule compte la relation thérapeutique. À peu de choses près, c'est comme si dans leurs propos, la méthadone était considérée comme un placebo ou comme une gâterie pour les enfants : à ce compte-là, il est vrai que la dose de chocolat importe moins que les propos du parent qui le distribue... ?

En quoi d'ailleurs il y a du bon à prendre : le discours qui accompagne la substitution entre pour une part importante dans son effet thérapeutique, comme il en va de toute la pharmacothérapie.

● En quoi on a changé

Loin d'être un exercice de contrition, les propos qui précèdent et qui détaillent sans ménagement nos erreurs passées, ont pour objet de faire connaître aujourd'hui la perte de certitudes fortes et de mettre en valeur que notre adhésion aux nouveaux paradigmes ne se fait pas sans souci critique et sans inquiétude. Ainsi de la crainte que nous avons de constater une érosion du savoir clinique qui s'était élaboré au long de ces années.

Au-delà de ces apparences de consensus toujours à risque d'être mou, peut-on rendre compte des orientations les plus récentes des équipes du Projet Lama, d'ailleurs pas nécessairement convergentes, et anticiper des développements à connaître bientôt, pour décrire ce qui serait le modèle clinique du Lama ?

1. Psychogénèse, sociogénèse ?

Le modèle clinique actuel pourrait être défini comme un hybride instable, écartelé entre une conception psychogénétique et une conception sociogénétique des toxicomanies. Si la conception psychogénétique, nous l'avons vu, a connu une fortune considérable au cours des années 80 jusqu'à être dénaturée en une sorte de procès de toxicomane, en revanche les conceptions sociogénétiques sont récentes dans le champ des thérapeutes de la toxicomanie.

Nous proposons d'entendre par « conceptions sociogénétiques » celles qui font droit à une étiologie sociale, ou pour mieux dire « collective » des toxicomanies, au sens où Freud distingue la « psychologie des foules » de la psychologie individuelle (17). Sans ce concept, il est difficile de rendre compte des phénomènes groupaux observés

** Concept générique sous lequel sont désignées les pratiques visant à réduire les risques de morbidité, de surmortalité et d'exclusion sociale associés à l'usage de drogues.*

lorsqu'une classe ou une cité entière de jeunes beurs devient héroïnomanie en quelques mois, ou lorsque des bataillons de G.I.'s nord-américains le deviennent au cours de la guerre du Vietnam. Et les exemples sont nombreux et bien connus, à explorer jusqu'à l'alcoolisme de la classe ouvrière au XIX^{ème} siècle, ou l'alcoolisme des réserves des « Natives » nord-américains*. Il s'agit par là de rendre compte de ces phénomènes de groupe ou de masse qui sont autre chose que la somme des individus, ou encore de l'impossibilité pour la psychobiographie des individus pris un par un d'expliquer ces recrutements de groupe.

* improprement appelés « les Indiens » dans notre enfance.

** C'est-à-dire, en une phrase: les conventions internationales et la politique prohibitionniste mettent l'appareil policier et judiciaire au service des multinationales de l'alcool, du tabac et des médicaments psychotropes.

2. Objectifs de « santé publique »

Ces conceptions peuvent elles-mêmes être tiraillées entre deux pôles : l'un est purement médical, et prélève ses analogies du côté de la santé publique, traitant de la toxicomanie comme de la tuberculose, en important des concepts tels qu'épidémie et contagiosité. Voire en envisageant une vaccination contre les drogues, comme s'il s'agissait de particules infectantes, par exemple dans les articles de Carrera et Leshner sur les perspectives de vaccination contre la cocaïne (18, 19). Dans ce mo-

dèle, la responsabilité du sujet dans sa passion pour une drogue est écartée comme non pertinente. Et ce pourrait bien être une réponse biomédicale excessive aux excès psychologisants des années 80 à ce sujet.

3. Santé communautaire et réduction des risques

L'autre pôle privilégie la participation des usagers et des citoyens à leur prise en charge et à la prévention. Comme le dit un patient : « on ne les a pas attachés pour leur faire prendre les premières fois ! ». Aussi la prévention participative tente-t-elle d'intégrer le sujet comme appartenant à une collectivité structurée, désignée communauté, d'où le terme de santé communautaire (20) et comme sujet doté de parole, de désir et d'une inscription dans la cité, inscription plus ou moins problématique.

D'où les pratiques de groupe de paroles, les ateliers d'expression libre et de créativité, la participation d'usagers de drogues, rétribués ou non, à des initiatives de prévention du SIDA, des hépatites, de la tuberculose (21), à la conception et à la distribution de pochettes de seringues en pharmacie et en comptoirs (22), la récolte auprès de toxicomanes des informations sur leurs opinions, leurs pratiques par des méthodes « ethnographiques » adaptées à leur situation d'exclus et de clandestins (24). L'ensemble de ces expériences constituent, avec d'autres initiatives, dont les traitements de substitution à bas seuil d'exigence, les ingrédients des stratégies de réduction des risques associés à l'usage des drogues. Sans prétendre intervenir directement sur la « guérison » des conduites addictives en terme d'abandon de celles-ci, ces stratégies visent à réduire la surmortalité, la surmorbidity et l'exclusion sociale systématiquement associées à l'usage des drogues, en large partie du fait de la prohibition légale qui les frappe**.

La citoyenneté des sujets concernés, et le combat contre ses déficits, est donc un facteur majeur de prévention et du traitement. L'exclusion sociale est considérée comme vecteur causal et pas seulement comme résultat des conduites addictives.

Cette citoyenneté à préserver ou restaurer, en tant qu'elle est à la fois un droit démocratique fondamental et un facteur déterminant de prévention et de traitement, n'aurait aucun avenir si le traitement et les lieux de vie assignés aux toxicomanes res-





taient confinés dans des ghettos, fussent-ils les mieux spécialisés. D'où la nécessité d'une politique de « déspecialisation ».

4. Déspecialisation et première ligne

L'enfermement carcéral ou la relégation des drogués dans des sanctuaires thérapeutiques prolongeait les léproseries, asiles d'aliénés et autres sanatoriums. La confiscation des toxicomanes par des institutions spécialisées, même ambulatoires, laissait croire à une spécificité quasi exotique de la rencontre avec ces sujets, et encourageait les représentations sociales du toxicomane affecté d'une jouissance sans pareille, inhumaine, légitimant son exclusion, le plus loin possible du commun des mortels; exclusion dont nous avons évoqué l'effet mortifère et pathogène.

Très logiquement, pour réduire ces effets pathogènes de l'exclusion, il convenait de déspecialiser les prises en charge des patients toxicomanes et d'enhancer les intervenants de première ligne dans l'accueil des usagers de drogues : médecins, pharmaciens, hôpitaux généraux, travailleurs sociaux, tous intervenants de « première ligne » se sont vus invités à la rencontre.

Les traitements de substitution se sont révélés à cet égard un excellent cheval de Troie. Leur maniabilité et la survenue rapide des premiers effets pacifiants, c'est-à-dire d'une restauration d'une certaine qualité de vie, en ont fait l'exemple même des dispositifs mis au point par les centres pilotes et susceptibles d'une généralisation à peu de risques et peu de frais.

5. Partenariat et travail en réseau

Autrefois, les centres se proposaient de se substituer au médecin traitant. Désormais partenariat est le mot clé d'une « joint venture » entre le centre spécialisé (ou le réseau) et le médecin traitant (ou le pharmacien), tout comme le toxicomane est devenu le partenaire du traitement qui le concerne, et non l'objet du traitement.

Décentraliser la prise en charge est à l'ordre du jour, en particulier depuis la conférence de consensus (24) et le plan en dix points du Gouvernement fédéral (25). Toutefois, il persiste et c'est normal, des médecins non intéressés par la prise en charge de patients toxicomanes et une clientèle désireuse de s'adresser aux centres spécialisés, par exemple en raison de la large palette de services proposés et de leur intégration institutionnelle. Ou

encore des patients dont la complexité de la situation psychosociale rencontre les limites de la prise en charge en médecine de ville ou de groupe, et nécessite un accompagnement plus structuré et plus spécialisé.

L'offre de collaboration aux médecins généralistes ainsi conçue est une offre à la carte. Le centre spécialisé s'engage à prendre contact systématiquement avec l'envoyeur (médecin ou autre) et à lui adresser un rapport de suivi. La collaboration va de l'avis ou de l'intervention ponctuelle à la prise en charge conjointe ou à la supervision individuelle ou groupe, et surtout aux interventions cliniques.

Que devient le centre de référence ? Son expérience le destine d'abord aux traitements des patients à « co-morbidité » : patients psychotiques, déstructurés ou à demande spéciale. S'y ajoute une dimension de recherche clinique et de conceptualisation, qui culmine dans des interpellations politiques. Il est supposé être centre d'un réseau de prise en charge décentralisée et en même temps laboratoire clinique et éthique*.

Effets attendus et effets pervers des nouvelles interventions

Ces nouveaux dispositifs ont permis une extension sans précédent de l'accessibilité aux traitements de substitution. Ils ont ainsi mis en contact des univers jusque là non miscibles et rempli leur office de promotion de la santé publique.

Mais des effets pervers sont déjà à relever.

● Effets bénéfiques de la prise en charge en médecine de première ligne

On peut se réjouir de voir qu'après une courte hésitation, de nombreuses maisons médicales et des praticiens de médecine libérale aient consenti à accueillir dans leur clientèle des patients dits toxicomanes pour initier ou poursuivre les traitements de substitution. En général, familiarisés aux chicanes du psychisme et rompus aux impasses de la médecine sociale, il ne leur fut guère difficile de transposer aux toxicomanes ce que leur expérience ou leur formation Balint ou analogue leur avait enseigné avec des patients issus du quart-monde ou des territoires psychosomatiques. Pour ce que l'on peut en juger au travers des cas référés et des

** Lieu de recherche clinique et sur les nouvelles pratiques possibles, pôle de recherche qualitative (innovation et expérimentation de modèles cliniques, mais aussi de complémentarité parole - molécules; développement de nouvelles molécules, par exemple : LAAM, héroïne, sulfate de morphine,...)*

mises en commun de cas, dans les interventions cliniques notamment, cette annexion du champ « toxico » à cette part réfléchie de la médecine générale est un franc succès, quantitativement et qualitativement. Il en est découlé une facilité d'accès, temporelle et géographique, qui a fait disparaître les listes et les délais d'attente décourageant l'admission en traitement de substitution.

Ces médecins partagent un authentique souci de formation, de respect du patient, de construction d'une relation thérapeutique; ils veillent à examiner le patient comme habitant un corps et à l'entendre comme habité d'une parole. Ils limitent leurs prescriptions aux produits de substitution recommandés par la conférence de consensus et ne reculent pas devant des prises en charge conjointes avec des équipes spécialisées quand la situation de santé ou sociale du patient l'exige.

L'esprit qui a présidé à la nouvelle politique de soins envers les usagers de drogues, concrétisé dans la conférence de consensus sur la méthadone, était empreint d'un respect des patients, d'une rigueur méthodologique et pharmacologique, et encourageait les médecins à rencontrer les toxicomanes, sur la base d'une relation psychosociale et d'une prescription strictement limitée à la méthadone.

● Effets pervers dans la prescription médicale

Cet esprit ne semble pas avoir soufflé sur certains médecins qui se prêtent à des prescriptions bâclées et inconsidérées. Il semble en effet que tous les médecins généralistes ne s'en tiennent pas aux règles d'une pratique médicale responsable. Sous la pression conjuguée de la pléthore médicale et d'un déficit de formation à l'approche clinique des toxicomanes, un nombre significatif de médecins généralistes s'est lancé dans la prescription de substituts hors balises. Non par idéal, mais par esprit de lucre : « Vingt toxicos par semaine, c'est toujours cinquante mille francs par mois de gagné... »

Les conditions dans lesquelles consultent ces médecins, telles qu'elles sont rapportées par les patients ou leurs parents, ont de quoi alerter*. Certains de ces médecins ont une clientèle personnelle de plus de cent toxicomanes, à qui ils consentent cinq minutes. On rapporte des cas de consultations tenues en voiture devant un parc public. La consultation est généralement expéditive et se limite à un marchandage, « honoraires » contre prescriptions. Ces prescriptions comportent en outre sou-

vent des molécules dont la prescription est indéfendable**, qui approvisionnent un marché noir surabondant et instrumentalisent une délinquance pharmacofacilité (26).

Plusieurs de ces confrères feraient actuellement l'objet d'une enquête à la Commission médicale provinciale du Brabant, notamment suite à des plaintes pour abus de la liberté thérapeutique et pour prescription de Rohypnol ou de Dolantine à des patients suivis déjà par ailleurs, et au mépris de ce suivi. Ces pratiques précipitent un dévoiement de la nouvelle politique en toxicomanie, la discréditent sévèrement, jettent le même discrédit sur les traitements de substitution en général.

Mais en outre, la pratique de ces médecins entretient les représentations sociales du toxicomane comme un être fourbe, manipulateur et soucieux seulement de défoncer. Cyniquement, ces médecins exploitent cette veine, sans vergogne, sans relever le défi que cette rencontre comporte.

● Dissolution de la clinique : le toxicomane biologique

L'autre effet pervers moins spectaculaire mais plus inquiétant est ce que j'appellerais : « la dissolution de la clinique ». Au fil des années 80, s'était forgé une description fine d'une clinique différentielle des toxicomanes (27), qui avait mis à contribution les savoirs les plus divers : psychanalyse, ethnopsychiatrie, analyse systémique, etc. Ces éclairages avaient démembré la classe opaque des toxicomanes en y découvrant par exemple de nombreuses psychoses sous-jacentes, mais aussi des structures névrotiques intéressées à la relation psychothérapeutique. Souvent cette clinique faisait apparaître une dimension masochiste et des syndromes post-traumatiques (deuils pathologiques, status post-incestueux, abandons précoces, etc.) qui légitimaient un patient travail clinique de déconstruction / reconstruction psychique ou familiale.

Aujourd'hui, foin de tout cela. La conviction se répand que l'étiologie de la toxicomanie est une affaire métabolique, une sorte de diabète des récepteurs aux opiacés. Une lecture neurobiologique sommaire (28, 29, 30) accrédirait cette façon de s'épargner de penser et d'écouter. Les médecins généralistes et les quelques psychiatres convaincus de cette hypothèse réductrice y trouvent sans doute un argument pour légitimer leurs consultations expéditives, où la médecine montre ce qu'elle

* ... et ont alerté à juste titre la Commission médicale provinciale.

** Rohypnol ou Flunitrazépam ou Vesparax, parfois Dolantine ou Rilatine.



peut faire de plus bête. Les patients, méprisés par leurs médecins, jouent au shopping médical, vont au médecin le plus docile, le plus commode, et pas nécessairement vers le plus avisé ni le plus compétent qui leur refuserait les petites gâteries dont certains raffolent : Rohypnol et autres sucreries de gamins mal élevés. Ils en raffolent d'autant plus qu'aucun secours ne leur est apporté dans leur détresse, les encourageant à ne chercher que l'oubli et le désordre.

Cette nouvelle vague de médecins évacue la rencontre avec le toxicomane comme sujet de ce qui lui arrive; il devient l'objet de soins, dans une caricature de médecine, d'inspiration vétérinaire. Nouvelle vague qui est certainement une riposte à une décennie qui avait surinvesti la part « psychique » en méconnaissant le réel des produits. C'est-à-dire au détriment de la question d'une pourvoyance mesurée et négociée des produits qui sont l'objet manifeste de la quête des toxicomanes.

● Pourvoyance médicale raisonnée

Les temps à venir seront-ils ceux d'un meilleur équilibre entre une pourvoyance médicale raisonnée, non crispée, et d'une écoute d'un sujet par un professionnel informé de ce qui fait qu'un sujet parle et désire ?

La bonne qualité des prises en charge assurées par des médecins scrupuleux et rigoureux ainsi que les impératifs d'accessibilité des traitements de substitution imposent qu'en aucune façon un retour en arrière ne soit organisé qui décourage ces médecins. Ceux-ci se signalent par une participation active aux formations et interventions, et par une appartenance réelle à un réseau gravitant autour d'un pôle spécialisé.

Tout doit être mis en oeuvre en revanche pour empêcher les médecins incompetents et vénaux de nuire comme aujourd'hui. Les prescriptions de Rohypnol, de Vesparax, de Dolantine, de Rilatine etc. devraient actuellement faire l'objet d'une interdiction ferme, assortie éventuellement d'une expérimentation bien contrôlée en milieu universitaire ou spécialisé.

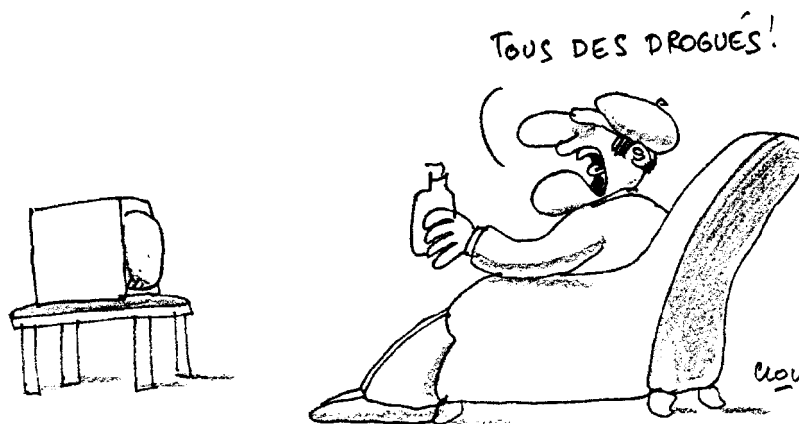
La limitation du nombre de patients pris en charge par un médecin généraliste devrait être considérée, pour empêcher les dérives où un médecin cynique ou irresponsable prescrit n'importe quoi à plus de cents patients abandonnés à eux-mêmes. La participation réelle à un réseau devrait être im-

posée par exemple dès que le médecin prend en charge plus de quelques patients, et devrait comporter la participation à des interventions cliniques ou à un cycle de formation.

Il s'agirait en quelque sorte de donner un contenu à la recommandation de la conférence de consensus sur la méthadone portant sur « une liaison fonctionnelles avec un centre ou un réseau spécialisé » (31).

Reste à donner un contenu plus formel à la citoyenneté des usagers eux-mêmes, y compris à l'intérieur des processus de « prise en charge ».

Outre ce qui commence déjà à se faire, ceci pourrait comporter le lancement de « conseils consultatifs des usagers de drogues », le développement des associations d'auto-support et la promotion d'enquête de satisfaction des usagers, dans les institutions où ils sont accueillis, dans un heureux mélange de consumérisme et de démocratie participative.



En guise de conclusion : suffit-il de prescrire pour traiter un toxicomane ?

« Les toxicomanes, des patients comme les autres ». Tel est le slogan qui a fait mouche ces deux dernières années. Dans l'intention de ses promoteurs, cela voulait dire : des patients dignes, comme les autres humains, de recevoir des soins adéquats et une aide attentive chez leur médecin.

Comme les autres patients, cela ne signifiait pas se débarrasser d'eux par une prescription bâclée du

Toxicomanies : qu'a-t-on appris de neuf?

premier opiacé exigé. Quoique « patients comme les autres » peut également s'entendre cyniquement « aussi mal traités que les autres ». Au nom de quoi en effet, les toxicomanes mériteraient-ils un traitement « de faveur », « d'excellence » ou des médecins plus compétents et plus attentifs que les autres patients ?

Comme nous ne pouvons nous résoudre à concevoir une telle médecine cynique et que le péril en est bien réel, il nous paraît que les médecins qui s'investissent dans l'accueil de patients toxicomanes et dans la prescription de substituts doivent pouvoir rendre compte de leurs actes, et que ceux qui prêtent le flanc aux critiques doivent pouvoir être épinglés, et sanctionnés s'il le faut.

La période de dérégulation des traitements de substitution a montré ses bienfaits et ses limites; il conviendrait désormais de construire « des standards de qualité » pour le processus de médicalisation des toxicomanies.

Cela signifie, prendre le temps d'une anamnèse très soigneuse, construire une relation thérapeutique qui puisse tenir autant d'années que la cure le requerra. Cela peut vouloir dire: leur consacrer le temps qu'il faut chaque semaine pour resituer leur passion pour les drogues, non comme une maladie, mais comme une tentative manquée de remédier à l'impossible à vivre.

L'héroïne est un des plus puissants antidouleurs exogènes. En être dépendant suppose qu'on héberge une douleur, généralement une douleur morale, si ancrée que les mots et les recours habituels n'ont pu l'éponger : tristesse, humiliation, effroi, timidité, ennui, impuissance,...

C'est à faire émerger cette douleur dans le champ de la conscience, pour la traiter comme phénomène humain et non comme désordre biologique, que le médecin peut s'employer dans la relation thérapeutique.

Les traitements de substitution par méthadone permettent cette cure de la douleur. Non par un effet pharmacologique, comme il en irait d'un antibiotique, mais par la retrouvaille avec l'autre - le médecin - et avec la parole. Comme il en va de tant d'autres malades, malades de leur chômage, de leur couple ou de leur rêves déçus.

Enfin, malades comme les autres, les toxicomanes ont droit aussi à un médecin compétent. Non pas

un médecin qui s'abandonne aux ukases d'un toxico faux dur qui, intimidant, réclame son « Roche » ou son « Burgo ». Mais un médecin qui se forme et s'informe, qui participe à des réseaux de formations continues, un médecin qui, à partir de là, choisit ses prescriptions et leur cherche, avec le malade, un sens dans son aventure d'être parlant. Un médecin, qui, à contre-courant peut-être du scientisme positiviste de sa formation, a pris quelque distance avec l'idée de l'humain tout chimique et métabolique, que les laboratoires pharmaceutiques voudraient nous faire adopter.

C'est ainsi que les mésaventures de la substitution se révèlent un excellent analyseur des crises de la médecine, trop vouée aux objets, et de la crise contemporaine de la psychanalyse, si vouée au sujet qu'elle ne sait plus l'articuler à ses petits objets de jouissance, drogues et médicaments. ●



1 Jean De Munck : « Construction des normes et choix du sujet. Pour une dépsychologisation de la toxicomanie », conférence au GRETA, Bruxelles, 13/1/94.

2 Jean De Munck : « La toxicomanie dans le conflit des normes », Carnets du Centre de Philosophie du Droit, Camet n° 17, juin 1995, Université Catholique de Louvain.

3 Isabelle Stengers et Olivier Ralet : « Drogues, le défi hollandais », Les empêcheurs de penser en rond, Paris, 1991.

4 « Drogues et Droits de l'Homme », sous la direction de Francis Caballero, Les empêcheurs de penser en rond, Paris, 1992.

