

SOINS DE SANTE AUX USAGERS DE DROGUES : CONTRÔLE SOCIAL OU AUTONOMIE INDIVIDUELLE ?

Didier DE VLEESCHOUWER¹

Le modèle développé en Communauté française en matière d'offre de soins aux usagers de drogues est performant et diversifié, même s'il s'est profilé sur "l'épidémie" d'héroïnomanie qui a pour longtemps fait du drogué un objet de soins. L'auteur nous invite à rester attentifs à certaines constantes qui pourraient "gripper" la bonne compliance² et l'accessibilité détendue de ce modèle. Parmi celles-ci, le primat du sécuritaire, la volonté de contrôler et la peur. Le nouvel Arrêté Royal du 6 octobre 2006 réglementant le traitement de substitution constitue un bon exemple de cette tendance.

Mots-clés

- autonomie
- contrôle
- accessibilité
- modèle de soins
- substitution
- héroïne

1. Sociologue, membre de la Commission "Drogues" du Centre d'Action Laïque.

2. Comportement qui consiste à suivre correctement les prescriptions d'utilisation des médicaments.

3. Publié dans le Moniteur belge du 21 novembre 2006.

4. Comme les prostitués, ailleurs.

5. Yves Ledoux, chargé de mission à l'Institut Pharmaco-

Nouvelle réglementation du traitement de substitution

Cet article sera publié juste après la promulgation de l'Arrêté Royal du 6 octobre 2006 modifiant celui du 19 mars 2004 réglementant le traitement de substitution.³ Belle victoire pour ceux qui pensent ainsi figer le modèle belge (un des plus "libéraux") et donner à la substitution une accessibilité bien contrôlée. Petite défaite pour ceux qui pensaient que nous avions développé en Communauté française une offre de soins accessible et diversifiée, un "modèle" envié. A tout le moins, un fameux retour en arrière sous une forme soft produit par la culture du consensus dont notre pays a le secret mais aussi par une étonnante volonté de centralisation.

Rien n'échappera plus à Big Brother qui

enregistrera les données via les organismes de tarification pharmaceutique. Ainsi dans le meilleur des mondes de demain, les médecins prescripteurs se feront enregistrer⁴ dans un centre (ou réseau) agréé, les patients de la substitution ne frauderont plus, les overdoses à la méthadone n'existeront plus et nos amis flamands ouvriront largement leur porte à l'accessibilité contrôlée de la substitution.

Sept overdoses de méthadone à Tongres auraient précipité la promulgation de l'AR aux dires de Yves Ledoux.⁵ Tongres est précisément la commune belge dans laquelle la prévalence des patients sous méthadone par habitant est la plus faible, selon l'étude⁶ de M. Ledoux. In fine, c'est bien la loi dictée par le plus faible qui devient la règle générale, la marque de l'intérêt supérieur du sécuritaire sur les visées de santé publique, bref un dispositif en

mesure de rassurer le bourgmestre de Tongres et le ministre de l'Intérieur, M. Dewael. Nulle considération pour cette accessibilité détendue⁷ qui nous avait permis d'ériger un modèle et qui, appliquée à Tongres, aurait probablement permis d'éviter l'enchaînement de ces accidents.

Reste à voir si nos amis flamands qui réclament pour eux plus de contrôle récolteront les fruits de cette législation⁸ et ceci, sans rendre le modèle moins performant en Communauté française par le désinvestissement de médecins moins impliqués. Résister à cette mesure d'exception⁹ (ne pas l'appliquer) serait le meilleur service que leurs confrères coutumiers de la substitution pourraient rendre au modèle actuel.

Peur, primat du sécuritaire et contrôle

Cet arrêt sur image a le mérite de nous rappeler quelques constantes dans l'offre de soins aux usagers de drogues malgré les avancées positives des dernières années : peur des soignants, primat du sécuritaire dans les stratégies de santé, contrôle des patients usagers de drogues perçus comme intrinsèquement manipulateurs et déviants. La délivrance contrôlée de diacétylmorphine envisagée dans le projet-pilote à Liège portera encore mieux cette marque de fabrique. Curieusement, le projet s'adresse aux usagers les plus désinsérés, les plus rétifs à l'offre de soins traditionnelle qu'on souhaiterait rendre docile à un système des plus rigides par la carotte de l'héroïne prescrite. Si nous sommes invités à comprendre qu'il s'agit du prix à payer pour faire passer le projet, formulons au moins le souhait d'un assouplissement rapide, après évaluation, à la manière de ce qui s'est déroulé pour la prescription de la

méthadone à partir des années 90.

Cette volonté de tout contrôler (du médecin au patient) s'inscrit en filigrane des exigences (bien décrites par Jean-Louis Genard¹⁰) de l'Etat-réseau qui caractérise l'Etat moderne, "dont la finalité revendiquée est de restituer aux acteurs vulnérables des capacités, de l'autonomie, de les rendre à nouveau responsables d'eux-mêmes". Or l'autonomie ci-décrite est une modalité intrinsèquement humaine d'adaptation aux multiples dépendances individuelles qui la garantissent. Elle est l