5 Thomas Szasz : « Les rituels de la drogue », traduction française Payot, 1976.

6 à lire avec Jacques LACAN : « La drogue est ce qui permet la rupture du mariage avec le petit pipi ». Le « petit pipi » est le nom familial que le petit Hans donnait à son zizi. (Freud : « Cinq psychanalyses », p. 133, P.U.F, 1954). Autrement dit, depuis Lacan, la drogue est ce qui permettrait à un homme de ne plus être marié avec sa queue, de se soustraire à la question du sexuel.

7 Proposition de Loi Patrick Moriau de dépénalisation du cannabis, Parlement belge, juin 1996.

8 culminant dans le « State methadone maintenance treatment guidelines », sous la direction de Mark Parrino, U.S. Department of Health and Human Services, 1992.

9 « La psychanalyse doit-elle délivrer de la méthadone ? », J.P. Jacques, Allocution à la journée d'étude du Projet Lama, 22/1/1994.

10 Livre Blanc « Toxicomanies en Communauté française », E. Binot, J.-P. Jacques, M. Vanderveken, 1989, avis du Jury de la conférence de consensus (94).

11 « Les traitements de substitution à la drogue : état de la question », sous la direction du Professeur Brice De Ruyver, rapport à la Fondation Roi Baudouin, 15 janvier 1993.

12 « Conférence de consensus du 8 octobre 1994 : traitement de substitution à la méthadone », ministère de la Santé publique et de l'environnement, 1994.

13 Jacques Baudour : « L'amour condamné », Pierre Mardaga éd., 1987.

14 J.P. Jacques « Passion des drogues et tyrannie », in « Drogues, valeurs et politiques, actes du Colloque Eurotox'93 », Bruxelles, p. 51-53.

15 Marc Reisinger, in « Drug addiction and aids », ed. par N. Loimer & R. Schmid, Springer-Verlag, 1991, Vienne.

16 M. Parrino et al., op. cit.

17 S. Freud, « Psychologie des foules et analyse du Moi », traduction française in « Essais de psychanalyse », Petite bibliothèque Payot, Paris, 1981.

18 Carrera M.R. et al., « Suppression of psychoactive effects of cocaine by active immunization », Nature, 1995; 378:727-30.

19 Leshner A., « Molecular mechanisms of cocaine addiction », New England Journal of Medicine, July 11, 1996, p 128-129.

20 voir Lia Cavalcanti : « Toxicomanie et travail communautaire; du difficile art de concilier le conflictuel », EGO, Paris, 1995.

21 Campagnes « Boule-de-neige », Modus Vivendi asbl.

22 Campagnes « Stérifix » initiées par les Antennes du Projet Lama et coordonnées par Modus Vivendi.

23 Techniques des « groupes es-pairs », modélisée par Modus Vivendi asbl, Bruxelles.

24 op. cit.

25 1995.

26 voir le rapport de recherche du Dr Marc Jamouille : « Etre en Roche », 1995 et son article ci-après.

27 voir les Actes des journées de travail sur ce thème : « Pour une clinique différentielle des toxicomanies », organisées par la Plate-forme Internationale « Pour une

clinique du toxicomane », Bruxelles 1989.

28 voir les articles de Carrera et Ushner, déjà cités.

29 Jean-Paul Tassin : « Neurobiologie des drogues illicites », Dossier Inserm, 1995.

30 Voir aussi : Jean-Didier Vincent, « La Chair et le Diable », en particulier le chapitre « Les commensaux du Diable », p. 254-255, Éd. Odile Jacob, Paris, 1996.

31 conférence de consensus sur la méthadone, op. cit.



Aspirine ou méthadone ?

*Axel Hoffman,
médecin
généraliste.*

Si l'on fait abstraction des polémiques auxquelles elle a donné lieu, la prescription de méthadone par le médecin généraliste présente un certain nombre de spécificités : le libre choix du médecin par l'usager, son accessibilité financière, sa proximité, sa disponibilité, son abord aisé, sa capacité de dispenser des soins dans une approche globale sont des attributs ordinaires de la médecine générale qui ne se retrouvent pas en institution ou en milieu spécialisé. En une seule démarche, le toxicomane pourra bénéficier d'un traitement de substitution, d'une consultation somatique classique, d'un soutien psychologique et discuter de ses difficultés de quelqu'ordre qu'elles soient.

Soigné parmi les patients « habituels », il se sent moins stigmatisé et s'identifie comme une personne parmi d'autres. En comparaison, les sentiments vécus à se retrouver « tous des toxicomanes » dans une salle d'attente spécialisée sont parfois décrits comme violents, humiliants, dépersonnalisant ou source de tentations et de trafics.

Si certains patients choisissent un généraliste loin de leur quartier, la majorité ne s'éloigne pas de leur milieu de vie. Quand ils accrochent au traitement, la fréquentation régulière de voisins anonymes modifie leur vision réciproque et c'est peut être l'occasion de contacts structurant.

Dernière différence, mais celle-ci souffre de nombreuses exceptions, le généraliste a le plus souvent un bas niveau d'exigence* vis-à-vis de l'usager, l'institution un haut niveau d'exigence.

Ce cadre de traitement diffère profondément de la dispensation d'une substitution en centre spécialisé.

Certains usagers de drogue pourtant ne parviennent à rentrer ni dans le cadre d'une institution ni dans celui d'une consultation généraliste. A l'intention de ces derniers, des expériences de type bus méthadone ou centre fixe s'organisent sur un modèle de distribution de traitements. Ces trois modes d'accès au traitement semblent drainer trois « patientèles » différentes, bien que les passages d'un mode à l'autre soient fréquents ce qui suggère que la sélection se fait également selon la situation ponctuelle de l'usager.

Cadre thérapeutique, niveau d'exigence et sélection de la patientèle dessinent ainsi des profils différents à l'institution, au généraliste et au centre de distribution. Par contre, les spécificités décrites pour le généraliste représentent en fait son mode de travail usuel, que ce soit pour un problème de

santé classique ou pour un traitement de substitution. Le généraliste sera donc naturellement enclin à prescrire la méthadone de la même manière qu'il prescrira pour une autre problématique. Cela présente l'avantage de « dédramatiser » le produit et d'ouvrir la porte à un accompagnement global du patient. Cette « banalisation » n'est cependant pas exempte de questions. Nous allons en éclaircir quelques unes.

● Prescrire, la drogue du médecin

Accompagner un patient est beaucoup plus difficile que prescrire. Leur formation scientifique et la pression des firmes pharmaceutiques donnent aux médecins une foi aveugle dans les produits. Sur ce plan, ils manifestent de bien dérangeantes similitudes avec leurs patients toxicomanes ou autres.

Symbole de la fonction et du pouvoir, automatisme apaisant, manière de clôturer une relation ou d'éviter certaines questions, document officialisant la reconnaissance du statut de malade, voilà autant de rôles classiques joués par la prescription à jeu quasi égal avec les vertus thérapeutiques de ce qui est prescrit.

A n'être pas trop regardant, la méthadone pourrait connaître le même embourbement.

S'auto-prescrire comme médecin relève presque d'une abnégation. Terminer une consultation sans papier tamponné angoisse parfois davantage le médecin que le patient : c'est de l'art, ce n'est plus de la science. Arrivés au moment où la dépendance s'est oubliée dans la banalisation de la prise quotidienne et stabilisée de méthadone, le couple médecin patient prend un coup de vieux. Que se dire encore... Effroyable paradoxe : la méthadone prive le médecin de sa drogue et l'invite sur des routes non balisées à la quête de sa propre identité. A lui de choisir : fonctionner comme une mécanique lucrative de distribution alimentée par sa position sociale privilégiée ou relever le défi de se retrouver humain, citoyen, être de parole face à un égal.

● La médecine finirait-elle là où commence le traitement ?

La logique quotidienne du médecin relève d'une dynamique principalement linéaire : un symptôme, un diagnostic, un traitement (ou produit), guérison. Infection, identification, antibiotique, éradication. Or, la méthadone ne nous dit rien sur ce qu'est la toxicomanie ou sa « guérison », elle ne

* Niveau d'exigence: quantité et lourdeur des règles que l'usager doit suivre pour être admis ou maintenu dans le programme thérapeutique.



nous apprend pas ce qui a enchaîné le consommateur à son produit, ni ce qui le pousse à vouloir s'en délivrer, ni ce dont il a besoin pour y parvenir. Si on tient à situer la méthadone par rapport aux médications, elle ne s'assimile pas au curatif mais à une prévention des complications médicales et judiciaires. Tout le reste est à inventer au jour le jour.

Le piège pour le généraliste sera de se laisser tenter par une simplification abusive telle que : « le traitement de l'héroïnomanie, c'est la prescription de méthadone ».

Tentation d'autant plus menaçante que l'idéaliste trépied d'approche médicale, sociale et psycho-thérapeutique n'est pas facile à déployer pour le praticien isolé qui doit développer des collaborations extérieures. Le patient lui-même n'est pas forcément demandeur et se contenterait volontiers de cette simplification, car il est souvent réticent à se tracasser de paperasserie ou de causeries sur sa petite enfance, attitude qu'il convient de respecter sans renoncer à la faire évoluer avec le temps.

Acculé aux limites de sa compétence, le généraliste ne peut qu'assurer le suivi médical et accompagner le patient vers un mieux vivre qui lui échappe...

La « prise en charge globale » médico-psycho-sociale pose en outre une question éthique au médecin. Promue comme la bonne attitude au plan thérapeutique, elle est aussi appuyée par l'Ordre des médecins. Contraint de tolérer la prescription de méthadone, l'Ordre des médecins requiert que le médecin envisage la nécessité de recourir à un suivi

psychosocial pour son patient. Certains voient dans ce conseil les restes de l'opposition de l'Ordre des médecins bien davantage qu'un souci du bien-être du toxicomane.

Cette discussion déontologique projette de l'ombre sur la question du droit d'ingérence du médecin dans la vie privée du patient. Peut-on conditionner une assistance médicale ? Peut-on la refuser au patient qui refuse l'intrusion « globale » du soignant ?

Au-delà se profile la question d'un choix de société : la méthadone relève-t-elle de la médecine ? En d'autres termes, le médecin a-t-il à dire

au-delà de la physiologie et de la pharmacologie ? Cette problématique relève de la définition des tâches dévolues au monde soignant. Enseignés par la pratique de terrain, nous pensons que la médecine ne peut être isolée de la vie et du contexte des patients et que c'est une des tâches essentielles des soins de santé primaires de s'intéresser à la santé et pas seulement à « la maladie ». Les soins aux toxicomanes n'y font pas exception.

● **Ou la méthadone projette une lumière crue sur les tares du système de soins...**

Médicaliser un problème de société est une pratique apaisante et fort courue en temps de crise, mais de moins en moins rentable car les systèmes de soins de santé entrent eux-mêmes en crise.

La liberté thérapeutique, la liberté de choix du médecin par le patient, la rémunération à l'acte permettent des soins efficaces au prix d'effets pervers bien connus : abus de traitement, surproduction d'actes médicaux, multiplicité des intervenants agissant parfois de connivence, parfois à l'insu les uns des autres, etc. Ces usages répréhensibles se rencontrent pour tous les types de soins. Les traitements de substitution prêteront donc le flanc aux mêmes critiques, mais ces derniers sont beaucoup plus fragiles que les thérapeutiques classiques, protégées par le bouclier d'une science inaccessible au commun des mortels. S'adressant à des personnes qu'une partie de l'opinion renverrait volontiers en prison (si le parc pénitentiaire et l'arriéré judiciaire le permettaient) plutôt que de les soigner, ils



forment une proie facile. Les mauvais usages dans les soins courants sont peu pourchassés et quand ils le sont, la responsabilité est imputée au soignant. Ils risquent d'être davantage visés dans le champ des soins aux toxicomanes et la responsabilité du soignant engagera non seulement sa personne, mais éclaboussera le principe même du traitement.

La volonté de contrôle sur les traitements n'est pas éteinte et se nourrira des pratiques douteuses. Elle se manifeste notamment par la résurgence périodique de bruits concernant l'obligation de fournir des listes de patients sous méthadone ou de contraindre les prescripteurs à se soumettre à des directives spécifiques. A moins qu'on ne résolve la question en décrétant que « le tox est un manipulateur » ?

● **La méthadone est-elle soluble dans le corps médical ?**

Il sera intéressant de voir évoluer l'attitude des généralistes face aux traitements de substitution. Car nous n'avons parlé que de quelques centaines d'entre eux qui ont intégré l'accueil des toxicomanes dans leur pratique courante. Parmi eux, certains ne fonctionnent plus comme généralistes, ayant choisi de se consacrer entièrement aux problèmes des usagers de drogues. Il s'agit d'un domaine fort vaste où les limites de compétence se font rapidement sentir. Se crée ainsi une nouvelle catégorie de généralistes développant leurs capacités principalement au plan psychothérapeutique ou en santé publique et délaissant la médecine générale.

A l'autre bout de l'éventail, la majorité des généralistes n'a pas suivi le mouvement et ne prescrit pas. Certains par crainte du « tox », considéré comme dangereux, dérangeant pour les autres patients ou insolvable. D'autres parce qu'ils sont peu confrontés au problème ou estiment qu'il s'agit d'une question à réserver aux intervenants spécialisés. Une dernière frange par réprobation morale. Ce comportement éclaté des généralistes désoriente les usagers et révèle combien est encore faible l'ancrage de l'accompagnement des toxicomanes.

S'il est inconcevable de pousser les médecins à une pratique qu'ils ne désirent pas exercer, nous pensons que les soins aux toxicomanes, y compris la substitution, ont leur place dans l'activité « ordinaire » du généraliste. Cette offre de soins présente en effet des caractéristiques qui font défaut aux autres structures et doit être préservée.

● **En se posant face au répressif, le curatif ne fait-il pas écran ?**

Quand ils ont commencé à prescrire la méthadone, les généralistes comblaient un manque, ce trou noir qu'est le patient - parfois connu depuis son plus jeune âge - pour qui on ne pouvait rien si ce n'est le renvoyer à un centre dont on savait qu'il ne pourrait l'accueillir avant longtemps. En plongeant sur la méthadone, les généralistes répondaient d'abord à leur louable instinct de soigner. Ils cautionnaient ainsi l'identité alternative de l'usager de drogue : justiciable ou malade. Renforçant le bipôle curatif-répressif, ils se positionnaient en tant que procureur de substitut face au substitut du procureur. L'injonction thérapeutique (les soins ou la condamnation) est l'archétype caricatural de cette alternative sans échappée.



La fréquentation des usagers allait leur apprendre que nombre d'entre eux n'ont ni le profil d'un hors-la-loi, ni celui d'un malade*. Victimes de la crise, de l'immigration, de drames intimes, de la perte des repères sociaux ou spirituels, de l'absence, de la pauvreté ou de l'argent tombé du ciel, ils se sont pris au piège de la dépendance. Que peuvent pour eux la justice ou la médecine ?

Le toxicomane qui fait appel manifeste le désir de se libérer d'un esclavage, de rejeter son statut de galérien. Peu importe que ses motivations soient égoïstes ou inavouables. C'est à une reconnaissance de son statut de sujet qu'il aspire. Sa demande de

* C'est peut-être une spécificité de plus de l'accueil des toxicomanes en médecine générale : la sélection naturelle d'usagers qui ne sont ni des « psychiatriques » ni des délinquants irrécupérables.



traitement est une demande à réintégrer son idée de la société, à y retrouver une place. Si décevante puise-t-elle être pour lui... ou pour nous.

Si face à une justice dont le rôle est de protéger la société, le médecin a pour mission d'assurer la santé de la personne, ne devrait-il pas se présenter non comme une alternative à la répression, mais comme relais vers (faute de mot moins galvaudé) plus de citoyenneté ?

● Verser la méthadone dans le tonneau des Danaïdes ?

Si le taux de toxicomanes dans une société est un indicateur de la toxicité de cette société, le rôle du soignant ne peut s'arrêter à son paillason. Inséré dans son quartier, témoin de ce qui s'y passe, le généraliste possède une connaissance pratique des difficultés de sa population. Quand l'enseignement se délabre et par son impuissance croissante célèbre la victoire de la violence sur le savoir, quand le désœuvrement organisé rend la réalité tellement vide qu'il faut la chercher hors du réel, quand plus aucune valeur n'a barre sur l'argent et que la drogue en est la voie royale... qu'y peut le généraliste ?

L'attitude la moins désespérante s'énonce : « on comprend qu'ils se droguent, aidons-les au moins à vivre le mieux possible avec la drogue ». Et ver-sons sans trop y penser la méthadone et notre bienveillance dans le tonneau sans fond... Une autre attitude serait de donner à notre travail de généraliste une dimension communautaire et politique plus importante. N'est-ce pas là le véritable défi que nous lancent les démunis et les toxicomanes ?

● Aspirine ou méthadone ?

Le traitement chez un généraliste constitue une option spécifique, différente et sans doute la plus appropriée pour certains patients.

L'efficacité de cette voie reste à évaluer. Les critères utilisés en institution (taux de rétention en traitement, taux de consommations ou de rechutes, ...) ne sont fiables que sur de grandes séries et disent peu sur les pratiques individuelles. La prévention et le traitement des pathologies liées à la toxicomanie sont davantage quantifiables et riches d'enseignement.

En retour, le généraliste accompagnant les usagers de drogues voit sa pratique interrogée, depuis sa propre relation aux produits jusqu'à sa place dans l'organisation de la société. Il en va ainsi lors de

tout contact avec des personnes « à la marge », exclus, agonisants, réfugiés, toxicomanes. On peut craindre que le généraliste se mette à prescrire la méthadone de la même manière qu'il prescrit l'aspirine... on peut aussi espérer que, prescrivant la méthadone, il ne puisse plus jamais prescrire l'aspirine de la même manière qu'auparavant. ●

Approche ethnopsychiatrique d'un jeune toxicomane d'origine immigrée

*Cécile Moorgat,
Psychologue,
(antennes Projet
Lama).*

*Raymonde
Saliba,
psychologue,
(D'ici et
d'ailleurs)*

L'ethnopsychiatrie est un cadre spécifique de prise en charge thérapeutique qui s'intéresse aux troubles liés, entre autres, à la migration.

Or, un nombre important de jeunes issus de l'immigration et vivant dans les milieux urbains présentent un symptôme qui se définit par une consommation abusive et récurrente de produits psychotropes, à savoir, la toxicomanie. Beaucoup de facteurs semblent avoir un impact sur les effets attendus par le consommateur : le contexte historico-culturel, le cadre de la prise de toxiques, le vécu de l'individu et son histoire personnelle et familiale.

Notre propos est de nous interroger, à travers un exemple clinique, au sujet de cet outil thérapeutique comme pouvant apporter de nouvelles ressources pour le patient usager de drogues.

Certes, la migration est en soi un processus traumatisant, impliquant une perte des repères culturels initiaux. Au niveau de la première génération, le contact avec le cadre nouveau de la société d'accueil, inconnu, semble être vécu comme étrange et menaçant.

Adopter un mécanisme défensif de repli sur soi peut être, notamment, une façon de réagir contre l'angoisse née de cette rencontre entre les différences. Une rigidification des codes culturels d'origine servira dès lors à préserver une identité fragilisée.

Souvent, la difficulté de la transmission tient à une reproduction formelle de ces codes érodés de leur sens originel. Cette faille risque de porter ses effets sur certains jeunes de la deuxième génération, manquant ainsi des repères structurants nécessaires à la constitution d'une identité stable. Ils sont en rupture de toute filiation et affiliation, ceci pouvant être une source d'angoisse et de conflits transgénérationnels et intra-psychiques.

Ainsi, la prise de psychotropes vient-elle combler un vide là où l'absence de contenant familial et

culturel ne permet pas l'élaboration et la transformation de ce vécu.

● Au départ d'une demande de traitement de substitution

Hayat est la troisième fille d'une famille de cinq enfants tous nés en Belgique. Elle fume de l'héroïne depuis l'âge de quinze ans. Plusieurs incarcérations liées à des faits de consommation déterminent le père à la bannir définitivement du foyer. Hayat conserve cependant quelques contacts sporadiques avec ses soeurs et rend visite à la mère à l'insu du père. Néanmoins, ces relations semblent conflictuelles à maints égards car teintées successivement de ruptures et de tentatives de rapprochements. Hayat exprime, à ce sujet, un fort sentiment de rejet marqué par un isolement, dont témoigne la solitude dans laquelle elle se trouve.

Hayat se présente à la consultation ambulatoire pour poser une demande de traitement de substitution à la méthadone avec prise en charge psychosociale. Elle est en crise aiguë et paraît fortement imprégnée de benzodiazépines. Elle révèle un comportement auto-mutilatoire en nous montrant de nombreuses coupures latérales superficielles et régulières sur ses avant-bras.

Au cours des deux mois qui précèdent ce premier contact, Hayat est hospitalisée trois fois dans un état comateux pour overdose de médicaments, dont un séjour en psychiatrie pour une période d'observation.

Son angoisse est teintée d'impressions diffuses, telle qu'une présence qui la suit, qui se glisse dans sa couche pour faire l'amour avec elle. A l'âge de douze ans, elle cumule des crises au cours desquelles elle essaye de se défenestrer. Adolescente, elle se met à se griffer et à se couper les bras. Rien ne peut l'apaiser que la vue du sang. Ces actes sont commis sous la contrainte d'une force dominante et incontrôlable ayant une emprise totale sur elle.

Ces éléments devaient pouvoir donner lieu à de multiples associations au cours des échanges ultérieurs avec la thérapeute. A ce stade de la relation, transparaisaient un vécu de perte, un sentiment de manque à être, et une absence d'ancrage familial et culturel, ne laissant pas de place à l'élaboration des conflits.

L'intérêt de faire appel au dispositif ethnopsychia-



trique résidait dans une volonté de réinscrire la patiente dans un système de significations en guise de contenant des angoisses, lui permettant ainsi de se restructurer en retrouvant un sens à ce qu'elle vit.

● Le dispositif ethnopsychiatrique

Il s'agit d'une consultation de groupe définie par un cadre métissé où se trouvent réunis plusieurs co-thérapeutes d'origine et de formation différentes. La référence à la langue maternelle des patients et aux codages culturels des dysfonctionnements figurent comme les vecteurs principaux de ce dispositif.

Les symptômes ne sont que la manifestation d'un désordre trouvant son origine, sur le plan des étiologies traditionnelles, soit loin dans la généalogie ou dans les mondes des non-humains (esprits, djinns, divinités, figures mythiques,...).

La consultation d'ethnopsychiatrie avec Hayat s'effectuait au rythme bimestriel, en alternance avec la prise en charge psycho-médico-sociale dans le centre ambulatoire, dans une sorte de complémentarité.

La consultation vise à déclencher un processus dynamique dans lequel la patiente s'implique personnellement dans une tentative de recherche de sens. Ainsi, afin d'inscrire Hayat dans son groupe d'appartenance, il a paru, dans un premier temps, essentiel de la situer dans sa famille élargie.

Nous observons que la patiente occupe, dès le départ, un statut particulier dans sa famille, de par les liens qu'elle aurait établis avec sa grand-mère au Maroc durant sa première enfance, contrairement à ses frères et sœurs restés en Belgique en compagnie des parents. C'est le retour dans le pays d'accueil qui marque une première rupture des liens affectifs. Hayat nous dira son impression qu'elle ne vivait pas dans le même rapport aux parents que le reste de la fratrie : une attention particulière lui était accordée, mais mêlée d'ambiguïté car souvent teintée à la fois de reproches et de désintérêt.

Le dispositif ethnopsychiatrique permet, en tant que groupe, de soutenir son vécu de solitude face à la perte des liens fondamentaux de son enfance jamais retrouvés. Cet espace thérapeutique vient contenir l'angoisse ainsi portée par la fonction d'étayage : le groupe lui est rassurant dans sa di-

mension pluri-ethnique car il permet une circularité tant de la parole que des hypothèses en rapport avec les diverses étiologies traditionnelles issues de la culture d'origine de la patiente. Souvent, ces interprétations sont données dans la langue maternelle de même que l'expression des émotions qui en découlent.

● Emergence de sens

Le travail mené avec Hayat a nécessité jusqu'ici plusieurs rencontres, chacune teintée d'un climat différent. Bien qu'elle ait, dans le cadre de son traitement de substitution, rapidement renoncé à consommer des opiacés, elle a eu souvent recours aux benzodiazépines, en fonction de son état de mal être. Cet état de conscience modifié par les médicaments rendait difficile l'élaboration intellectuelle et verbale durant la consultation. Cependant, sa sensibilité émotionnelle la rendait toujours réceptive au discours tenu sur elle entre les co-thérapeutes du groupe et ses thérapeutes référents du centre de soins. La parole élaborée autour d'elle la plaçait dans un réseau d'interactions évacuant tout vécu menaçant, pouvant être présent dans une relation interindividuelle. Pendant ces séances, le groupe assure une fonction de portage et dépose en la patiente certaines paroles agissantes restées latentes pouvant être ravivées lors des rencontres ultérieures.

Certaines consultations ont pu se dérouler dans des circonstances favorables à l'émergence de sens au travers des interprétations dans les moments où Hayat n'était pas sous l'emprise des produits.



La patiente décrit d'emblée sa difficulté par l'énonciation d'une causalité externe de par sa référence au djinn qui la possède. A ce stade, cette étiologie traditionnelle ne pouvait pas être fonctionnelle dès lors qu'elle n'était rattachée à aucun événement significatif de son histoire.

L'objectif de notre travail fut de l'accompagner dans sa quête des éléments constitutifs ainsi que des personnes clé, telles que sa grand-mère et sa tante, ayant influencé le cours de son existence. Il s'agissait aussi d'identifier la nature du ou des djinns qui l'habitent pour imaginer une négociation quelconque avec ceux de l'autre monde. Au pays, il existe des pratiques et des rituels de soins à l'encontre des diverses manifestations de possession. Dans notre cadre, le groupe a pu prescrire certaines actions tout en signifiant à Hayat l'importance de renouer avec sa grand-mère qu'elle n'avait plus vu depuis cinq ans.

Parallèlement, au cours du traitement, la naissance d'un fils portant son nom allait être à la fois source d'angoisse et détenteur d'espoir. La toxicomanie et la fragilité de Hayat se révélaient être un contexte à risque à l'occasion de cette maternité. C'est la raison pour laquelle il a fallu, d'une part, s'associer avec d'autres professionnels pour assurer la protection de l'enfant de manière à consolider les liens mère-enfant. D'autre part, dans la pensée traditionnelle, tout bébé doit être protégé des influences négatives et en particulier, tel que le fils de Hayat, celui qui ne peut pas être inscrit dans la lignée à laquelle il appartient.

En dernière séance, le travail effectué a permis à Hayat de décider de son retour au Maroc chez sa grand-mère à la recherche d'une bénédiction. Elle y accomplirait aussi les rituels nécessaires, lesquels, dans un double mouvement, permettraient à la fois de protéger son enfant, et, pour elle, de s'inscrire à travers l'ancrage de ce dernier dans sa culture. ●

COPPEL, A et BACHMANN, C, 1989, in « La drogue dans le monde », Paris, Albin Michel, coll. Points actuels, p 608.

DUBOIS J-A, 1992, « Toxicomanie et système d'accès aux soins », in Drogues et droits de l'homme, Genève, actes du colloque du 14/15 février 1992, Ligue suisse des droits de l'homme.

ERHENBERG, A, 1991, « Un monde de funambules », in « Individus sous influence - Drogue alcool, médicaments psychotropes », Paris, Editions Esprit, coll. Société, pp 5-29.

GOOSDEEL, A, 1992, « Gestion sociale et réduction des risques » in Toxicomanie, SIDA, Prévention; Bruxelles, Cahiers du Cediff, coll. En question, p 33.

JACQUES, J-P, 1992, « Le SIDA mental », in Toxicomanie, SIDA, Prévention, Bruxelles; cahiers du Cedif, p. 22-23.

JACQUES, J-P, avril 1991, « Le toxicomane et le généraliste : fait pour s'entendre », in Patient Care, Bruxelles, ICS, p 48.

LAGOMANZINI, P, 1991, « Approche communautaire et toxicomanie », Université de Paris XII, Département de sciences sociales.

MANCIAUX, M. et DESCAMPS, J.P, 1978, « La santé de la mère et de l'enfant », Paris, Flammarion.

NEIRA, R., 1991, « Et les toxicomanes ? » in Informations sociales, Paris, p 67.

POCHE, B, 1987, « Localité et subdivision spatiales du social : pour une définition culturelle » in Espace et société; Paris, n° 48/49; p225-238.

La réduction des risques et les soins médicaux

La toxicomanie est un problème complexe aux multiples facettes. Depuis longtemps, la société avec ses pouvoirs judiciaires et sanitaires a tenté de supprimer l'usage de drogues illicites. Le toxicomane est considéré tantôt comme un délinquant par la justice, tantôt comme un malade par la médecine. Cette position, vis-à-vis du consommateur a amené le monde médical à l'obsession thérapeutique : pas de salut en dehors de l'arrêt de consommation. Cette obsession de la guérison, vu le taux d'échecs thérapeutiques, a abouti à l'abandon d'un grand nombre de toxicomanes par les structures thérapeutiques. Ces toxicomanes « incapables » deviennent alors une matière première pour le système répressif : s'ils ne peuvent ou ne veulent pas guérir, qu'on les considère comme délinquants et qu'on les mettent à l'écart de la société !

Cet échec thérapeutique a amené les pouvoirs publics à investir de plus en plus dans le répressif et de plus en plus en amont du consommateur. L'exemple type est celui des Etats-Unis qui vont jusqu'à faire pression sur les pays producteurs quand ce ne sont pas des interventions directes. L'Europe prend la même direction et les intervenants qui collaborent le mieux au niveau européen sont les policiers.

L'arrivée du SIDA a ébranlé cette vision simpliste de la mauvaise drogue, du gentil drogué qui arrête de consommer et du méchant drogué qui continue et qu'il faut mettre au pas. Ainsi, l'incidence élevée du SIDA chez les toxicomanes injecteurs a obligé le monde médical à revoir sa copie : il ne suffit plus de sevrer le toxicomane compliant et d'abandonner les autres à la justice.

Dans toute la dynamique de la toxicomanie, le médecin doit aujourd'hui se repositionner et mettre momentanément de côté son idéal de sauveur ou « purificateur » pour revenir avant tout à son rôle de prévention et de réduction des risques au sein des soins de santé primaires.

La première priorité pour un médecin face à un toxicomane, bien avant l'arrêt de la consommation, est de préserver ou d'améliorer son état de santé... dit de manière plus prosaïque, de limiter la casse. Le toxicomane n'est plus alors, face au médecin un malade mental au comportement déviant, ni un délinquant moralement répressible, mais un usager de produits avec des conséquences physiologiques et psychologiques nécessitant une aide médicale.

La réduction des risques est une partie importante de cette demande et de ces besoins. Concrètement, on peut l'exprimer par la question suivante : « Comment consommer sans mettre ma santé (trop) en danger ? » pour le patient et « Comment dois-je être et que dois-je faire face à un usager donné pour qu'il préserve au mieux sa santé ? » pour le médecin.

Pratiquement, la réduction des risques dans une pratique de médecine générale c'est* :

- éviter la contamination par le virus du SIDA et des hépatites par des techniques d'injection appropriées ;
- éviter des interactions de produits pouvant être dangereuses ;
- dépister les hépatites et le SIDA.

Au niveau du mouvement ALTO, nous nous sommes investis dans cette réduction des risques, notamment par une collaboration avec l'asbl Modus Vivendi spécialisée dans ce type d'action :

- présence du docteur Jean-Baptiste Lafontaine au conseil d'administration de Modus Vivendi ;
- diffusion de huit milles brochures Hépatites-toxicomanie (avec la participation du docteur Baudouin Denis à l'élaboration de la dite brochure) ;



Dr. Jean-Baptiste Lafontaine,
médecin généraliste,
responsable du projet ALTO-SSMG.

** Cette liste n'est pas exhaustive; la réduction des risques dans son application est un travail créatif ou l'usager et le médecin sont partenaires, chacun amenant sa compétence.*

- publication d'articles dans la Revue de la médecine générale « Hépatite C » et « AIDS and drugs » ;
- participation des docteurs Baudouin Denis et Jean-Baptiste Lafontaine à un séminaire national sur l'hépatite C ;
- participation à un projet de Modus Vivendi pour permettre une vaccination gratuite des patients toxicomanes du réseau (ministère de la Santé publique).

Guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours. La devise d'Ambroise Paré (chirurgien français du 16^{ème} siècle) est toujours d'actualité. L'échec de la guérison (considérée comme l'arrêt de la consommation) n'exclut pas les soins médicaux aux usagers de drogues. Ces soins sont :

- le traitement de substitution ;
- le traitement et le dépistage des maladies liées à la toxicomanie : hépatite C et B, SIDA et autres troubles somatiques.

Nous n'insisterons pas sur le traitement de substitution : il est actuellement reconnu comme un traitement médical efficace, avec bien entendu ses limites.

● **Projet et perspectives**

Jusqu'à présent, le fer de lance du mouvement ALTO a été le réseau constitué des groupes locaux. Ces groupes locaux étaient à l'origine des groupes de formation. Ils se sont au fil du temps transformés en groupe d'intervisions mais la fréquence de ces groupes d'intervisions est déclinante.

Les médecins de ces groupes s'estiment compétents et n'éprouvent pas le besoin de fréquenter ces groupes, ce qui n'implique en rien une diminution de leur activité clinique (le nombre de patients en traitement ne cesse d'augmenter : actuellement trois mille).

Nous pensons cependant que tout doit être mis en place pour maintenir et améliorer la qualité des traitements. Si le groupe d'intervisions est « la voie royale », il ne convient pas à tous. D'autre part, un nombre croissant de médecins généralistes suivent des patients toxicomanes sans avoir suivi la filière de formation ALTO et le traitement de substitution rentre dans la pratique standard du généraliste.

Le mouvement ALTO n'est pas étranger à cette tendance, nous avons animé de nombreux dodécagroupes et plusieurs responsables ont présenté le traitement de substitution lors de réunions médi-

cales. La qualité du suivi par les médecins « formés sur le tas », si elle est relativement bonne, peut parfois être améliorée.

Voici différents outils que nous avons utilisés ou que nous pourrions mettre en place :

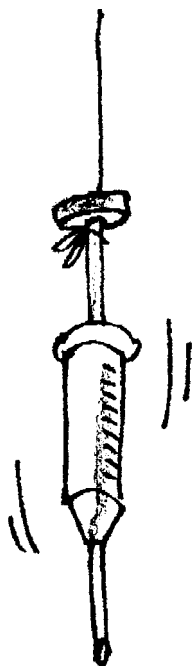
- articles dans les « gazettes médicales » ;
- articles de « fond » dans la Revue de la médecine générale ;
- le bulletin de liaisons ;
- les dodécagroupes ;
- les grandes journées de la Société scientifique de médecine générale ;
- les séminaires de la Société scientifique de médecine générale ;
- les informations auprès des étudiants de 4^{ème} doctorat en médecine ;
- les informations auprès de jeunes médecins en voie de spécialisation de médecine générale ;
- les stages de médecine générale ;
- groupe de formation par région ;
- les soirées à thème.

Dans les trois années à venir, nous allons repenser notre action en fonction des différents publics médicaux :

- les médecins du réseau : médecins ayant suivi la formation et fréquentant des groupes d'intervisions ;
- médecins en demande de formation mais qui ont raté le train en marche ;
- les médecins sensibilisés à la problématique de la toxicomanie, suivant des toxicomanes ou prêts à suivre des toxicomanes, mais ne désirant pas s'investir dans un groupe d'intervention ;
- l'ensemble des médecins généralistes prêts à s'informer sur la problématique, qui désirent des outils simples ou des informations pour orienter les toxicomanes qu'ils rencontrent dans leur clientèle, mais ne désirant pas assurer des traitements de substitution.

Enfin, nous allons recentrer notre action en fonction des niveaux de demande. En effet, les niveaux de prise en charge sont variables : niveau basique vers spécialisé :

- dépistage hépatite B, hépatite C et SIDA et formation à la prévention, notamment en insistant sur l'importance de la vaccination de l'hépatite B et l'usage safe de la voie intraveineuse ;



- notions pharmacologiques élémentaires sur les drogues les plus utilisées : cannabis, héroïne et cocaïne. Comment gérer cette information face aux demandes de l'usager, de sa famille et de son entourage ?
- orienter les différentes demandes pouvant atterrir dans un cabinet de médecine générale :
 - quand proposer un traitement de substitution ;
 - connaissance des différentes structures dans le domaine de la toxicomanie ;
 - répondre aux demandes d'information des parents : « mon fils fume du H, que faire ? »
- interventions médicales :
 - sevrage héroïne ;
 - traitement de substitution ;
 - sevrage benzodiazépines ;
- accompagnement du patient toxicomane :
 - point de vue médical : prise en charge et orientation des différentes pathologies ;
 - point de vue social : orientation vers les structures d'aide et collaboration avec celles-ci ;
 - point de vue psychologique : formation à l'écoute ;
 - point de vue judiciaire : collaboration avec les commissions de probation ;
 - point de vue carcéral : continuation du suivi en milieu carcéral. ●



Etat de manque et manque d'état

Articulation du médico-psycho-social et du communautaire dans le champ de l'usage de drogues

Anne-Françoise Raedemaeker, philosophe, coordinatrice Antennes du Projet Lama.

Nous sommes concernés par la grande majorité de notre population qui, contrariée par le manque d'intérêt ou d'opportunité ou les deux, ne participe pas à la responsabilité de sa citoyenneté et est résignée à vivre sous la tutelle des autres.

(Alinski, 1972)

L'état de manque : le modèle thérapeutique en toxicomanie, origine, postulats, limites

En Belgique, le champs des dispositifs spécialisés pour toxicomanes se structure depuis plus de dix ans. Il s'inscrivait dans un contexte sensiblement différent de celui qui nous apparaît à présent.

Dans les années septante, on voyait fleurir une contestation des valeurs promues par la société des pères, soutenue par des stars du rock et s'accompagnant d'une consommation de drogues symbolisant cette révolte. La toxicomanie apparaissait comme un phénomène minoritaire, lié à des pratiques marginales et dont les causes sociales ne semblaient pas prédominer. Ce problème relevant de la santé mentale exigeait une prise en charge adressée à l'individu toxicomane.

Actuellement, le phénomène de la toxicomanie s'est étendu, prolétarisé et est étroitement lié aux problèmes socio-économiques de nos sociétés. Des quartiers entiers sont touchés par la drogue. La consommation est individuelle dans un groupe de pairs et à l'image de la société post-moderne (Lipoveski). De plus en plus, les jeunes usagers vendent la drogue avant de la consommer, signe que leur convoitise s'adresse aussi bien à ces petits objets rutilants toujours nouveaux et également démodés que propose la société de consommation (Ch. Melman). On pourrait l'appeler « le phénomène de la Reebok ou de la golf GTI ».

La consommation de drogues est révélatrice d'une société où se radicalise l'inégalité des chances, tant économiques qu'éducatives. Les décisions des pouvoirs publics ne sont pas sans rapport avec le

développement d'une consommation de masse des drogues, de l'extension de leur marché, voire d'une mafia qui parasite nos démocraties. Ce qui fait sans doute la popularité d'un discours sur la drogue, c'est qu'elle menace celui qu'on peut appeler l'honnête homme dans son épargne laborieuse et candide.

L'enjeu sécuritaire et sanitaire nourrit donc largement le discours politique. La propagation du SIDA par voie intraveineuse interroge les experts de la santé publique. La répression accentue l'exclusion des usagers et menace dangereusement le bien-être des citoyens.

Récemment, le souci de privilégier le contact avec les usagers prend le pas sur le modèle thérapeutique qui attend la demande. Comme le disent A. Coppel et C. Bachmann, (1989), « exiger un monde sans drogues, c'est préférer une aberration... Le dragon renaîtra toujours de ses cendres. Plutôt que d'espérer l'anéantir, mieux vaut le dresser ».

Désormais, plutôt que d'imposer à l'usager de drogues de se soumettre ou de mourir, il faut mettre en place des politiques de normalisation qui visent à maintenir coûte que coûte le contact avec des citoyens exclus de la société.

Ces débats politiques suggèrent d'autres stratégies en matière de services aux toxicomanes. Déspecialisation, facilité d'accès aux soins, mobilisation médiatique, santé publique et gestion-réduction des risques en matière de SIDA, criminalité, rapport à la pauvreté sont autant de critères qui s'imposent de façon impérative.

● Brève description du modèle d'intervention tel qu'il a été pratiqué et se pratique encore en Belgique

Il s'agit le plus souvent d'une institution spécifique ou d'un service hospitalier spécialisé qui rassemble un groupe multidisciplinaire d'intervenants spécialisés. Le traitement médical vise l'abstinence, immédiate ou différée, tout en ouvrant des perspectives de réinscription familiale et sociale et un certain questionnement du sujet. Le psychiatre entouré de consultants spécialisés (psychologues, assistants sociaux, infirmiers, éducateurs, juristes,...) travaille en coordination avec ces différents projets qui préparent la sortie du patient hors du circuit hospitalier ou médical.

Que la prise en charge se situe au niveau de l'hôpi-



tal, du centre de traitement ambulatoire ou de la communauté thérapeutique, deux traits la caractérisent :

1.— Cette prise en charge est un modèle centripète qui attire à lui les savoirs-faire et pouvoirs-faire (Bourdieu) en matière d'aide aux personnes. L'institution fonctionne comme une clôture résidentielle qui protège le toxicomane de son milieu de vie et peut-être la société de son symptôme.

Un effet involontaire de ce type de soins peut être la confirmation de la stigmatisation du toxicomane (le « vrai » problème, c'est sa toxicomanie) par l'entourage, le personnel soignant, le quartier. Cette stigmatisation a pour origine la conception juridique (hors-la-loi) et morale (l'esclave volontaire d'un produit, ou la mauvaise volonté du toxicomane) des usagers de drogues.

On peut supposer que cette situation provoque l'identification, c'est-à-dire que l'être de la personne se résume dans cette formule : « je suis toxicomane ».

En outre, l'institution force la rencontre des toxicomanes entre eux de façon non maîtrisée et provoque, selon les dires des patients, des rechutes. Paradoxalement, alors qu'il s'agit d'une approche individuelle (la thérapie), les effets de groupe prédominent, insidieusement issus d'une « surpopulation » dans la salle d'attente ou le service hospitalier.

2.— L'institution thérapeutique interroge la responsabilité subjective d'un usager de drogues dans le monde : il s'agit de tenter de défaire avec le toxicomane l'imbroglio qui l'a conduit à cette identité très particulière - être toxicomane - afin d'atteindre à l'origine existentielle où un choix inconscient s'est produit comme seule réponse possible ou accessible à ce moment précis.

Sans doute s'agit-il d'un travail nécessaire si l'on veut se donner les moyens de comprendre pourquoi maintenant ce toxicomane désire changer sa vie ou simplement arrêter une consommation problématique.

Ce dispositif n'entre pas nécessairement en interaction avec le tissu social qui supporte un phénomène épidémique et aussi les rechutes dès qu'il s'agit de retourner dans son quartier.

Ce type de modèle ne s'adresse pas non plus aux

conditions de surgissement du « phénomène drogue » (exclusion scolaire, désinvestissement parental, groupe de jeunes rejetés à la rue...) et ne peut que soutenir de façon sporadique le travail de prévention.

Le domaine du thérapeute est celui d'une toxicomanie reconnue par l'usager (le plus souvent lorsque celle-ci devient socialement problématique : perte d'emploi, risque d'incarcération, rupture avec le conjoint, etc.) et par là le travail avec la personne devenue désormais le patient désigné.

● Conclusion partielle : état de manque

Actuellement, les origines sociales de la toxicomanie nous semblent être la pauvreté, le sous-emploi d'où l'existence d'une population à risque grandissante, l'effritement des transmissions culturelles. La toxicomanie est la solution que trouvent des individus à des conditions de survie.

L'état de manque au sens entendu ici est celui où les pouvoirs politiques font aveu d'impuissance à répondre à la problématique sociale comprise dans son ensemble.

L'institution spécialisée est coûteuse en énergie et en subsides sans pour autant agir sur les faiblesses sociales réelles où se greffe le phénomène de la toxicomanie. Ce

coût entraîne l'Etat à limiter ce genre d'initiative institutionnelle, ce qui a pour conséquence de conditionner un accès élitiste aux centres spécialisés dont le nombre est restreint par la force des choses, sans parler de la liste d'attente dont toutes les institutions sont pourvues, ni des entretiens préliminaires avant d'être - ou non - admis en traitement.

La désintoxication, paradoxalement, « ce n'est pas l'abstention, même prolongée, de drogues. C'est une position face à la difficulté de vivre qui postule la parole avec l'autre là où avant il y avait la chimie. »
(Dr Jean-Pierre Jacques, 1991)

Programmes à bas niveaux d'exigence : manques de l'Etat

Entendons la réduction des risques tels qu'ils sont compris par la politique de l'Etat : tant ceux liés au mode d'utilisation (seringues) et les effets nocifs des produits eux-mêmes que les nuisances subies par la population et l'environnement. La réduction

des risques part de l'idée que certains toxicomanes ne sont pas prêts à abandonner les drogues mais doivent néanmoins conserver leur droit à la santé. Il s'agit d'ailleurs bien plus, comme le dit Jean-Alain Dubois (1992), de « l'esprit ou du contexte de l'illégalité ».

Dans un contexte où la conceptualisation de la toxicomanie est le plus souvent irrationnelle, « l'aide et le respect sont ressentis comme une incitation à se droguer et une caution à la toxicomanie... C'est une conception pédagogique rédemptrice qui veut que plus le toxicomane souffrira, plus il sera proche de l'enfer, plus sa motivation à en sortir sera grande ».

Cet impératif nous amène à remettre en question les clichés du toxicomane menteur, manipulateur... mais aussi le modèle moral qui consiste à exiger du toxicomane sa bonne volonté de guérir et d'être abstinent, au profit de l'idée d'un citoyen ayant des droits à la santé y compris dans sa consommation de drogues, et à qui sont imposées des exigences accessibles et acceptables (Erhenberg).

Dans une perspective pragmatique, nos voisins néerlandais ont mis en place différents services

Le contexte d'urgence avec lequel les professionnels de la santé sont amenés à devoir participer aux questions sécuritaires, sanitaires voire humanitaires ne doit pas nous empêcher de réfléchir sur les enjeux éthiques.

destinés à gérer les problèmes de santé publique liés à l'usage d'héroïne par injection : ainsi, toute personne héroïnomane peut recevoir de la méthadone à con-

dition de voir son médecin une fois par trimestre pour certains. Un bus circule dans quelques grandes villes et assure une dispensation de méthadone buvable et un service d'échange de seringues. Un médecin généraliste sur deux dans une ville comme Amsterdam est relié au réseau coordonné d'aide aux toxicomanes.

Nous pouvons interroger les enjeux sociaux, en terme de désignation ou d'identification des groupes problématiques au yeux de l'ensemble des citoyens, qui se déploient sous couvert de bonnes intentions.

Quels sont les effets de discours cachés par ce principe d'urgence ?

Dans un article sur le modèle hollandais de réduction des risques, A. Goosdeel (1992) pointe le paradoxe sous-jacent aux bonnes intentions de cette politique : « Le souci de privilégier le contact, de

vouloir maintenir une relation, de garder à l'autre une place dans la société, fut-il usager de drogues, est certes louable, et n'est pas sans conséquences positives pour les intéressés. Mais il s'agit aussi, et par tous les moyens, de chercher à décourager toute tentative d'affirmer une différence qui serait insupportable par sa radicalité et son excès... ce qui revient à dire : tu peux être différent mais comme tout le monde ».

En mettant en place uniquement des dispositifs de techno-prévention (bus méthadone, échanges de seringues, distribution de préservatifs,...), en affirmant avoir les toxicomanes sous contrôle, ne risque-t-on pas de confirmer les clichés et les craintes, fondées ou non, des citoyens hollandais, à savoir la présence menaçante des toxicomanes aux frontières du social ?

S'agit-il de mettre en place un super-système, à la mesure de l'inquiétude qui empêche notre honnête homme de dormir, qui vise à circonscrire le danger mais aussi à le désigner comme étant le fait d'un groupe de personnes inconscientes, voire de mauvaise volonté ?

On ne voit pas bien comment les mécanismes d'exclusion sociale sont entamés par ces dispositifs. En quoi un policier, un voisin, un parent sont amenés à mieux comprendre l'altérité radicale que leur semble représenter l'existence d'un toxicomane dans leur environnement ? Inversement, s'agit-il là d'un mieux-vivre avec l'autre pour l'usager de drogues ?

« L'une des limites que rencontre la médecine dans son pouvoir tient précisément au parasitage de sa démarche objective par le subjectif du malade... Il restera pourtant un malentendu fondamental en ce que prévenir la mort, c'est déjà l'annoncer. A quoi le sujet peut décider - à son insu - de rester sourd ». (J-P Jacques, 1992)

Cette citation pointe la nécessité d'initiatives riches en ressources humaines et non en dispositifs techniques lorsqu'il s'agit de conduites qui relèvent de nos choix fantasmatiques intimes, même lorsque ceux-ci s'habillent de clichés sociaux.

Notre hypothèse de travail est donc l'insertion d'un service dans des quartiers populaires qui cumulent les problématiques, ... un quartier où habitent de nombreux toxicomanes, où on vend et consomme de la drogue de façon importante, une situation où

ALORS COMME CA, NON
SEULEMENT VOUS VOUS
DROGUEZ, MAIS EN PLUS
VOUS ÊTES PAUVRE, MALADE
ET IMMIGRÉ ... VOUS N'AVEZ



tout intervenant social est directement et quotidiennement interpellé par une demande d'aide et où une des ressources économiques de la jeunesse est la vente de produits psychotropes.

D'un point de vue sociologique et clinique, le toxicomane n'est que la face visible de l'iceberg et la toxicomanie n'est pas uniquement le reflet d'une génération aux abois : elle est aussi produite par les conditions de l'illégalité des produits utilisés, et les choix sociaux et politiques qui leur préexistent.

Le médecin est confronté brutalement au résultat d'une situation sociale qu'il ne maîtrise pas. Cette situation sociale conditionne les caractères aggravants des rechutes et des échecs des traitements.

Là où la solidarité sociale fait place à une solidarité mafieuse, où un revendeur donne du travail à tout un quartier, fidélise ses vendeurs en leur offrant une consommation à peu de frais et se fait respecter en mettant en place la loi du silence, le processus thérapeutique doit s'adresser à un nouvel objet d'attention : un quartier en difficulté.

Comment assurer un dispositif complémentaire,

différent d'une stratégie positiviste de santé publique ? Comment chaque intervenant dans son quartier peut-il offrir un temps de parole à ce qui se joue au delà des clichés, et faire entendre une cause qui se dit elle-même perdue d'avance ?

L'aide sociale doit être dispensée à partir de quelque chose de plus local que l'aide sociale de l'Etat central : « sur base des débats internes aux groupes locaux qui ont pour enjeu les codes nécessaires au fonctionnement quotidien des groupes et à l'intégration des stratégies des acteurs » (POCHE, 1987).

Il s'agit d'aborder un autre aspect de la réduction des risques, à savoir le risque d'entretenir des discours nocifs sur la toxicomanie entraînant l'exclusion et la stigmatisation dudit toxicomane.

Comment le travail social et la médecine peuvent-ils sauvegar-

der leur éthique et leur autonomie face à des exigences de paix sociale entendues comme des initiatives du moindre mal ? Sans nier la nécessité des initiatives d'urgence dont nous avons parlé plus haut, nous pouvons nous demander si celles-ci ne sont pas insuffisantes non quant à l'énergie qu'elles déploient mais quant à la façon dont elles l'investissent.

Il nous semble que la responsabilité de l'intervenant en toxicomanie doit ici offrir une alternative à deux niveaux.

Manques de l'Etat et société civile

Face aux manques de l'Etat, la société civile peut se constituer partie prenante d'une politique de réduction des risques (et des dégâts) au sens où nous l'avons entendu à présent. En somme, il nous apparaît que ce manque de l'Etat est structurel et que ce genre d'initiative ne peut être construit qu'à partir de la volonté et de l'initiative du citoyen sachant qu'il a à prendre place dans la cité et à défi-



nir lui-même ses responsabilités dans la société civile.

● **Première alternative : la mise en place de réseaux non-spécialisés**

L'expert doit se proposer comme référent ressource auprès des travailleurs des réseaux d'aide non-spécialisés afin d'éviter le recours systématique au centre spécialisé et à l'hospitalisation.

Il s'agira de soutenir des réseaux pluridisciplinaires qui sont chronologiquement les premiers à recevoir les demandes d'aides. Ces demandes ont l'avantage de n'être pas encore figées dans l'identité d'emprunt « toxicomane ».

Les intervenants ont donc non seulement un mandat en matière de traitement mais également en matière de prévention (avant la crise d'urgence, avant une toxicomanie, avant l'exclusion).

Sous la forme de groupe pluridisciplinaire, l'expert peut dynamiser des réseaux et permettre à ces travailleurs de se rencontrer autour d'une réflexion clinique structurée par lui. Il n'est pas celui qui détient des solutions miracles quant à la prise en charge de toxicomanes, mais qui permet qu'un questionnement se fasse jour là où des certitudes empêchent de travailler.

Il s'agit de redonner à l'intervenant une confiance suffisante pour écouter et entendre, questionner à son tour plutôt que précipiter l'autre dans des réponses impersonnelles. Ces groupes de travail permettent aux intervenants de se compléter et de coordonner leur travail.

Ces travailleurs « généralistes » - médecins de famille, assistants sociaux de CPAS, éducateurs de maisons de quartier, enseignants, centres de santé mentale, accueillants des maisons d'hébergement, responsables de la réinsertion professionnelle, policiers...- ont un rôle déterminant dans les mécanismes d'exclusion.

Nous postulons que le simple geste inaugural qui consiste à référer à un spécialiste est problématique. Que ce soit le médecin de famille ou l'éducateur, ceux-ci détiennent une connaissance intime de la personne, de sa famille, de ses relations, de son quartier qui permettrait de comprendre dans quel contexte surgit la problématique. En tous cas, l'usager de drogues suppose à ceux-ci un savoir et préfère souvent s'adresser à quelqu'un qu'il connaît.

Pour l'intervenant, il s'agit parfois de se débarrasser d'une personne considérée comme incurable. Le plus souvent c'est un aveu d'impuissance sous-tendu par une image stéréotypée de l'individu re-

connu par son symptôme et non plus comme une personne (si c'est un toxicomane, je ne peux que le référer au spécialiste). Ou encore une incompréhension de la demande. Pensons aux adolescents qui harcèlent les médecins de demandes de prescriptions. Le médecin apprend à ses dépens à s'en méfier tant et si bien qu'il n'a plus l'occasion d'écouter et de provoquer le dialogue avec eux. En somme, il s'agit d'un malentendu où le généraliste, comme Candide, cherche dans le monde entier la solution à son problème alors qu'elle était enterrée dans son jardin.

Cette mauvaise perception de l'usager de drogues freine le travail de l'institution spécialisée. L'usager de drogues sera de toute façon confronté à ces intervenants dès sa sortie. Il est difficile de parler de la responsabilité que le sujet prend dans sa docilité à une identification si





celle-ci est également reconnue par les intervenants de terrain.

En outre, ceux-ci détiennent ce que nous avons appelé avec Bourdieu les pouvoirs-faire, soit des savoirs-faire de type décisionnels dans la réalité quotidienne : un éducateur qui se sent le devoir d'exclure un jeune parce qu'il s'est drogué, un policier convaincu qui continue à harceler un usager de drogues sevré et réinséré, un pharmacien qui reçoit le toxicomane de façon à ce qu'il ne revienne plus, etc. Le travail en réseau nous semble donc une condition indispensable à la deuxième alternative.

● Deuxième alternative : le travail communautaire

L'optique communautaire part d'un triple constat :

1. Les populations défavorisées sont marginalisées avant la toxicomanie et accèdent difficilement aux soins;
2. L'angoisse et la culpabilisation de l'entourage produisent des phénomènes d'aggravation;
3. Le manque de réponse de la population dû à la peur, l'ignorance ou l'impuissance, donne le sentiment de démission collective devant ce « fléau inévitable ».

Ces constats amènent à concevoir une démarche d'échange avec les institutions mais également avec la population, ce qu'on a appelé les non-professionnels.

La perspective communautaire entend insérer le travail thérapeutique en partant d'une vision élargie du concept de l'usager de drogues, celui-ci ne se limitant pas au toxicomane.

La toxicomanie dans les quartiers populaires est liée au phénomène de la délinquance, de la revente et ces populations sont usagères de drogues à plusieurs titres. Etre dépendant d'une drogue est une des formes de consommation de celle-ci. Les enfants sont consommateurs lorsqu'ils reçoivent de l'argent en récompense pour avoir apporté « un petit paquet à un monsieur ». De même, celui qui s'occupe de la revente de matériel volé par des toxicomanes en besoin d'argent.

Un projet thérapeutique communautaire implique de répondre à une demande mais également de créer une participation de la population où il pourra y avoir prise de responsabilité.

« Le préalable de toute politique permettant de réintégrer les toxicomanes, socialement et psycho-

logiquement, consiste à dépasser les images de l'épave sociale ou du dragon à l'assaut de la société pour les considérer comme des citoyens 'normaux' auxquels sont imposées des exigences 'normales' et à qui l'on offre des chances 'normales' » (Ehrenberg, 1991).

● Approche communautaire de la santé

Si la démission est du côté de la population, la première condition est de s'adresser à tous et d'encourager chacune des personnes concernées par la toxicomanie de son quartier à s'impliquer dans une réflexion de « santé communautaire ».

« Il y a santé communautaire quand les membres d'une collectivité géographique ou sociale réfléchissent ensemble sur leurs problèmes de santé, expriment des besoins prioritaires et participent activement à la mise en place et au déroulement des activités les plus aptes à répondre à ces priorités » (Manciaux, Deschamps, 1987).

Créer des centres spécialisés dans un quartier problématique peut avoir pour conséquence de démettre la population de sa place d'acteur et d'aggraver le symptôme d'exclusion des usagers de drogues. Un centre qui ne prendrait pas en compte la réalité d'un quartier qui focalise ses problèmes autour des toxicomanes risquerait d'empirer la tension sociale en reconnaissant le traitement du toxicomane comme « la solution ».

Au contraire, l'approche de santé communautaire reconnaît l'usager de drogues comme quelqu'un à part entière dans un quartier et non comme une infection à traiter. L'usager de drogues doit être réintégré dans son quartier grâce à la mise en place de réseaux de solidarité.

Il s'agit de créer des liens entre le savoir et l'utilisation de ce savoir pour parvenir à un changement de conduite nécessaire à la mise en place de réponses ou un changement d'interaction entre le sujet et son environnement. Le savoir de l'expert extérieur active dans une dynamique dialectique le savoir naturel de la communauté. Le rôle du travailleur social est « de se saisir de la demande exprimée comme d'un fil conducteur pour remonter aux besoins réels » (Lagomanzini, 1991).

Dans cette perspective de santé communautaire, l'intervention en toxicomanie ne peut se limiter dans des quartiers problématiques à répondre aux

demandes d'accueil et de soins du toxicomane et de sa famille c'est-à-dire de s'adresser uniquement aux « patients désignés ».

La toxicomanie n'est pas seulement un problème de santé : le but de l'action communautaire est aussi de comprendre la toxicomanie comme un effet de discours, comme un enchevêtrement de stéréotypes qui ne reflètent pas ou trop partiellement une réalité. Il faut permettre l'éclosion de nouveaux discours, c'est à dire pouvoir aider des parents, des amis, des voisins et non les fuir parce qu'il y a dans cette famille un problème de toxicomanie.

Il ne s'agit donc pas d'un système ayant pour critère d'action l'abstinence mais bien plutôt le mode de relation installée entre le toxicomane et son lieu de vie, quelque soit sa consommation.

● **La place de la méthadone dans un projet communautaire**

Le recours au traitement de substitution permet dans ce contexte de créer un contact durable avec le centre; cependant, on peut s'interroger sur la popularité dont bénéficie pour l'instant la méthadone.

Il ne s'agit pas de faire du produit de substitution « un substitut à la relation avec les usagers de drogues, substitut à la relation thérapeutique, substitut à une analyse approfondie des conditions sociales et économiques dans lesquelles se développe et se propage l'usage de drogues (...) mais d'investir dans les hommes et les rapports humains plutôt que dans des dispositifs qui tendent à occulter par leurs artifices la réalité d'un tissu social en souffrance » (Goosdeel, 1992).

● **Place des citoyens en ce compris les usagers de drogues**

L'utilisateur de drogues a un rôle à jouer, non en tant que membre d'une catégorie pathologique homogène mais en tant que citoyen : quel est ce rôle ? Peut-être est-ce celui de témoigner par son existence que toute dissidence à la légalité ne signe pas une maladie mentale, pour le moins, ni non plus la place d'un héros rebelle.

Chacun, en tant que citoyen, - usager de drogues, familles, voisins, travailleurs de la santé, ...- interroge la loi et intervient dans ses principes de production : il n'est pas seulement sujet de droit dans l'obligation de se soumettre aux lois, mais s'inscrit dans le mouvement de lois positives et non éternelles.

Inviter chaque individu à prendre sa place et ses droits, élaborer avec les usagers de drogues les décisions qui les concernent, s'adresser aux conditions de l'exclusion sont les axes du travail communautaire. L'intervention communautaire prend sa source dans des initiatives à chaque fois uniques, selon les terrains qui l'alimentent et les ressources locales et sans qu'elle soit jamais comme telle exportable.

Pratiquement, le centre d'aide n'est plus un service mais une plate-forme autour d'un intérêt commun : vivre dans son quartier. Ceci signifie qu'il faut mettre en place une dynamique comme un groupe de parole qui soit suffisamment conscient que la toxicomanie n'est qu'une forme minoritaire parmi les problèmes liés aux drogues, problèmes scolaires, familiaux, de justice, de santé, d'insertion socio-professionnelle, de pauvreté.

Cette mobilisation doit conduire les habitants à prendre en charge eux-mêmes les projets qui leur semblent indiqués et le travailleur social n'est plus alors que celui qui coordonne ou apporte les ressources techniques au projet.

« Ainsi se dessinent les fondements d'un mode de gestion du problème de la drogue au sein d'une communauté dans lequel les toxicomanes ne sont plus seulement l'objet d'attention ou de rejet, mais sujets responsables, partenaires à part entière » (Neira, 1991). ●

Après tout...

Salle des pas perdus de la gare du midi à Bruxelles, un stand de quelques panneaux et tables qui expose des tableaux de peinture de tous genres, des poteries, des gravures, des livres et des revues... C'est là que le responsable de l'asbl « Après tout », monsieur Merch, nous a donné rendez-vous.

- **Santé Conjuguée :**

Votre affiche l'annonce, « Après tout » vise à la réinsertion des ex-toxicomanes et des malades du SIDA. Comment est née cette initiative et en quoi se différencie-t-elle d'autres ?

Après-Tout : C'est moi qui suis à l'initiative de cette asbl, suite à des difficultés dans mon parcours personnel à pouvoir vivre la possibilité d'exprimer des goûts artistiques et culturels dans des centres de postcure, et particulièrement au Patriarce : on ne me laissait pas la place libre pour l'écriture, le dessin ou la peinture.

Des amis m'ont convaincu et aidé à lancer cette asbl dont la caractéristique est effectivement de soutenir la démarche de réinsertion à travers un appui au goût artistique, au talent quelque fois d'ex-toxicomanes et/ou porteur du virus du SIDA. Cela remonte à quatre ans.

- **SC :** « Soutenir la démarche de réinsertion », ça veut dire quoi pour vous ?

AT : Pour les ex-toxicomanes ou les séropositifs, la réinsertion ou le maintien d'une insertion sociale est un problème qu'ils vivent quasi tous; le coût des traitements est encore prohibitif !

Notre option est de contribuer à ce qu'ils prennent en main leur destin, qu'ils soient acteurs de leur propre vie. Parmi cette population, Après tout soutient et aide à s'épanouir les talents artistiques.

C'est une manière de renforcer la confiance en eux, de montrer qu'on a confiance, de valoriser financièrement un talent. Le retour à la vie sociale, ce n'est pas que le bureau ou l'usine...

- **SC :** Concrètement, quelles sont les conditions d'accès à votre asbl et quelles sont les services qu'on peut en attendre ?

AT : Etre ex-toxicomane et/ou séropositif et avoir un goût artistique qu'on souhaite développer et vous pouvez vous adresser à l'association. Après un accueil auprès d'un des responsables, l'intéressé construira un projet qui sera contractualisé pour une première période de trois mois.

L'association pourra dès lors mettre à disposition des locaux, du matériel et des ateliers de peinture, de sculpture, de gravure, de vidéo et d'informatique. D'autre part, elle peut apporter une aide logistique à ces membres comme des chauffages d'appoint pour l'hiver, une camionnette pour des transports divers, etc.

- **SC :** Des manifestations comme-celle ci dans les gares sont l'occasion de présenter des réalisations de vos membres et donc vos activités...

AT : Exactement, et aussi de vendre des toiles ou des réalisations artistiques de manière à, d'une part, valoriser financièrement les membres et d'autre part à alimenter les caisses de manière à permettre des achats d'équipements.

Ceci dit, nous essayons plutôt de transformer le produit financier de la vente des oeuvres en soutien à la réalisation de projets : voyages, aménage-



ments, expositions. Mais on ne peut évacuer la réalité des besoins de l'asbl pour pouvoir fournir du matériel, et les besoins des individus de se doter d'un complément de revenus.

- *SC : La réinsertion sociale de la population qui vous contacte concerne de multiples aspects et de multiples secteurs. Quels sont vos rapports avec les autres acteurs de cette démarche : services sociaux, centres de prise en charge de toxicomanes, pouvoirs publics ?*

AT : Deux de nos exigences rendent les rapports difficiles avec les services, comme les CPAS par exemple ou avec les centres de cure.

La première est notre choix de travailler avec des ex-toxicomanes et de ne plus accepter les personnes sous méthadone ; nous avons eu trop de mal à les faire partager les mêmes règles que ceux qui avaient complètement décroché. On a essayé près de deux ans, mais on a du renoncer. Les gens qui sont « en substitution » vivent autrement leur insertion sociale.

La seconde est que notre spécificité est de s'appuyer sur les qualités artistiques et que cela sélectionne effectivement, et cela n'est pas très facile à faire comprendre.

Les pouvoirs publics ne nous subsidient pas - pas encore ! - sauf ponctuellement pour des publications : un livre qui s'intitule « Leçon de vie » que j'ai écrit et une revue, « Après Tout News », que nous publions le plus régulièrement possible. Une demande est introduite pour permettre à l'association d'avoir une permanence. Aujourd'hui, elle fonctionne essentiellement sur du bénévolat, un peu de sponsoring et quelques bénéfices de ventes de réalisations artistiques lors de manifestations et expositions.

- *SC : Comment peut on prendre contact avec Après tout ?*

AT : Nous sommes depuis peu dans les locaux de l'Espace catastrophe, 18, rue de la Glacière à Saint Gilles, et le plus facile est de nous contacter par téléphone au 02/ 538.99.92. ●

Le Rohypnol[®], une drogue dure amnésiante

Résultats d'une recherche en médecine de famille

L'invasion de l'Europe du nord par les drogues et particulièrement l'héroïne depuis la fin des années 80 est un phénomène qui interpelle profondément le système de santé. Le médecin généraliste de famille est particulièrement bien placé pour comprendre et accueillir ces personnes gravement touchées dans leur dignité et menacées dans leur vie.

L'utilisation de la méthadone comme support pharmacologique a permis de crédibiliser l'offre thérapeutique des médecins de famille et la demande de prise en charge s'est fait d'ailleurs explosive.

L'approche pharmacologique ne représente qu'une partie du versant biologique ou somatique de la prise en charge globale. La comorbidité de la toxicomanie en général est importante et la pratique de l'injection sauvage véhicule des pathologies souvent nouvelles pour le praticien.

A côté de ce versant somatique, tant l'approche que le traitement mettent en jeu des considérations psychologiques et des problèmes sociaux sévères. La qualité de l'écoute, l'intensité de la relation et le long terme de celle-ci sont autant de facteurs déterminants de la réussite du traitement pharmacologique par la méthadone.

La prise en charge est rendue plus complexe du fait que les patients sont souvent polytoxicomanes et hautement pharmacophiles. Cette pharmacophilie s'exprime particulièrement par une utilisation massive de barbituriques et surtout de benzodiazépines.

C'est cette forte consommation de benzodiazépines et plus particulièrement du Rohypnol par des toxicomanes consultants ainsi que le tableau clinique particulier que ce dernier induit qui a attiré l'attention.

La recherche a tenté de mettre à jour et de décrire l'état clinique consécutif à la prise compulsive du Rohypnol, état particulier appelé « Etre en Roche » par les patients eux-mêmes.

Sujets et méthodes

Enquête quantitative et qualitative au décours de la consultation de médecine de famille, revue bibliographique et investigations auprès de praticiens de différents pays ont été les quatre voies d'exploration.

Il a été demandé systématiquement à quatre-vingt neuf patients en maintenance par méthadone de classer dans l'ordre de leur préférence pour leur pharmacophilie éventuelle, les substances médicamenteuses au moins une fois absorbées en tant que drogue. La question était verbalisée dans un langage adapté à la sub-culture de la population en question. Une formulation du type : « Dans les médocs, avec quoi es-tu bien ravagé quand tu n'as pas d'héro ? » a été utilisée. Ces informations sont mises en relation (logiciel Epi-info) avec des caractéristiques démographiques des répondants.

Les témoignages des patients utilisateurs habituels de Rohypnol ont d'abord été simplement notés sur leur dossier. Devant l'intensité et la variété des phénomènes décrits, les témoignages ont été enregistrés (audio) avec l'accord explicite des patients et dans l'anonymat. Les consultants ont été interrogés par la technique de l'interview ouvert semi-structuré. Bien que l'ordre des questions ait varié, celles-ci ont porté sur les raisons et les conditions d'utilisation des médicaments et sur les conséquences individuelles et collectives de d'usage abusif du flunitrazépam*.

Les cinquante six témoignages obtenus ont été reproduits in extenso dans un rapport de recherche. Ils ont permis une description du tableau clinique « Etre en Roche ».

La consultation de Medline a été le point de départ d'une recherche bibliographique organisée autour de l'usage du flunitrazépam comme drogue de rue. Des collègues de la WONCA ont fournis leurs expériences de terrain et particulièrement le prix de rue du Rohypnol dans plusieurs pays.

● Le Rohypnol obtient 66 % des suffrages

A la question de savoir si les consultants avaient déjà utilisé des médicaments pour se droguer, cin-



*Marc Jamouille,
médecin de
famille,
Groupe recherche
en médecine de
famille et soins
primaires.*

** Le
flunitrazépam est
le nom chimique
simplifié de la
substance
commercialisée
sous les noms de
Rohypnol[®]
(firme Roche) et
Flunitrazépam[®]
(firme
Eurogenerics)*

quante trois sur quatre-vingt huit (60 %) répondent par l'affirmative.

Il est difficile d'évaluer l'intensité et la permanence actuelle de cette pharmacophilie. En effet, même avec un degré de confiance raisonnable, les patients se sentent toujours culpabilisés de dire qu'ils utilisent des produits non prescrits et auront tendance à minimiser leurs prises. Le rappel des noms des substances prises est moins sujet à caution.

A la question de savoir quelles substances et dans quel ordre de préférence, onze substances différentes sont citées en premier choix (Tableau 1). Sur les cinquante trois utilisateurs de médicaments, trente cinq patients (66 %) placent le Rohypnol en premier choix.

Nom du médicament	nombre	pourcentage
ACTIFED	1	1,9 %
BURGODIN	2	3,8 %
CLOZAN	1	1,9 %
DEPRONAL	1	1,9 %
DOMINAL	1	1,9 %
LEXOTAN	4	7,5 %
NEOCODION	1	1,9 %
PALFIUM	3	5,7 %
ROHYPNOL	35	66,0 %
TEMESTA	1	1,9 %
VESPARAX	1	1,9 %

Tableau 1 : noms des substances et nombres de citations en premier choix d'utilisation par 53 patients héroïnomanes pharmacophiles.

En deuxième choix, ce sont les benzodiazépines qui dominent avec 55 % des préférences dont une bonne part pour le seul Valium. Le Rohypnol est toujours présent mais avec 16 % de préférence seulement. Au total sur les cinquante trois patients, quarante sept (90 %) ont l'expérience du Rohypnol et trente neuf (74 %) sur cinquante trois ont l'expérience d'autres benzodiazépines (sur cent vingt quatre citations).

● **Tableau clinique**

De nombreuses consultations et l'étude des cinquante-six interviews notées ou enregistrées (audio) ont permis de cerner le tableau clinique dénommé « Etre en Roche » par les patients eux-mêmes. Les témoignages sont publiés in extenso dans le rapport de recherche. Quelques extraits en sont pré-

sentés ci-dessous. Ce tableau est caractérisé par une prise compulsive du produit comme substitut de l'héroïne, par un état semi-conscient d'obnubilation euphorique, une dysarthrie avec sialorrhée, un état ébrié, une sensation d'invincibilité, une levée des inhibitions avec éventuelle agressivité incontrôlable paranoïde et passage à l'acte, suivi d'endormissement, une amnésie antérograde totale ou quasi totale. Une agressivité inhabituelle est rarement constatée au réveil.

Sous l'effet du Roche, on n'est pas soi-même, on perd le contrôle de son corps, et on se laisse aller, pas nécessairement sous l'influence des autres, mais sous l'influence du médicament.

C'est le médicament qui dit : « tu vas là, tu rentres ». En Roche, t'as pas peur.

C'est ça, quand tu prends un Roche,

tu crois que t'es invincible,

même que tu tombes, tu te relèves, t'as pas mal, c'est ça quoi!

T'as pas mal, t'as pas peur.

Et puis tu te retrouves en prison et tu

pleures. C'est ça le Roche.

Extrait du témoignage n° 50

Ce tableau peut être d'intensité variable selon la quantité de comprimés ingérés, la potentialisation alcoolique souvent recherchée, le degré de déficience mentale de l'individu, la durée et l'intensité de l'assuétude.

Le Rohypnol est très rapidement toléré en usage diurne. Ceci implique une augmentation progressive et rapide des doses (jusqu'à 60mg/24h). L'accoutumance est forte et le sujet devient parfois extrêmement compulsif dans sa prise, rêvant tout haut de Roche et agressant volontiers le personnel de santé pour en obtenir. Il est préférable alors d'accéder à la demande en raison du risque élevé de passage à l'acte violent (effet Rambo).

Il est aussi utilisé de façon intentionnelle par des patients qui arrivent à contrôler leur consommation et usent du Roche pour commettre des délits (recherche d'invincibilité avant un vol; amnésie projetée d'une victime potentielle) ou comme amnésiant antérograde (notamment par les prostituées et les prisonniers).

J'ai même fait des agressions à main armée. Au moment où on le fait, on est un peu conscient.

J'aurais pas été en Roche, je ne l'aurais pas

fait. En Roche, tu n'as plus d'inquiétude, tu fonces et tu tapes.

Le lendemain, on ne se rappelle de rien.

Avec les jours qui passent, parfois il y a des morceaux qui reviennent.

Extrait du témoignage n° 18

Pour travailler (prostitution) j'en prenais, j'étais plus franche et je m'en foutais.

Je ne me rappelais même plus avec qui j'avais été.

Dans un sens, ce n'était pas plus mal.

On m'a dit que je devenais grossière et violente avec ce produit.

Extrait du témoignage n° 17

Une expression est maintes fois entendue en consultation : « Avec les Roche, t'es ravagé, pété, mort ». Ces termes résument assez bien l'état désiré suite à l'utilisation en excès du Rohypnol. Obnubilation et amnésie antérograde totale sont recherchées avec frénésie, particulièrement en prison ou le produit a été et est abondamment prescrit par les psychiatres. Notons qu'en début d'utilisation, ces effets peuvent être obtenus avec seulement 2mg.

Cette expression peut aussi être qualifiée de prémonitoire. La séquence qui mène au suicide vrai ou au suicide par inadvertance (overdose mortelle non programmée) est facile à imaginer. Le sujet en manque d'héroïne achète quelques comprimés de Rohypnol et les prend d'affilée. La levée des inhibitions et la sensation d'invincibilité qui suit permet la réalisation des vols nécessaires pour se procurer l'argent de la prochaine dose d'héroïne.

La dernière fois, j'ai failli faire une OD (overdose), j'avais pris des Roche parce que je n'avais plus rien (c'est-à-dire pas d'héro), après j'ai trouvé de l'héro et plus je me shootais, plus je me sentais en manque.

Extrait du témoignage n° 14

Une fois l'héroïne acquise, le sujet « en Roche » perd sa faculté de discernement et peut parfaitement, pris par ce désir puissant d'être encore plus « ravagé », soit se tromper, soit augmenter inconsidérément sa dose d'héroïne intraveineuse.

Hypotension et dépression respiratoire mortelle suivent rapidement. Si le sujet est traité immédiatement en réanimation, sa récupération est immédiate, la fin d'action du flunitrazépam étant très abrupte sous flumazénil, l'antidote spécifique des benzodiazépines.

Le sevrage du Rohypnol chez les patients qui entreprennent une cure de méthadone est impératif. Maintenir les benzodiazépines chez l'héroïnomanie en traitement, c'est entretenir le souvenir positif lié à la prise d'héroïne. On envisagera une ouverture antiépileptique en cas d'intoxication majeure. La lévomépromazine (Nozinan) ou la trazodone (Trazolan) pourront s'avérer utile pour contrôler l'insomnie en début de traitement.

● Revue de la bibliographie

La recherche n'a pas porté sur le flunitrazépam lui-même, mais sur son utilisation inappropriée et ses effets secondaires. On est frappé de constater que l'effet « Etre en Roche » correspond quasi point par point aux effets secondaires constatés par les anesthésistes qui ont abandonné le produit dans les années 80.

L'analyse détaillée des articles au travers du temps permet de se rendre compte que les propriétés dangereuses du produit, notamment son pouvoir amnésiant et désinhibant, sa rapidité d'action tant par voie orale, nasale, que parentérale, sa toxicité aiguë sont décrites de longues date.

Aux Philippines, dès 1979, il est fait état de complications psychiatriques de l'abus du Rohypnol. La liste des pays s'allonge au fil des ans. Au Chili, en Australie, en Belgique, Italie, Portugal, Espagne, Pays-Bas, Suisse, Autriche et Malaisie la relation entre le flunitrazépam et l'héroïne a été



	Année	Pays	Nombre patients	Médec. utilisés	FNZ préféré
Ferreira et al.	1983	Portugal	-	-	80 %
Barattini et al.	1987	Italie	160	72 %	50 %
Navaratnam et al.	1990	Malaisie	249	58 %	-
Barnas et al.	1992	Autriche	107	96 %	(1)
San et al.	1993	Espagne	594	75 %	68 %
Renard et al. (ALTO-SSMG)	1995	Belgique	523	60 %	-
Ladewig et al.	1995	Suisse	254	-	63 %
Jamoulle	1995	Belgique	89	60 %	66 %

Médec. utilisés = % des patients déclarants consommer des médicaments comme drogue.

FNZ préféré = % des consommateurs donnant leur préférence au FNZ.

(1) = FNZ (flunitrazépam) placé en tête sur une échelle qualitative

- = non documenté

Tableau 2 : Huit études dans six pays attestent de la préférence des héroïnomanes pour le flunitrazépam.

Pays	Prix	US \$	Source
Australie	2 AUDS	1,6	Dr A. Byme
Australie (prison)	4 AUDS	3,8	id.
Autriche	10 ATS	1	Dr C. Barnas
Autriche (prison)	20 ATS	2	id.
Belgique	50 FEB	1,6	les patients
Belgique (prison)	200 FEB	3,8	id.
France	10 FF	2	id.
Hongkong	2,5 HKS	1,6	Dr Y. Marshal
Norvège	10 K	1,6	Dr JE. Berg
Suisse	5 FS	4	Dr B.Künzi

Tableau 3 : Prix en monnaie locale et en dollar US d'un comprimé de Rohypnol de 1 ou 2mg dans la rue dans différents pays.

démontrée. Au Chili, ce sont des bandes d'adolescents qui fument des cigarettes de Rohypnol appelées Chicotilinas.

Le Rohypnol n'étant commercialisé ni aux Etats-Unis ni au Canada, aucun chercheur de ces pays ne s'y est intéressé en tant que drogue de rue.

Bien que le danger du flunitrazépam apparaisse évident, il faut attendre 1995 pour que des articles de mise en garde soient publiés dans la presse médicale, notamment en Suisse, et qu'en Belgique, la société productrice prévienne les médecins par courrier personnel.

Sept autres auteurs fournissent des résultats similaires (Tableau 2) en ce qui concerne la consommation et le choix du Flunitrazépam dans des populations d'héroïnomanes. De 50 à 95 % des personnes interrogées utilisent le Rohypnol comme drogue et dans cinq études plus de 60 % donnent la première place au Rohypnol.

● **Etude du prix de rue dans plusieurs pays**

Grâce aux informations fournies par des collègues de différents pays, un tableau comparatif des prix du Roche à travers le monde peut être dressé (Tableau 3).

Le circuit de commercialisation illégale du Rohypnol semble le même que celui de l'héroïne dans tous les pays considérés.

Le prix varie peu d'un pays à l'autre et la disponibilité du produit en prison en double la valeur.

Ainsi que le fait remarquer le docteur R. Brinkman, psychiatre à Munich, le Rohypnol joue le rôle d'une unité monétaire d'héroïne (heroin currency unit) dans les différents pays.



Discussion

Une enquête quantitative puis qualitative auprès de patients consultants, une revue de la littérature et l'apport d'information de praticiens d'autres pays ont permis de cerner le tableau clinique de prise compulsive du Rohypnol comme succédané de l'héroïne.

● Cette recherche ne s'est pas construite comme une recherche classique. Le phénomène étudié a été perçu au décours de consultations habituelles. L'origine de la démarche est clinique. Les étapes méthodologiques successives ont fait grossir l'ouvrage, mais la dynamique de la recherche est purement intuitive. C'est d'ailleurs une caractéristique du travail quotidien du généraliste que d'adopter une démarche inductive. Un an et demi de rencontres et de discussions confiantes ont précédé cette enquête réalisée par le thérapeute lui-même alors que l'accès au traitement par la méthadone faisait en Belgique l'objet de discussion médico-légales.

● Près de cinq ans s'écoulent en moyenne avant que ces utilisateurs d'héroïne ne s'adressent à la consultation de médecine générale. Le chemin est long avant d'accepter le rôle de malade ou de trouver un thérapeute. Observateur et observé sont ici liés par leur relation. On ne cherche pas à maîtriser ce biais, on l'utilise.

L'observateur se fixe d'ailleurs pour tâche de modifier certains paramètres de l'observé. S'il y arrive, on parle de succès thérapeutique. Et si l'observé ne meurt pas et est parfois guéri, c'est que l'observateur y a mis toute son énergie. L'observateur sort donc profondément modifié lui aussi de cette recherche réellement « action ».

L'étude qualitative réalisée ici s'appuie sur cinquante six témoignages reproduits intégralement dans le rapport de recherche, ce qui semble un nombre suffisant eu égard aux pratiques habituelles dans ce genre d'enquête.

● Cette double position d'enquêteur et de thérapeute engagé introduit un biais de sélection et un biais d'observateur. Malgré ce fait, les résultats de préférence pour le Rohypnol sont très semblables à ceux décrits par les autres auteurs (Tableau 2). Plus de 60 % des consultants pharmacophiles donnent la première place à ce produit. Notons qu'il s'agit des souvenirs des patients et rarement de leur

consommation actuelle. Certains d'entre eux consomment encore régulièrement du Rohypnol tout en ayant maîtrisé leur consommation d'héroïne. Prise de Rohypnol et utilisation intraveineuse d'héroïne semblent fortement associés (Tableau 2). L'étude ne permet pas de montrer un rapport de causalité entre les phénomènes. Une notion de prise de médicaments comme drogue dans l'histoire d'un patient toxicomane à l'héroïne pourrait cependant être connotée d'un certain caractère de gravité.

● Il faut signaler que d'autres benzodiazépines d'action rapide ont aussi la cote chez les toxicomanes dans certains pays. Le triazolam (Halcion) a ainsi été incriminé mais surtout le témazépam, particulièrement en Angleterre. Le clonazépam (Rivotril) est utilisé comme drogue en Australie. Curieusement le flunitrazépam en conditionnement générique est très peu connu. Il est possible que le conditionnement galénique du Rohypnol favorise l'absorption sublinguale que semble apprécier les utilisateurs.

En tout état de cause, l'identification des substances par les groupes de toxicomanes doit répondre à des besoins précis et s'organiser selon des conduites symboliques qui mériteraient d'être investiguées.

● Les éléments clefs du tableau clinique de prise compulsive du Rohypnol se retrouvent déjà dans l'article de Teo et al. en 1979 et sont commentés ensuite par une bonne dizaine d'auteurs dont les anesthésistes.

Au Pays-Bas, où le Rohypnol est appelé « vergeet pil » (pilule de l'oubli), l'implication du produit dans un meurtre a déclenché à l'époque une controverse dans les journaux médicaux.

Le témoignage de collègues de plusieurs pays vient étayer les observations réalisées chez des consultants belges et français. Le Rohypnol est une drogue de rue qui a son prix au marché noir dans tous les pays investigués. Le flunitrazépam est, selon un journaliste spécialisé, fabriqué et commercialisé illégalement dans des pays d'Europe de l'Est.

Il a récemment retenu l'attention des épidémiologistes du National institute of drug abuse (NIDA) aux Etats-Unis bien qu'il n'y soit pas commercialisé.

La publication de notre rapport de recherche a été suivie de nouveaux témoignages dont certains ont fait l'objet d'une émission de télévision de grande

audience. Il semblerait que l'intoxication chronique ne concerne pas que la population toxicomane.

● Manifestement, les informations alarmantes signalées par de nombreux auteurs ont été minimisées sinon occultées par la société productrice. Ce « biais de diffusion » analogue au biais de publication permet de comprendre pourquoi ce produit, disponible en principe sur prescription médicale uniquement, a échappé aux mécanismes de pharmacovigilance mis en place dans de nombreux pays.

Conclusion

L'étude, conçue au départ comme une simple série d'observations cliniques a abouti à mettre en évidence un tableau inhabituel d'intoxication aiguë et chronique par une benzodiazépine d'action rapide. Ce produit commercialisé comme inducteur d'anesthésie et comme somnifère est en réalité un désinhibiteur amnésiant antérograde profond.

Dans cette étude sur le Rohypnol, l'étonnement clinique s'est vu conforté d'évidences successives. Les résultats de l'étude par questionnaire, l'analyse des interviews, le dépouillement de la bibliographie, l'expérience des collègues étrangers et même les médias, tout concourt à établir une réalité incontournable : **le flunitrazépam, utilisé abusivement de façon isolée ou comme succédané de l'héroïne, est une drogue dangereuse.**

Une enquête approfondie devrait être mise en place chez les patients utilisateurs chroniques du produit et non toxicomanes à l'héroïne. L'amnésie antérograde et ses dangers potentiels ainsi que les éventuels troubles amnésiques à long terme devraient faire l'objet d'investigations.

On comprend mal qu'un produit potentiellement si dangereux soit encore proposé en thérapeutique humaine. Le flunitrazépam est une drogue dure amnésiante qui n'a pas sa place en médecine.

Un renforcement du système de pharmacovigilance permettrait de détecter l'usage abusif de médicaments sur une grande échelle et de prendre rapidement les mesures de sauvegarde de santé publique qui s'imposent. Les sociétés productrices devraient souscrire à l'obligation déontologique de signaler aux praticiens les usages inadéquats des substan-

ces qu'elles fabriquent ou commercialisent.

Au delà de la problématique de l'usage abusif des médicaments, c'est tout le désarroi d'une jeunesse en détresse que cette étude révèle. Il faut bien remarquer que si ces jeunes en sont arrivés à un tel point d'autodestruction et de refus de socialisation, c'est aussi parce qu'ils ont été abandonnés du point de vue thérapeutique. Devenus les proies du marché international de l'héroïne et laissés sans soins acceptables, ils essaient bien souvent les médicaments comme porte de sortie ou comme roue de secours.

Ces jeunes s'ennuient dans notre société de bonheur en chômage et ils n'ont cessé d'oublier qu'ils ne sont élus ni de l'amour ni de l'argent. Confrontés au matérialisme effréné et à la carence de l'imaginaire, leur drame personnel tourne à la destruction et à la mort. Totalement sans défense devant un marché de l'héroïne extrêmement agressif, ils tombent dans le piège soigneusement dressé par ces vendeurs de mort.

La pharmacophilie des toxicomanes n'est en réalité qu'une péripétie dans le grand ballet mortel de l'héroïne dont nous, médecins, sommes les spectateurs le plus souvent impuissants.

Rohypnol : suites d'une recherche

Le rapport « Etre en Roche » descriptif des effets stupéfiants du flunitrazépam est paru en septembre 1995.

Désireux de le faire partager, nous en avons fait parvenir quelques exemplaires à des gens concernés : ministère fédéral, communautaire ou régional de la Santé publique, de l'Intérieur, de la Justice, Agence générale de l'industrie du médicament, Agence européenne des médicaments et autres structures « responsables ».

Pas de réponse. Aucun impact.

Cinq mois plus tard, après le battage médiatique, une lettre du ministre de la Santé annonce enfin l'intérêt pour le travail et l'examen de la problématique créée par le flunitrazépam.

La réponse rapide est venue de la base. Un journaliste et un scientifique. Un journaliste de la Nouvelle Gazette, quotidien paraissant à Charleroi, a lu le rapport dans le détail et en a fait un très bon papier titrant en première page sur « l'effet



Rambo ». Le Soir, quotidien bruxellois, y consacra un entrefilet en cinquième page, suffisant pour être remarqué par quelques professionnels à la RTBF, tant à la radio qu'à la télévision, et par une journaliste pointue du Vif /L'Express. L'émission de télévision « Rambo sur ordonnance » dans la série Autant savoir eut un bon succès médiatique (plus de quatre cent mille spectateurs) et surtout élargissait le débat aux médicaments.

● La presse médicale, une presse très contrôlée

De façon très significative, la presse médicale reste silencieuse. Par téléphone, le rédacteur en chef d'un journal médical me signifie son intérêt personnel pour ma recherche. Toutefois en raison de la censure exercée par les firmes pharmaceutiques qui sponsorisent son journal à 100 %, nous devons comprendre qu'il ne lui sera pas possible d'en faire mention.

Il faut attendre quelques semaines pour qu'un journaliste médical, ose dire un mot de mon rapport dans le Généraliste, accompagné d'un texte genre droit de réponse de la firme Roche.

Neuf mois plus tard, l'information dort, sauf sur Internet. Interroger le logiciel de recherche AltaVista sur Internet avec le mot Rohypnol fournissait cent cinquante deux références et des heures de lecture.

● Témoignages

Les témoignages apportés à la suite de la publication du rapport sont émouvants. Tel celui de ces deux mères, venues jusqu'à mon bureau pour raconter la fin de leur enfant, mort en Roche. Une d'entre elles témoignera à l'émission Autant savoir.

Ces témoignages mettent en évidence que le phénomène ne touche pas que la population réputée toxicomane. Un dentiste m'écrit qu'il lui a fallu cinq ans pour sortir de son intoxication au Rohypnol. La femme d'un confrère décédé après neuf ans d'intoxication m'écrit un mot poignant.

Complètement intoxiqué (par le Rohypnol), il en a pris des quantités de plus en plus importantes.

Il était médecin, s'en procurer était facile.

Et j'ai assisté, impuissante, aux ravages de

cette drogue sur la personnalité, les comportements... Effrayant.

Extrait d'une lettre reçue peu après la publication du rapport.

● Au dessus de tout soupçon

Le Rohypnol est commercialisé dans soixante deux pays. Plusieurs millions de comprimés sont consommés chaque jour. La société Roche sait que les personnes sensibles psychiatriquement parlant sont plus exposées à abuser du produit.

Quelques semaines plus tard, une lettre d'avertissement envoyée par Roche s.a. à propos des dangers potentiels du produit en question arrivait dans les boîtes à lettre des confrères. Dans l'ensemble, on est frappé par le mutisme total de dirigeants d'une société qui se prévaut du bien-être du patient et qui refuse tout dialogue public.

L'attitude de cette société est toutefois largement tributaire de celle des pouvoirs politique et de l'opinion.

Dans l'article de C.A. Saum et J.A. Inciardi, « Rohypnol misuse in the United States » paru en 1997 dans le journal Substance use and misuse, on apprend qu'aux Etats-Unis, la société Hoffman-Laroche a financé une campagne publicitaire pour mettre les femmes en garde contre l'utilisation abusive et criminelle du Rohypnol. Le Rohypnol n'a jamais été commercialisé au Etats-Unis et il y est importé illégalement comme drogue dure à partir du Mexique.

● La non réponse des politiques

Notre ministre de la Santé publique avait annoncé dans l'émission Autant savoir « Rambo sur ordonnance » que le système Pharmanet permettra de cibler les médecins surprescripteurs de somnifères tel que le Rohypnol. Mais le système Pharmanet, système de contrôle informatisé des prescriptions, ne s'applique qu'aux médicaments remboursés par la Caisse d'assurance. Le Rohypnol n'est donc pas concerné.

● Les scientifiques; les engagés et les mitigés

Du côté des scientifiques, la rapport a été admis sans critique. Aucun démenti, aucune critique de fond. Seulement quelques nuances sur les mesures à prendre.

Plus que ça, des collègues bruxellois, emmenés par le docteur Axel Hoffman avaient entamé l'action

Le Rohypnol®, une drogue dure amnésiante

« Arrêtons de prescrire » au moment même où paraissait le rapport. La conjonction fut heureuse, le rapport venant soutenir l'action. Depuis lors, le prix du comprimé de Rohypnol au marché noir est passé à cent francs belge et à Bruxelles au moins, le Rohypnol a été retiré de la liste des médicaments dont le CPAS prend la délivrance en charge.

Chez ALTO, ce mouvement de formation des généralistes wallons et bruxellois lancés par la Société scientifique de médecine générale, ce sont deux cents exemplaires du rapport qui sont commandés à destination des collègues en formation.

A Liège, c'est le laboratoire de pharmacologie de l'université qui nous offre la possibilité de faire une communication au 3^{ème} National symposium of pharmacoepidemiology. L'Association belge de santé publique nous donnait elle aussi un temps de parole lors de son symposium annuel.

Le plus intéressant est cette question à choix multiple reprise dans la liste du prétest d'une des sessions mensuelles de formation médicale organisée par la Société des médecins de Charleroi. La question parle d'elle-même, le message est passé !

Le Rohypnol :

- rappelle l'effet de l'héroïne
- peut rendre un héroïnomanie très agressif, paranoïaque
- lève les inhibitions
- reste le somnifère à essayer en première intention
- provoque l'amnésie

Société de médecine de Charleroi, extrait d'un questionnaire à choix multiple, prétest d'une soirée de formation, 9 mai 1996.

Paradoxalement, les Folia Pharmacologica ne consacrent que six lignes molles aux dangers éventuels du Rohypnol que « certaines » sources ont signalé.

Mais le retentissement est important dans le monde médical. La Revue de la médecine et la revue Psychotrope ont chacune publié un article.

Enfin, même au niveau des structures officielles des voix se sont élevées pour attirer l'attention des responsables politiques. Inspecteurs des pharmacies et Commissions médicales provinciales, malgré leur devoir de réserve, ont clairement fait sa-

voir que l'intoxication quotidienne par le Rohypnol était devenu un phénomène de masse et que des mesures devaient être prises.

● Coupons la chèvre en deux, le loup la mangera

La médiatisation de cette recherche a forcé la commission du médicament en Belgique et l'agence du médicament en France à prendre la décision de ne plus accepter le conditionnement à 2 mg sur le marché. Depuis 1996, le Rohypnol n'est plus disponible que dans sa forme de 1mg.

Cette mesure est bien évidemment inutile. Le marché du Rohypnol est toujours florissant en 1997 et s'il est vrai que beaucoup d'usagers de drogue se méfient maintenant de cette substance toxique, certains d'entre eux restent des utilisateurs compulsifs dangereux et tout à fait incontrôlables. Le produit restant au centre du marché noir des prisons par exemple.

● Le Rohypnol, une drogue internationale

Le lecteur intéressé par la pharmacophilie et la toxicomanie en général trouvera dans la base de donnée Toxibase (rue Grandval 29, F-52100 Reims) toutes les informations souhaitées.

Par ailleurs, en introduisant le terme Rohypnol sur Alta Vista, un des logiciels de recherche d'Internet, on trouve un nombre considérable d'informations. A San Francisco, la Haight ashbury free clinics publie un document d'information sur le Rohypnol qui porte là-bas d'autres jolis noms d'oiseaux : Roachies, La Rocha, Rope, Rib, Roché, Rophies, Roofies, Ruffies; Etre en Roche se dit To be roached out.

Une annonce de la Drug enforcement agency (DEA) est particulièrement explicite. Elle présente une photo d'un comprimé de Roche et spécifie qu'il est blanc, contrairement à une copie illégalement fabriquée, de couleur marron et saisie en... Egypte ! Le Rohypnol, jamais commercialisé aux USA, y était importé en grosse quantité au départ du Mexique et s'est vu frappé d'interdit par l'administration fédérale.

● Une responsabilité professionnelle, la défense de nos patients

Cette recherche sur l'utilisation inappropriée d'un médicament d'apparence banale a fait surgir de multiples interrogations.



Le « primum non nocere » de nos anciens est bien mis à mal par la pratique de certains confrères peu scrupuleux. L'éthique médicale spéciale de celui qui réduit l'exercice de son art à la réalisation d'actes non illégaux (voir ci-dessous) est certes sujette à caution.

Mais d'où viennent les comprimés que les toxicos achètent en rue 50 francs/pièce et qu'ils appellent Roche, dans leur jargon ? Apparemment, ils sont prescrits dans les règles de l'art par des médecins naïfs parfois, mais plus souvent peu scrupuleux.

Comme celui cité par nos collègues d'Autant savoir, qui déclarait ne rien faire d'illégal et n'avoir donc rien à se reprocher. Quel recours peut-on avoir contre de tels individus ?...

Extrait de l'enregistrement de la chronique matinale de Karin Rondia, Radio télévision belge francophone, émission radio du 4 mars 1996, 08h35.

Le contrôle de certains canaux de l'information médicale par les firmes pharmaceutiques met à mal l'indépendance des praticiens. Pourtant nulle voix ne s'est élevée parmi les censeurs habituels de notre profession pour dénoncer ces comportements scandaleux. Ni Ordre, ni syndicats pour vilipender ces attaques contre l'honnêteté intellectuelle et l'éthique de l'information.

Témoignage privilégié de ces manipulations, il revient au médecin de famille de prendre la défense de ses patients en leur expliquant de quelles agressions ils sont victimes. Les vendeurs légaux de drogues se cachent impunément derrière des législations et de règlements qui les protègent. **En contrôlant l'information médicale, les firmes pharmaceutiques s'assurent la pérennité de marchés profitables.**

Dans cet univers de profit forcené, que la drogue soit légale ou illégale, nous, médecins de famille, avons à entendre, écouter, conseiller et défendre ceux qui cherchent à s'échapper dans le rêve et dont les maigres énergies sont vampirisées. ●

Alta Vista sur Internet, Site : <http://www.altavista.digital.com>

ALTO, Alternative Toxicomanie, Société Scientifique de Médecine Générale, Av. de Fré 96, 1180 Bruxelles

BINON C, La Nouvelle Gazette, « Effet Rambo »; 13 Octobre 1995. Voir aussi : « Somnifère dangereux, le Rohypnol reste en vente »; 25 janvier 1996

Drug Enforcement Agency, DEA highlights-1995, Flunitrazepam (Rohypnol) « roofies »; Site internet : <http://www.usdoj.gov/dea/pubs/rohypnol/rohypnol.htm>

Folia pharmacotherapeutica; 23, 2; p 14, février 1966

GAUTHIER P, SIMON M, « Rambo sur ordonnance »;

Autant Savoir, RTBF, 8 février 1996

HOFFMAN A, « Arrêtons de prescrire »; Courrier de la

Fédération des maisons médicales, novembre 1995

JAMOULLE M. « Etre en Roche, utilisation compulsive du Flunitrazépam (Rohypnol). Etude dans une population de toxicomanes consultants en médecine de famille »; Collectif de Santé de Gilly-Haies, rue du Calvaire 159, 6060 Gilly; 1995 Sep. 125p.

JAMOULLE M. « To be on Roche »; Oral communication. 3rd National Symposium on Pharmacoeconomics; 1995 Nov 17; Liege. BESPE

JAMOULLE M; DEDOBELEER M. « Compulsive use of Flunitrazepam (Rohypnol®) in a population of consulting heroin misusers in family practice. »; Archives of Public Health. 1995; 52(supplement 1): 56 (abstract).

JAMOULLE M. « Le Rohypnol, une drogue dure amnésiante, résultats d'une recherche en médecine de famille » Psychotrope, Juin 1996 (paru aussi dans la Revue de la Médecine Générale, n° 135 p 27-35, sept 1996)

ROYEN MC. « L'oubli, pour 50 francs »; Le Vif/L'Express; 3 novembre 1995, 30-31 iv

SAUM CA, et INCIARDI JA., « Rohypnol misuse in the United States »; Substance Use and Misuse, 32(6) 723-731, 1997.

SMITH DE, WESSON DR, CALHOUN SR. Haight Ashbury Free Clinics, Inc. 3330 Geary Bd, San Francisco, CA Rohypnol (flunitrazepam) fact sheet (avril 1996).

VANKEERBERGHEN JP. « A manier avec prudence »; Généraliste; 302, 6, 22 novembre 1995

Petites histoires et grands discours

*Axel Hoffman,
médecin
généraliste.*

La conférence de consensus de 1994 a accrédité les traitements de substitution par la méthadone. Au-delà d'un progrès « technique », elle annonçait la fin de l'intolérance et l'espoir d'une reconnaissance prochaine de l'usager de drogue comme sujet des mêmes droits que chacun.

« Musico » a traîné de seringue en tranquillisants pendant près de vingt ans.

Il n'est pas vieux pourtant.

Son mètre nonante se termine en une voûte étoilée de deux yeux luisants de chien battu. C'est un type loyal et simple. Il a fait un peu de prison beaucoup de fois.

Il aime toujours la musique traditionnelle marocaine mais ne sait plus bien jouer : il a trop souvent vendu ses instruments pour ne pas tomber en manque, et puis les copains sont comme lui, voix cassées et doigts gourds.

Avant, il courrait tous les médecins du quartier pour avoir du Roche et du Vesparax, « y a que ça qui me calme », ou essayer de se sevrer d'héroïne avec des opiacés faibles prescrits généreusement par des médecins un peu rapides. Il faut dire qu'il paie avec une vignette de mutuelle.

Son père le frappe et prend l'argent du chômage en guise de loyer « pension complète ».

Sa mère n'a rien à dire, ses frères le méprisent, ses soeurs sont toutes mariées. Il n'a pas d'amie depuis qu'il ne joue plus. A partir de 1994, il prend de la méthadone et arrive en retard aux rendez-vous trop matinaux, se donnant des claques sur le front en guise d'excuse. Pas une rechute.

Parfois il amène l'une ou l'autre épave de la troupe de musiciens pour commencer un traitement qui ne continue jamais.

Il parle alors avec grande tristesse de cet ami perdu.

Il aimerait reconstituer un orchestre et jouer dans les mariages.

La police le contrôle régulièrement, mais ce n'est pas grave puisqu'il est bien maintenant.

Parfois, on le bouscule trop fort et il fait une crise d'épilepsie.

Février 95, le gouvernement de Jean-Luc Dehaene fait une déclaration de politique générale en matière de drogues et de toxicomanie. Programme en dix points, dont deux concernent plus spécifiquement l'aspect « santé » : généralisation de la distribution de seringues pour limiter les risques de transmission de maladie, et organisation optimale et augmentation de l'offre de soins aux consommateurs de drogues.

Le programme prévoit la création de neuf maisons d'accueil socio-sanitaire pour consommateurs marginalisés, projet dont le caractère sécuritaire est ouvertement affiché, ainsi que le rappelait le ministre Johan Vande Lanotte lors du congrès national « Gestion des drogues en l'an 2000 » (Charleroi, octobre 1996).

Les produits financiers réalisés dans le cadre de la lutte contre la toxicomanie devront être affectés à l'INAMI. Les autres points relèvent de la philosophie de la guerre à la drogue : formation du personnel pénitentiaire, fermeture des établissements publics où l'on découvre trafic ou consommation de drogue, lutte contre l'usage récréatif, etc.

Jacques et Mohamed ne se connaissent pas. Le premier fume de l'héro, le second est passé à la cocaïne.

Même médecin, mêmes prisons, mêmes centres d'hébergement, mêmes cycles de périodes clean et de rechutes, et ils ne se sont jamais croisés !

Par recoupements, je pense qu'ils ont été contaminés par le même dealer, un tuberculeux actif sorti de prison avec trois comprimés de Nicotibine et de Rifadine, sans mutuelle et persuadé qu'il allait être reconduit à la frontière.

Je l'ai vu deux fois et il s'est encouru avec les échantillons sans se rendre à la FARES qui aurait pu lui fournir un traitement antituberculeux complet.

Peur d'être pris. L'adresse qu'il m'a donnée était fausse.

« Le CVP refuse toute légalisation du cannabis » barre la une du Soir du 26 juin 96, qui sous-titre : « Au moment où sept cent cinquante associations exigent la fin de la prohibition, le ministre de la Justice Stefaan De Clerck assène clairement : c'est non ! ». Les auteurs de l'article remarquent qu'il existe une fracture communautaire en matière de drogues qu'elles soient douces ou lourdes. Le mouvement associatif dynamique qui milite au sud pour



la fin de la prohibition n'a pas d'équivalent dans le nord du pays. Ce sont les ministres flamands, tant CVP que SP, qui ont le plus sévèrement amendé le projet de loi Lallemand*. Sur le terrain, on estime à six mille (à l'époque) le nombre de personnes traitées par méthadone dans le sud, contre six cent dans le nord. Par ailleurs, aux traitements de substitution, monsieur De Clerck préfère les peines... de substitution pour détention de drogue.

Cette fracture nord-sud ressort également de travaux d'atelier tenu lors du congrès « Gestion des drogues en l'an 2000 ». On peut lire en conclusion du rapport : « ... les intervenants du sud du pays semblaient se rapprocher plus de l'attitude pragmatique des Pays-Bas tandis que les intervenants néerlandophones restaient plus proches de la position prohibitionniste classique défendue par la France ».

C. a rangé « les conneries » au rayon des mauvais souvenirs.

A vingt quatre ans, il a fait le choix d'une compagne stable et est devenu père.

Il a arrêté les petits boulots pas clairs et s'est investi dans un emploi.

Il s'est remis au sport en semi-pro.

Le traitement de méthadone, il l'a saisi comme une chance à ne pas laisser passer.

Après plus de deux ans de bonheur (c'est son mot), une sombre histoire de convocation envoyée à une mauvaise adresse lui tombe sur le dos :

condamnation par défaut pour une vieille affaire de cannabis, direction la prison un vendredi. Son traitement ne lui sera rendu que le lundi.

Malgré le manque qui s'insinue, il refuse l'héroïne qu'on lui propose.

Une semaine et de nombreuses démarches plus tard, il est remis en liberté.

Il a perdu son boulot et dans son club, on incrimine sa défection inattendue pour expliquer le match perdu.

C'est le troisième ou quatrième de mes patients à qui il arrive une telle mésaventure. Les autres ont replongé.

Lui pas. J'ai eu envie de lui dire merci.

Novembre 1995 : le tribunal des référés de Bruxelles confirme le droit des détenus à recevoir la visite de leur médecin traitant et à bénéficier des traitements prescrits par lui, y compris la méthadone, en vertu de l'article 96 du Règlement Général des prisons.

Octobre 1996 « De Clerck bétonne les prisons »**.

Un nouveau projet de loi propose de modifier l'article 96 : c'est le médecin de la prison qui sera désormais considéré comme le médecin traitant du détenu, lequel ne pourra consulter le médecin de son choix que pour avis non contraignant.

En attendant la mise en application, vexations et privations menacent le détenu qui veut poursuivre son traitement de substitution tandis que des embûches administratives découragent le médecin traitant de soigner son patient.

P. est un mauvais garçon.

C'est de ces rares patients ressemblant au « tox » manipulateur délinquant voyou pas fiable qui hante l'imaginaire des gens dits braves.

Il ne respecte ni le silence des pantoufles, ni l'autorité, ni les femmes.

Je le traite dans une optique « réduction des risques ».

L'ayant accepté tel qu'il me semble être, il ne me pose pas de problème particulier : je fais gaffe, je me fais respecter, parfois il parvient à me rouler mais le plus souvent, je le démasque à temps.

Arrivés à un rapport de forces égal, nous avons des discussions passionnantes dont je me dis qu'à long terme elles pourraient avoir valeur thérapeutique.

Le bougre n'est pas idiot.

De manière tout à fait satisfaisante pour la morale, il se retrouve une nouvelle fois en prison. Cette fois, les sursis vont tomber et il évalue très calmement son séjour à de nombreuses années, même en comptant les bonus.

En attendant le jugement, je lui rend visite et nous discutons de l'opportunité de continuer le traitement à la méthadone.

Il se trouve dans un établissement très cool, sport et privilèges.

Habitué des circuits, il sait que s'il décide de continuer le traitement, il va se faire transférer dans un établissement plus sévère. Il choisit pourtant de le faire.

C'est sa façon d'être juste : il a mérité les années qu'il va prendre, mais il a le droit de se faire soigner.

Je rédige sa prescription.

Le lendemain à l'aube, il est transféré dans un établissement beaucoup moins cool. Avec lui, va savoir, il l'a peut-être fait exprès...

* Le projet de loi Lallemand, déposé en juillet 1992, propose de soustraire les traitements de substitution à la méthadone de la loi de 1921 sur l'entretien de toxicomanie.

** Journal du Médecin du 15 octobre 96.



« Le feu aux poudres »* accueille le rapport de synthèse de la commission drogues du parlement. Cette commission avait été mise en place fin 95, peu après le dépôt du projet de loi Moriau proposant la légalisation des drogues douces.

Le rapport est rédigé par le professeur De Ruyver, criminologue à l'université de Gand et proche des milieux politiques flamands, après éviction du second rédacteur, Claude Stoclet, conseiller en prévention et intervenant de terrain, jugé trop partisan.

La voie anti-prohibitionniste est jetée aux orties et l'accès aux traitements méthadone doit être limité et rigoureusement contrôlé. « Il serait naïf de croire que les effets positifs de la méthadone entraîneront une amélioration de la santé physique et mentale des toxicomanes, ainsi qu'une diminution de la consommation d'autres drogues illégales et de la criminalité liée à la drogue ».

W. connaît bien son problème d'héro. Il est capable de discuter de Freud et des autres comme un vrai pro et de temps à

autre il me refile un bouquin que je devrais lire. Ça ne l'aide pas beaucoup. Il en a un peu marre des psy. J'aime bien aussi quand il me parle du Maroc. Il n'a que très peu exercé son métier de garçon coiffeur. Il est en prison depuis six mois. Ce n'est pas la première fois. Il a pu recevoir son traitement, rapidement dégressif. Depuis qu'il est là, ses enzymes hépatiques sont montés : l'hépatite C connue depuis plusieurs années s'est « réveillée ». Nous avons souvent discuté de terminer la mise au point et d'envisager un traitement à l'interféron, mais son ambivalence l'avait toujours empêché de prendre la décision ou du moins de s'y tenir. Derrière les barreaux, même une simple prise de sang est difficile à obtenir.

Les incohérences du rapport De Ruyver sont mises en lumière par les associations réunies au sein de la liaison antiprohibitionniste. « ... la toxicomanie ne constitue pas en soi un motif justifiant une intervention répressive » y précède de peu « ... la possession de drogues illégales reste punissable ». En ce qui concerne la détention du cannabis, la poursuite doit être assortie « de la priorité la plus faible ». Sur le terrain, certains parquets ferment les yeux depuis longtemps pour les petites quantités à usage personnel, tandis que d'autres se montrent sévères. Le pouvoir d'appréciation des magistrats est grand et « les situations auxquelles les consommateurs de cannabis interpellés sont confrontés révèlent un arbitraire lié à plusieurs variables : l'arrondissement judiciaire dans lequel l'infraction est commise, les conceptions du magistrat en matière de consommation de produits et le bon vouloir des forces de police »**. Une phrase du rapport inquiète particulièrement : « Le positionnement social du consommateur doit être examiné dans la perspective de la dimension sociale et de ses conséquences sur le plan de l'organisation de la société » ... énoncé d'apparence anodine qui pourrait réveiller le délit de sale gueule.

Elle a seize ans, bon milieu, bonne école. Le grand-père d'une copine avec qui elle fumait parfois un joint s'est pris pour James Bond. Il a trouvé dans une poubelle les preuves suffisantes pour prévenir le préfet de

* Journal du Médecin du 1 mars 97.

** Patrick Balcaen, dossier de presse : réactions de la plate-forme « Légalisons le cannabis » au rapport du groupe de travail parlementaire « Drogues », conférence de presse du 18 juin 1997.



*l'école. Elle a été convoquée.
Pas un savon ordinaire.
Menaces de renvoi si elle ne dénonce pas
ses complices.
Quand je la vois ce soir-là, elle est
décomposée. Tout explose dans sa tête,
elle n'existe plus que comme une plaie.
Le lendemain elle est toujours vivante.
J'ai vraiment eu peur.*

Secrétaire de la CORA*, Eric Picard publie une carte blanche dans le Soir du 19, 20 et 21 juillet. « Tout n'est pas mauvais ». Mais... et de stigmatiser la confusion entre légalisation (réglementation) et libération (absence de contrôle) ainsi que diverses propositions telles que la légalisation de certaines pratiques policières (enquêtes pro-actives, écoutes téléphoniques, utilisation d'informatiseurs toxicomanes), la création de fichiers de personnes traitées et surtout le renversement de la charge de la preuve (une personne inculpée de trafic devrait prouver elle-même son innocence sans que le ministère public soit tenu de prouver sa culpabilité). Par ailleurs, la création de maisons d'action socio-sanitaire budgétivores sonnerait le glas du réseau associatif.

H. veut descendre rapidement ses doses de méthadone. Il se sent bien, ne touche plus à rien depuis un an et a trouvé un job. Mais « un sursis est tombé » et il est recherché. Un jour, on va le pincer. Sa copine est prévenue. Ils vivent leur amour intensément comme s'il était atteint d'une terrible maladie. Il a déjà subi un sevrage sauvage en prison. Le sevrage de la métha, c'est pire qu'avec l'héro. Alors, il voudrait avoir fini pour quand ça arrivera. Pas vraiment d'accord avec cette manière de conduire un traitement, je me range néanmoins à sa vision des choses. Une manière de marquer ma confiance en lui. On y était presque arrivé quand il s'est fait prendre. Il a terminé le traitement en prison, tranquille. Sa copine l'attend de moins en moins.

« Une chambre quasi vide pour débattre des drogues »**. A l'exception des écologistes qui s'opposent... et de Patrick Moriau qui s'abstient, les grands partis se rangent derrière les conclusions

du rapport de la commission drogue du Parlement, considérant qu'il s'agit d'une dépenalisation de fait implicite. Combien de centaines de pages supplémentaires seront-elles nécessaires pour disposer d'un avis explicite ?

Devant les quatre députés encore présents en fin de séance, le ministre de la Justice Stefaan de Clerck rappelle que ce rapport guidera le gouvernement pour les initiatives à venir.

Le contraste est frappant entre les déclarations progressistes des partis francophones et leur approbation d'un rapport qui trouve « naïf de croire que les effets positifs de la méthadone entraîneront une amélioration de la santé... ». Ainsi un document doctrinal du PRL daté de 1997*** affirme les effets positifs du traitement et insiste lourdement sur l'échec de la politique répressive. « ... L'emprisonnement n'est pas le moyen approprié pour mettre un terme à la consommation de stupéfiants ni, à plus forte raison, pour traiter une toxicomanie ».

A l'issue de mise au point (débat RTBF du 22 juin 97), le député socialiste Maurice Minne, disant partager l'opinion des amis du parti, se prononce pour une légalisation de toutes les drogues « car nous devons gérer ce problème faute de pouvoir l'éradiquer ». Au nom du PSC, Jacques Lefèvre soutient Vincent Decroly lorsqu'il reproche aux partis francophones de « se débarrasser de la patate chaude entre les mains des procureurs généraux alors qu'il s'impose vraiment de réglementer le marché du cannabis. » Et de rejeter la faute au CVP...****

X., vingt six ans, est en traitement depuis l'âge de vingt et un ans. Héroïne commencée à la fin de l'école vers dix sept ans. Pas de diplôme. Ses parents rêvent toujours du retour au Maroc et méprisent leur fils parce qu'il n'a pas de travail. C'est encore pire depuis que le père est au chômage « pour de bon ». On le trouve trop vieux même pour porter des caisses. Les frères se font du pognon dans les garages. Lui est le cadet et il ne sait pas ce qu'il veut. Personne ne lui offre un job. Il croit que la drogue est la cause de tous ses malheurs, alors il commence un traitement. Voilà neuf ans qu'il zappe toutes les nuits, seul devant la télé dans la maison endormie. Lever l'après-midi, télé.

* CORA :
Coordination
radicale anti-
prohibitionniste.

** Le Soir du 25
juin 1997

*** « Lorsque
santé rime avec
liberté... ». PRL -
Documents,
rapport approuvé
par le comité
permanent du
PRL le 24 mai
1997 à Verviers.

**** Le Soir
du 23 juin 97.

Quand c'est trop et que les allocations de chômage arrivaient, il ne savait pas dire non à une « tite tache » (héroïne servie sur aluminium).

Depuis qu'il est sous méthadone, il ne touche plus à ça. Quand c'est trop et que les allocations de chômage arrivent, il se bat avec lui-même pour d'abord payer son père (une sorte de loyer) et dépenser vite, pour ne plus rien avoir quand le mot cocaïne lui traversera la tête.

Un jour, il a ainsi acheté un vélo. On le lui a volé deux semaines plus tard, avec le cadenas.

Pas question de voir un psy : il dit oui, mais il lui faut des mois pour entamer la moindre démarche.

« Syndrome amotivationnel » qu'on appelle ça.

Il y a un an, sa mutuelle refuse le remboursement des consultations. Il n'y comprend rien.

Lentement, je parviens à remonter le fil de l'histoire. Il n'a pas répondu à une convocation de l'ONEM à se présenter pour un travail. Ni à une autre lui demandant des explications. Ni à une troisième lui apprenant qu'il était sanctionné pour quatorze semaines. Après les quatorze semaines, il omet de se réinscrire au chômage.

Quand je réalise pourquoi, le syndrome amotivationnel prend une nouvelle coloration : il ne sait pas lire ! Juste assez pour donner le change : lire mon horaire, la prescription, des mots ça va. Pas des phrases, il ne comprend rien.

Il n'a osé le dire à personne.

Les courriers officiels, il me les montre et je reconstitue l'histoire. Il avait tellement peur d'être découvert qu'il a caché les lettres, espérant que ça ne soit pas grave. Surtout, ne demander à personne de lire pour lui. Surtout pas moi : je crois qu'il tient à mon estime. Les copains, même les frères, ils auraient inventé n'importe quoi pour le faire marcher.

Ses parents ? Il croit qu'ils ne savent pas lire, mais c'est tabou.

Je découvre alors un génie de la stratégie. Les gazettes qu'il « lit » dans la salle d'attente, c'est pour être comme tout le monde. Les fausses demandes d'emploi, enveloppes remplies de toute boîtes en guise de curriculum vitae et l'adresse péniblement copiée en majuscules...

Bon sang, en voilà un que la méthadone va ramener à l'école !

Pendant que les discours généreux jouent au commando suicide pour couvrir le passage de textes pas très progressistes, des initiatives pas toujours très soutenues par le politique déminent le terrain au risque de sauter. A quelques semaines d'intervalle, « Fly, Tox ! » menace faillite et « Emergences » se crée avec un budget troué d'avance.*

« Fly, Tox ! », créé sur base d'une initiative privée en 1976, est un centre de traitement pour les usagers de la région de Liège. Centre à bas seuil d'exigence pour les usagers : toute demande y est écoutée. Mais à haut seuil d'auto-exigence pour les thérapeutes qui s'imposent des critères d'action et d'évaluation stricts. Rentrées (actes médicaux) et subsides (dérisoires) de « Fly, Tox ! » sont insuffisants pour financer les travailleurs psychosociaux. Bientôt la clé sous le paillason ?

A Schaerbeek, dans un quartier particulièrement ravagé, plusieurs associations s'occupant de personnes en situation précaire se proposent de collaborer avec Midrash dans le cadre de « Emergence » pour accueillir les usagers « hors de tous circuits » dans l'espoir de les réorienter vers une aide plus traditionnelle. Avenir ?

Ce sont deux exemples parmi d'autres. La prolifération des initiatives privées donne à réfléchir.

D'une part, il y a un besoin réel dans la population. Et souvent non solvable. D'autre part, il y a des personnes soucieuses de mettre leurs compétences au service de ce besoin, confrontées à la tentation ambiguë de simplement occuper un « créneau » susceptible de fournir du travail et d'attirer les financements.

Querelles d'école et courses au financement consomment une grande partie des énergies. Une polémique récente pouvait s'énoncer dans les termes : « on ne parle pas avec ceux de XYZ parce qu'ils mangent aux contrats de sécurité ». Des coordinations locales se mettent en place, avec des bonheurs différents.

Troisième acteur, le politique a coordonné ce foisonnement en évitant de stériliser les spécificités locales. La multiplicité des niveaux de pouvoir (local, régional, communautaire, fédéral), l'écartèlement stérile dans le binôme répressif-curatif, l'absence de concertation et de continuité dans les politiques (incompatibilités de vision entre décideurs simultanés ou successifs), le manque de visibilité ou de représentativité des interlocuteurs et les contraintes budgétaires rendent sa tâche particulièrement malaisée.

* Journal du Médecin du 24 mars 1997;
Le Soir du 23 août 1997.



Sans parler des collaborations internationales nécessaires (OEDT* et REITOX** viennent à peine d'éclorre).

Par-dessus ces difficultés, l'intrication des questions de toxicomanie avec l'ensemble des problématiques sociales et économiques souligne cruellement l'absence de projet de société. « Il est urgent de mettre un terme au recul scandaleux du sport, de la culture, du développement personnel dans et en dehors de l'enseignement pour les jeunes qui sont confrontés avec la drogue » déclare un porte-parole d'Ecolo.

Il n'est pas présomptueux d'étendre cette réflexion à l'accès à une activité rémunérée, à l'organisation du territoire et aux choix socio-économiques qui déterminent la façon dont nous nouons le lien social.***

Une ruelle de Molenbeek, le soir. Les pavés inégaux des trottoirs s'effondrent sous les camionnettes qui s'y garent. Les devantures poussiéreuses gardent les enseignes des commerces successifs qui les ont abandonnées.

Des groupes de jeunes s'animent en discussions mouvementées auxquelles se mêlent des habitants du haut de leurs fenêtres. Il est 20h35. Quelques médecins, des psy, des travailleurs sociaux attendent devant une porte enfoncée entre deux vitrines.

Plus qu'à leur aspect, c'est à leur façon de parler bas qu'on les reconnaît comme étrangers au quartier. Il est 20h40, la porte s'ouvre, l'intervision va commencer.

Femme de vingt cinq ans, portugaise, sans diplôme ni papier.

Sa famille vit au Portugal. Sa mère est très proche d'elle, tandis que le père « ne sait rien » de sa toxicomanie.

Quand la patiente avait six ans, son frère s'est noyé dans un puits sous ses yeux. C'était le seul garçon des six enfants.

Elle aime l'argent, et le dépense intensément, et considère tous les hommes comme des profiteurs. Elle n'a pas de projet. En prison pour recel, elle vit un amour « fou » avec le comptable de l'établissement, décrit comme un personnage abusant des condamnées, et qui la laisse tomber rapidement.

A sa sortie, elle cohabite avec une amie qui vient de former un couple, et se sent à l'écart.

Elle reprend immédiatement de l'héroïne à haute dose en fix, et entame un traitement, qu'elle suit de manière tout à fait erratique, mais sans couper la relation.

Le médecin, une femme, devant le déroulement irrégulier de la cure de méthadone, s'interroge sur l'opportunité de la poursuivre.

La dose de méthadone est de vingt mg par jour...

La dose délivrée étonne. Le médecin exprime l'importance accordée à la confiance dans cette cure; elle n'a d'ailleurs pas osé demander une analyse d'urines. Ce n'est pas pour le traitement que la patiente viendrait, mais pour le médecin. Il importe de redéfinir la pièce dans laquelle médecin et patient jouent.

L'hypothèse d'une névrose traumatique est développée : la noyade du seul enfant mâle de la famille en sa présence aurait entraîné un sentiment de culpabilité. Dès lors, la patiente se condamne avec sévérité, en menant une vie misérable, que seuls les opiacés soulagent.

Le groupe d'intervision propose au médecin de continuer la relation, afin de ne pas condamner davantage la patiente.

Quelques mois plus tard, le médecin revient sur ce cas pour en décrire l'évolution.

Suite à l'intervision, elle a discuté avec la patiente du sens de la poursuite du traitement et du rôle que la patiente lui faisait jouer. « Chez vous, je m'assied, je parle, et tout est

accepté » : le médecin joue un rôle de père nourricier. A la mort du frère de la patiente, le père s'est « retiré », n'a pas pris ses responsabilités (absence de deuil), et la faute est retombée sur la patiente, enfant.

Le médecin, capable de tout entendre, restaure la fonction paternelle, et ne la rejette pas.

En juillet 97, le président de la cinquantième chambre du tribunal correctionnel de Bruxelles entend un homme de vingt six ans interpellé au retour de Hollande, dont il ramenait du haschisch pour sa consommation personnelle.****

Son avocat utilise l'argument de « la plus basse des priorités » à réserver aux poursuites en matière de consommation de cannabis.

* OEDT : observatoire européen des drogues et toxicomanies, installé à Lisbonne en 1994.

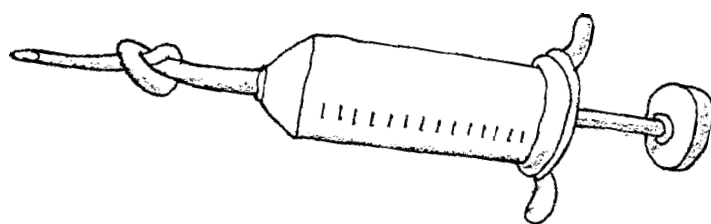
** REITOX : réseau européen d'information sur les drogues et les toxicomanies.

*** Près de Porto, des maçons toxico payés en « doses ». *Le Soir* du 10 mai 1997.

**** *Le Soir*, juillet 97.

Le président choisit d'interroger la cour d'arbitrage sur l'opportunité des poursuites. Il pose quatre questions portant sur la violation des articles dix et onze de la constitution (égalité des belges devant la loi, jouissance des droits et libertés sans discrimination) par la loi de 1921 sur la consommation personnelle. Il n'y aura pas de jugement sur le fond.

Août 97 : Le Luxembourg libéralise l'usage du cannabis.



*Toi qui ne trouve plus une veine sur tes bras
Moi assis devant toi
Que voulons-nous construire ?*

Clou



Pour les dépendants aux bouquins

Gestion des drogues en l'an 2000

Centre universitaire de Charleroi asbl
Drugbeleid 2000 vzw

Les 9 et 10 octobre 1996 s'est tenu à Charleroi un congrès national sur le thème « Gestion des drogues en l'an 2000 ». Organisé par le Centre universitaire de Charleroi et soutenu entre autre par les Communautés française et flamande et de nombreux ministères des quatre régions, le congrès a donné la parole à des dizaines d'orateurs issus du monde politique, universitaire, institutionnel et associatif belge.

Les actes du congrès remplissent quatre cent vingt pages et mêlent des dizaines d'interventions en français et en flamand.

Prévention, sécurité, répression et légalisation, coordination sur le terrain et aux différents niveaux politiques de la ville à l'Europe, marché et statut des drogues, réduction des risques, recueil de données et épidémiologie sont les thèmes les plus discutés.

On lira aussi des études sociologiques et anthropologiques particulièrement fouillées et très instructives sur la situation belge.

La profusion des intervenants, la multiplicité des approches et des perspectives étonnent sans pourtant épuiser les sujets. De la surveillance des mégadancings aux expériences de support par les pairs, des options politiques exprimées par P. Moriau ou J. Vande Lanotte aux témoignages des acteurs de terrain, les actes brossent un tableau certes non exhaustif mais riche de l'effervescence déclenchée par l'expansion de la consommation de drogue. De manière tout à fait partielle, mettons l'accent sur quelques participations.

● Jean-Louis Genard

Dans son intervention « **A propos du bien-être** », Jean-Louis Genard* nous raconte l'histoire des amours tumultueuses entre les concepts de démocratie, individualisme, bien-être et progrès scientifique.

Arrivant à notre présent, il constate que le reflux des acquis de l'Etat-Providence qui garantissait un bien-être confort, condition préalable d'un bien-être épanouissement, coïncide avec une accentuation de l'individualisme hédoniste.

On assiste dans le même temps à une banalisation

de la médicalisation du bien-être. Dans cette perspective, il refuse une approche réductrice de la question des assuétudes et estime que la pénalisation des drogues empêche de cerner clairement l'ampleur et la nature des questions qu'elles posent.

● Johan Vande Lanotte

L'intervention de J. Vande Lanotte, ministre de l'intérieur, manifeste une compréhension généreuse des problèmes de drogue qui contraste avec des prises de position ambiguës.

Dans une énumération des idées de base pour répondre aux problèmes de drogues, on peut lire : « 1. Les autorités désapprouvent la consommation de drogues et en font clairement la démonstration en ne modifiant pas la loi qui la pénalise... 5. L'intervention du juge pénal à l'encontre de l'usager doit être évitée ».

Il plaide par ailleurs pour une unification des politiques en matière de drogues et une transition des contrats de sécurité vers des contrats de société où seraient intensifiées les initiatives d'emploi et d'accompagnement social des usagers de drogues, ainsi que le renouveau des quartiers urbains. « ... la médicalisation d'un problème peut porter ses fruits, sauf si le fond du problème réside précisément dans l'inégalité sociale ... la consommation de drogues est un multiplicateur important d'inégalités sociales... la politique en matière de drogue doit offrir aux jeunes la liberté d'épanouissement ».

● Jean De Munck

Jean De Munck** réfléchit sur les nouvelles formes d'intervention étatique en matière de politique de drogues.

La prohibition fonctionne sur le modèle de la dissuasion, qui se manifeste par la répression pénale, la réprobation informelle du milieu ou la prévention.

Dans ce modèle, le sujet toxicomane ou non est considéré comme un décideur rationnel qui calcule ses plaisirs et ses peines (conception utilitariste de la subjectivité) et la loi est une contrainte extérieure avec laquelle le sujet a un rapport stratégique et non pas significatif. L'Etat intervient sur un mode « command and control », introduisant des « inputs » et attendant des « outputs » prévisibles en terme de comportement individuel.



Gestion des drogues en l'an 2000, Centre universitaire de Charleroi asbl, Drugbeleid 2000 vzw.
Maklu uitgevers
Antwerpen et Bruylant
Bruxelles, 1997,
420 pages

* *Jean-Louis Genard est professeur de sociologie à l'université libre de Bruxelles, aux facultés Saint-Louis et aux facultés Notre-Dame de la Paix. Il enseigne également la philosophie à « La Cambre ». Ses travaux portent principalement sur les questions éthiques. Il a notamment publié « Sociologie de l'éthique » (L'Harmattan, 1993).*

** *Jean De Munck travaille au Centre de philosophie du droit de l'université de Louvain.*

L'alternative « légalisation » peut se présenter comme un modèle « marché libre ». Basé sur la même conception du sujet et de la loi que le modèle dissuasion, le marché libre constate les effets pervers et contre-productifs de l'intervention étatique de type « command and control » et propose de le remplacer par un fonctionnement « régulation par les prix ». Le problème de la toxicomanie est alors renvoyé de la sphère publique vers l'espace privé, avec de substantielles économies, chacun étant responsable de ses choix.

Face à l'alternative dissuasion / légalisation, Jean De Munck décèle des pratiques qui ne sont pas réductibles à ce binôme et les interprète comme une nouvelle culture de la norme qui ne vise pas à transformer les contenus des normes mais la manière dont elles sont déterminées.

Le contenu de la norme dit : la drogue est interdite. Le mode d'insertion traditionnel de la norme est binaire (pas d'entre-deux), centré sur le pénal (hiérarchiquement supérieur au médical, au social et au psychologique) et décontextualisé (quel que soit le contexte, la norme s'applique).

Sur ces trois points, on assiste à un déplacement remarquable. La norme apparaît de moins en moins binaire : il est question de gérer l'entre-deux, de baliser les trajectoires individuelles par un accompagnement de l'usager de drogues. La place centrale de la norme pénale est remise en question : norme épidémiologique, norme interne de la vie subjective et autres reprennent droit de cité.

Nous ne sommes plus dans l'application stricte de la norme pénale, mais dans l'insertion de la norme pénale à l'intérieur d'une réalité complexe structurée par d'autres normes. La contextualisation des normes en apparaît d'autant plus cruciale pour leur efficacité et leur légitimité.

Dans cette évolution se dessine en creux une autre vision du sujet et de la loi. Le sujet n'est plus perçu comme un décideur rationnel mais comme un être parlant en interaction. Cette interaction pourtant est elle-même porteuse d'une normativité qui suppose le respect de la dignité de chacun et fait apparaître la loi comme un principe de sens qui permet la coopération.

Ce modèle interactionniste s'oppose non seulement au modèle utilitariste (prohibition/marché libre) mais aussi au modèle médical (guérir plutôt que punir) qui réduit le toxicomane à un organisme malade.

L'avenir de ce modèle interactionniste implique que les institutions rentrent dans un processus d'appren-

tissage permanent, substituant une attitude cognitive à un savoir normatif qui apparaît aujourd'hui comme un savoir bloqué.

Il implique aussi l'instauration d'une coopération efficace entre intervenants qui indexeraient leur action sur la gestion des trajectoires, l'inter-normativité et la contextualisation de la norme, dans le respect de l'autonomie des pratiques et l'établissement de relations de confiance.

Dans cet esprit, les contrats de société devraient progressivement se substituer aux contrats de sécurité.

● Quelques phrases-idées en guise de conclusion

« Comment remettre l'humain au centre et le marché à la périphérie ? »

(M. Decroly, député)

« Nous ne dirons jamais assez que la prévention primaire vise avant tout à diminuer l'impact des causes d'un comportement plutôt que de s'escrimer à faire disparaître le comportement lui-même ».

(L. Onckelinx, ministre-présidente du gouvernement de la Communauté française)

« Cette dépendance peut se déplacer selon les contextes et les parcours de vie vers d'autres objets ou systèmes totalitaires (alcool, médicaments, sectes, extrême droite, intégrisme, etc.). Il serait donc réducteur, voire peu opérant, de cibler le travail préventif sur toutes les formes d'usage de toutes substances psycho-actives illicites ».

(P. Jamouille, cellule toxicomanie du CPAS de Charleroi).

« ... de la toxicomanie comme lieu d'un désir inconscient à la toxicomanie comme mauvais choix, faute morale ou caprice pathologique, il n'y a qu'un pas... les toxicomanes devraient rencontrer une véritable suspension du jugement moral sur leurs actes ».

(J-P Jacques, médecin directeur du Projet Lama)

« ... ce n'est pas parce qu'on quitte le paradigme de la guerre à drogue que l'on aura pour autant la paix avec la drogue ».

(J-L Aucremanne, centre médical Enaden)

« Dépénalisation ne veut pas dire laxisme ».

(P. Moriau, député)



L'individu incertain

Alain Ehrenberg

L'individu incertain est le produit de notre société de désinhibition. Avec la démocratie, nous avons conquis la responsabilité de nous assumer en tant qu'individu mais dans le même mouvement, les repères fournis par la politique s'estompent et ne permettent plus de nous situer clairement dans la collectivité. Le rapport entre l'espace privé et l'espace public devient flou et fluctuant. « Nous codons aujourd'hui une multiplicité de problèmes dans le langage psychologique et particulièrement dans celui de la dépression, alors qu'ils étaient énoncés, il y a encore peu dans le langage social ou politique de la revendication, de la lutte et de l'inégalité. Cette subjectivation généralisée est une forme sociale et politique. Elle doit être analysée comme un processus historique et ne pas être réduite à la seule psychologisation des rapports sociaux ».

Dans « L'individu incertain »*, Alain Ehrenberg choisit d'explorer les limites de l'appropriation privée de l'espace public et celles du contrôle public d'une conduite privée au travers de la toxicomanie (première partie du livre appelée « Sister Morphine et miss Prozac », dont nous allons développer quelques idées) et de la télévision (« Le terminal relationnel », dont nous ne parlerons pas ici).

L'explosion du problème de la drogue coïncide avec l'expérience typiquement moderne d'avoir à s'inventer une identité en regardant vers l'avenir sans pouvoir s'appuyer sur des cadres symboliques traditionnels. Raccourci pour fabriquer de l'individualité, la drogue est vécue dans nos sociétés comme l'artifice qui met à mal la relation à soi et la relation à l'autre et éveille la hantise d'une vie privée illimitée, c'est-à-dire d'une société sans espace public. Elle exprime les tensions de la liberté moderne entre deux extrêmes : l'indépendance, ou liberté sans borne, et l'autonomie, capacité de se donner des lois.

● Conception de l'Etat et image de la drogue

Dans les années 50 et 60, la drogue s'impose aux Etats-Unis en tant que phénomène de société. Elle est une revendication politique du droit à disposer de soi, une aspiration à l'expansion de la conscience, une rébellion contre la société de consommation.

La société américaine se construit dans la juxtaposition d'individus indifférents les uns aux autres et dont la vie privée n'a pas à faire l'objet d'un contrôle tant qu'elle n'a pas d'effet sur les autres. Le pluralisme et la délibération sont les conditions de protection de la vie privée et sous-tendent toute décision collective. C'est une conception libérale qui recourt aux procédures pour protéger les droits naturels de l'individu.

Il n'en va pas de même en France. L'individualisme français traditionnel se forge dans le face à face individu / Etat qui se résout par une conception active de la citoyenneté. La liberté privée ne prend sens que si elle est prolongée par une élaboration collective : elle se définit par la participation à la formation de la loi.

L'importation dans la société française d'une démocratisation à l'américaine, appuyée sur le progrès et la consommation se fait au détriment de la conception républicaine de la politique : le type de liberté apporté par la consommation rend difficilement visible les liens d'appartenance entre individus. Sous-produit du développement économique, le bien-être n'est plus une conquête politique et perd sa dimension d'émancipation collective tout en favorisant une conscience de soi accrue.

C'est pourquoi, en France, le thème américain de « drogue énergie » ne peut s'implanter. Bien au contraire, la drogue y incarne tout le contraire : la passivité et l'absence au monde du toxicomane. Dans ce contexte de brouillage entre privé et public est promulguée dès décembre 1970 une loi interdisant l'usage de drogue.**

Avec la fin de la contre-culture et l'extension de leur marché, les drogues perdent définitivement leur valeur de contestation et deviennent un signe de déstructuration sociale, de mal-vivre, de malaise dans la communication, une recherche de la sensation démultipliée exclusivement marquée par le plaisir immédiat des sens.

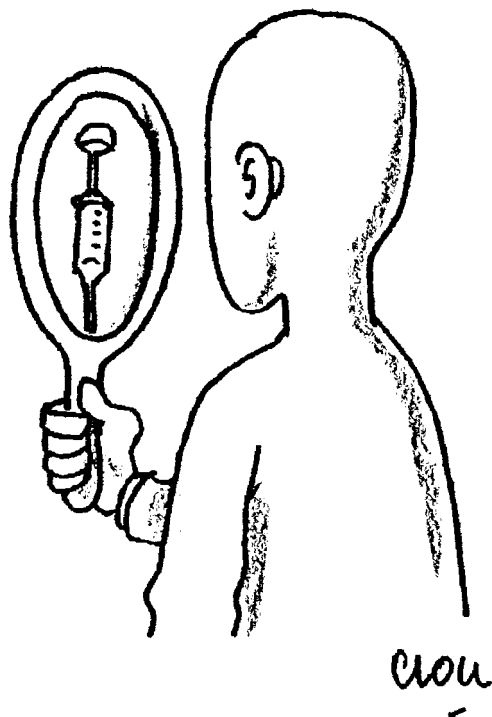
Apparaît ainsi dans les années 80 ce personnage appelé « le tox », représentation collective indifférenciée niant la diversité des mondes de la drogue. Cette représentation se nourrit de certains traits de la culture politique française : une vision du privé comme dépendant, une conception pédagogique et morale du rôle de l'Etat, l'absence de culture de la délibération. Dans cette conception paternelle du citoyen, l'Etat emploie la loi moins pour réguler

* *L'individu incertain*, Alain Ehrenberg ; chez Calmann-Lévy, collection *Essai Société* (1995) ; paru aussi en poche.

** En Belgique, l'usage privé de drogue n'est pas répréhensible. Seul l'usage collectif l'est. La portée de cette nuance se trouve réduite quand on sait que la détention de drogue est également répréhensible.

des pratiques que pour fixer des interdits et des normes. Sans débat : la délibération et le pluralisme représentent un risque d'invasion par les intérêts privés qui menacent de désagréger la sphère publique.

Le toxicomane ne peut être qu'un délinquant ou un malade. L'expertise politique disqualifie toute autre approche et refuse de voir dans la toxicomanie un comportement n'affectant que la vie privée. Quant à l'expertise médicale, elle repose sur la clinique individuelle et non sur une la santé publique : la question collective de la toxicomanie est traitée comme un ensemble de cas individuels.



● **Le triangle d'or : abstinence, désintoxication, éradication**

Soit, se conformer, être soigné ou être puni. L'interdit de la drogue focalise l'attention sur la clinique individuelle et réduit l'action politique à la question légale. Il évacue l'interrogation sur les limites de la vie privée, sur la hiérarchisation des risques pour la collectivité et sur la construction de l'interdit. C'est une loi-rempart et non une politique (au sens d'association pour l'action afin de résoudre des problèmes avec des objectifs précis en fonction de priorités qui font sens pour l'opinion).

** addiction : au départ, notion de droit romain exprimant l'obligation pour un débiteur incapable de rembourser sa dette de payer avec son corps.*

On comprend que dans ce climat mental, la France soit un des derniers pays d'Europe à mettre la méthadone en procès. Alors que l'apparent consensus sur les drogues a disparu de la société, c'est chez l'acteur politique lui-même que se trouve le lieu du blocage. Alain Ehrenberg décrit longuement les discussions françaises sur la substitution, écho des débats qui ont suivi en Belgique la proposition de loi Lallemand.

Pendant ce temps, la société évolue et on assiste à une réorganisation des rapports imaginaires aux drogues. Le triomphe de l'économisme favorise l'exportation du modèle « entreprise » hors de ses murs : la société du changement exige des individus trajectoires et exerce sur eux une pression psychologique énorme qui est maximale pour ceux qui sont « en bas ». La drogue devient une pratique d'auto-assistance, une automédication pour anesthésier l'angoisse, augmenter la confiance en soi et désinhiber l'action. C'est par ce biais que l'on voit apparaître les nouvelles dépendances : médicaments, alimentation particulière, jeu, travail... des toxicomanies sans drogues.

● **Les nouvelles dépendances : toxicomanie sans drogue**

Elles nous obligent à redéfinir la toxicomanie qui n'est plus centrée sur le produit ou sur la personnalité du toxicomane.

La drogue est employée à l'adolescence pour trouver des sensations fortes et répond à des motivations de désinhibition et d'euphorie. Ce n'est que plus tard que s'installe la dépendance sous l'influence de nécessités adaptatives (anxiété du sevrage, stress, difficultés socio-familiales).

La dépendance est une catégorie de comportements dont la recherche de sensations est le dénominateur commun. Elle est un trait commun à toutes les pathologies addictives*, avec ou sans drogue.

La relation addictive trouve sa source dans la perte de l'estime de soi selon la psychiatrie comportementaliste, dans la carence narcissique selon la psychanalyse. C'est une pathologie de l'agir qui réduit le désir au besoin. Elle aboutit à un rétrécissement / désinvestissement et à un repli sur soi. Elle offre au sujet un substitut objectal par lequel il assure sa continuité narcissique et se protège d'un effondrement dépressif. L'addiction ne devient un problème que quand elle est la seule solution dont le sujet dispose pour supporter ou faire disparaître sa souffrance mentale.



Image en miroir, l'addiction à la normalité sociale est l'avenir des psychotropes, tel le Prozac. Clé médicalisée du meilleur des mondes où l'on pourra sélectionner sa vie et adapter sa personnalité, le Prozac est le prototype de la drogue parfaite, sans toxicomanie...

Les nouvelles dépendances relativisent les drogues. Elles sont des demandes de sens et de reconnaissance de la souffrance qui se situent au-delà du normal et du pathologique et matérialisent les troubles relationnels qui accompagnent les processus de subjectivation de l'existence. A quoi peut mener alors la volonté de faire disparaître le symptôme sur le modèle thérapeutico-punitif de la drogue ? La loi doit se trouver non dans une morale ou une contrainte pénale s'exprimant dans une position d'autorité, mais dans une signification permettant de se diriger.

● Le drogué, condensateur de la responsabilité incertaine

Si nous voulons éviter tant la stigmatisation que la normalisation et redonner du sens à la responsabilité, nous devons trouver des outils. Une démarche est politique quand elle fait voir les problèmes et ouvre la discussion vers des perspectives d'action et des compromis acceptables au lieu de supposer un consensus moins qu'évident et reposant en partie sur un défaut de représentation.

Le débat ne peut se résumer à des sondages pour demander l'avis de l'opinion publique. Il nécessite une controverse technique entre experts afin de faire comprendre qu'il y a controverse et de rendre visibles les arguments. Il faut faire fonctionner l'espace public en l'investissant d'une question qui a une valeur collective.

Si le risque d'une conduite addictive est l'asservissement, la question politique ne peut être que celle de la liberté. Plus les cadres symboliques qui fixent les distances font défaut et plus nous devons penser les frontières entre public et privé, et nous interroger sur la loi. La crise de la fonction symbolique accompagne le processus d'individuation et aucune invocation à la loi-rempart n'y pourra quelque chose.

La question de l'interdit a deux aspects interdépendants : le maintien d'une distance minimale entre personnes sans laquelle la vie privée est aban-

donnée aux rapports de force, et celui d'une distance minimale à soi sans laquelle on se détruit. Dans nos sociétés démocratiques, l'interdit ne peut tenir lieu d'argument d'autorité : il doit être construit au lieu d'être imposé.

Drogues, le défi hollandais

Isabelle Stengers et Olivier Ralet

Le bouquin de Stengers et Ralet* paru en 1991 n'a malheureusement pas assez vieilli. L'ébauche de politique européenne que saluaient les auteurs en est toujours aux balbutiements. L'Observatoire européen des drogues et toxicomanies mis en place en 1995 construit ses outils. Les divergences de politique entre pays demeurent criantes. Alors que le Luxembourg dépénalise l'usage du cannabis en août 1997 (des embouteillages en perspective du côté de Martelange ?), les responsables belges réaffirment un non vigoureux à la dépénalisation tout en invitant le monde judiciaire à appliquer aux contrevenants la plus basse des priorités (?).

Cette acrobatie dangereuse nous replonge directement dans le débat soulevé par Stengers et Ralet. Le défi hollandais, ce n'est pas un choix « pour » la drogue, distribuant joyeusement haschisch et méthadone à tous vents. C'est une conception de la démocratie.

La singularité du choix démocratique par rapport à d'autres choix possibles tient moins à une question de contenu qu'à une question de modalités. Ce choix ne dicte aucune solution. Il interdit par contre d'ignorer, dans la définition des solutions, c'est-à-dire des modes de gestion du collectif, le fait que ces modes anticipent et suggèrent, par la manière dont ils s'adressent à l'individu, ce qu'est cet individu et ce qu'il peut.

Du choix démocratique devraient être exclus l'ensemble des modes de gestion qui impliquent la supposition-anticipation-suggestion de la stupidité ou de l'infantilisme des individus qui constituent cette société. Car s'ils sont définis comme stupides ou infantiles, la démocratie ne peut, elle, se définir que comme manipulatrice.

Si l'interdiction des drogues n'a pas été en France le produit d'une position technique du problème de la consommation des drogues, c'est parce qu'il s'agissait avant tout de donner force de loi à un consensus moral : « il ne faut pas se droguer » .

Le consensus moral s'exprime toujours en termes

* *Drogues, le défi hollandais ; Isabelle Stengers et Olivier Ralet ; Collection les empêcheurs de penser en rond ; (1991) 116 pages.*

Traitement à la méthadone, manuel américain, M. Parrino, Consensus Panel Chair, paru en français aux Editions Médecine et Hygiène, 1994 320 pages

de phrases-slogan qui désignent celui qui ne serait pas d'accord en tant qu'ennemi. Il définit une évidence qui doit être partagée par tous, et non un choix susceptible de discussions. Les exigences de la démocratie s'avèrent être l'acceptation d'une position technique du problème à résoudre alors que le consensus moral brouille la distinction entre gestion du collectif et choix individuel, définit la collectivité comme troupeau à conduire pour son plus grand bien et choisit les experts susceptibles de confirmer la justification de ce bien.

Par opposition, la philosophie de traitement aux Pays-Bas constitue une « invention technique », une réponse à la question : comment empêcher l'idéal d'abstinence de faire obstacle aux possibilités de prendre soin de ceux qui n'adhèrent pas à cet idéal. Elle fait le pari de s'adresser aux toxicomanes comme on s'adresse à des citoyens dans une société démocratique. Délaissant le rôle de thérapeute comme celui de Père symbolique, l'Etat n'a ni à normaliser ni à sanctionner. Dans la conception hollandaise, il s'interdit de faire comme si les choses devaient finir par se soumettre aux impératifs et adopte une position de type santé publique en créant l'instrument de contrôle d'un phénomène sans se donner le droit de le juger. C'est une solution technique qui anticipe que les citoyens sont capables de comprendre, de discuter et de s'approprier les questions qui se posent au collectif.

Exercice : après avoir relu le texte vif et pétillant de Stengers et Ralet, essayez d'analyser à sa lueur les conclusions de la commission drogues du parlement belge. Prévoyez une réserve d'aspirine.

Les drogues en Belgique, Sergio Carrozzo et Frederic Moser ; Editions EVO ; 1995, 111 pages

Les drogues en Belgique
Sergio Carrozzo et Frederic Moser

Ouvrage didactique bourré d'informations, « Les drogues en Belgique » explore de manière claire et simple les multiples facettes du phénomène. Des définitions à l'histoire et à l'économie de la drogue, des législations aux traitements, des statistiques aux adresses utiles, ce manuel d'une centaine de pages constitue non seulement une bonne introduction, mais aussi un outil pratique pour les intervenants en prévention.

Traitement à la méthadone, manuel américain
M. Parrino, Consensus Panel Chair

Destiné au personnel soignant, l'ouvrage décrit les théories et la pratique du traitement à la méthadone. Chaque chapitre explore un aspect du traitement : santé publique, aspects cliniques, procédure d'admission, dosage, analyses d'urines, grossesse et méthadone, SIDA et maladies infectieuses, intégration à la communauté... et se termine par une liste de conseils et un résumé.

On y trouve aussi des tableaux de directives ou d'évaluation, des formulaires types (pour le consentement à un test de grossesse ou SIDA...) et une foule d'autres instruments.

Outil fort pratique donc, mais essentiellement américain : les traitements de substitution aux Etats-Unis sont intégrés dans des programmes officiels et disposent généralement de ressources peu comparables aux nôtres. Les aspects sociaux et psychologiques sont également peu développés. Petits bémols qui n'enlèvent rien à la valeur de référence de l'ouvrage. ●

Ouvrages lus et présentés par Axel Hoffman

La méthadone, un soin de santé primaire?



« Jamal cherche du boulot, sans résultat... Il deale juste ce qu'il faut pour survivre mais assez pour se faire repérer. Son rêve : réussir avec son groupe de rap et devenir une star... ». C'est en ces termes qu'est présenté le travail réalisé en 1997 par les jeunes du « Douzerome », un atelier vidéo de Saint-Gilles.

Comportement d'original, puis comportement de marginal ou de looser, l'usage de drogue est devenu un comportement banal. Banal, mais pas anodin ni insignifiant.

Dans le même temps, l'accompagnement des usagers, domaine jusque là réservé à quelques intervenants spécialisés, s'est « démocratisé ». L'apparente dispersion des articles que nous vous avons

présenté est à l'image de la diversité des approches, des réflexions et des pratiques. Image par ailleurs fort incomplète, tant les initiatives sont variées et multiples.

Nous voulons croire que l'accueil des usagers de drogues par la première ligne de soins de santé marque une évolution des représentations. Le débordement du réseau spécialisé et du système répressif par l'extension du phénomène de la toxicomanie a sans doute favorisé le recrutement de « nouveaux intervenants ». Mais simultanément émergeaient le concept de l'usager de drogue « citoyens comme les autres » et les conceptions sociogénétiques du développement des dépendances.

Citoyens comme les autres, c'est-à-dire avec la même dignité et les mêmes droits aux soins de santé que chacun. Que des soignants de première ligne refusent les soins aux toxicomanes ou qu'on interdise à ces mêmes soignants de dispenser ces soins sont deux attitudes qui ne sont plus défendables.

De même, les théories psychologiques et neurobiologiques sur la genèse des dépendances n'épuisent pas la question. Dut-on les considérer comme circonstanciels, les facteurs socioéconomiques n'en sont pas moins réels et puissants. Il y a donc une implication politique et une responsabilité de la société civile dans la détresse qui tôt ou tard marque la dépendance aux drogues.

A ce titre, les soignants de première ligne ont un double rôle à remplir : être le premier maillon de la relation d'aide qu'une société civilisée se doit d'assurer, et aussi témoigner de ses dysfonctionnements.

La place des soins de santé primaires dans l'accueil des usagers de drogues ne nous paraît pas prêter à discussion dans son principe. Il reste néanmoins à préciser cette place.

Entre la structure « horizontale » des soins de santé primaires (approche globale de l'ensemble des problématiques) et les structures verticales des institutions spécialisées, le lien est actuellement convivial. Avec le temps, leur articulation demandera néanmoins une plus grande définition.

*Axel Hoffman,
médecin
généraliste*

L'importance du phénomène se reflète dans les budgets "santé" consacrés à la toxicomanie en 1997.

Quelques chiffres :

- *la Commission communautaire française alloue un total de 95.000.000 francs aux services actifs et aux initiatives dans le domaine des toxicomanies*
- *la Communauté française consacre 28.000.000 francs à la prévention primaire en toxicomanie*
- *la Commission communautaire commune alloue 9.000.000 francs pour les frais découlant d'activités en matière de toxicomanie*
- *l'INAMI estime à 1.000.000.000 de francs son intervention en soins aux toxicomanes*
- *le ministère de l'Intérieur et la région de Bruxelles-Capitale consacrent 100.465.000 francs pour les contrats de sécurité et de prévention à Bruxelles et 62.695.400 francs pour les frais de fonctionnement et de personnel.*

Source: Bruxelles Santé n°6, juin 1997

D'autre part, on peut se demander s'il est bien du ressort du soignant d'être le seul dispensateur de produit de substitution. La « descente » de la prescription de méthadone de l'institution spécialisée vers le généraliste conserve la mainmise du médical sur les produits de substitution. S'il est d'élémentaire prudence qu'il y ait contrôle médical sur l'indication et le déroulement « physiologique et biochimique » du traitement, on voit se développer des pratiques dont le seuil d'exigence est de plus en plus bas.

Animées par l'idée de sécurité et de réduction des risques, ces pratiques tendent vers des modèles de « distribution » à surveillance médicale minimale. Assurant l'accessibilité maximale et sans contrainte des traitements de substitution, elles visent à permettre aux plus « désinsérés » d'amorcer une progression vers une prise en charge thérapeutique. La vigilance reste de mise: poussé à bout, le raisonnement pourrait déboucher sur un concept de distribution voisin des restos du coeur ... Politique-fiction?

Ce sont là quelques questions que pose la méthadone aux soignants de première ligne. Parmi tant d'autres...

On dit que le chant est plus fort que la parole.

Au-delà il y a le cri.

Au-delà encore, il y a le silence.

Donner la parole au silence du toxicomane... ●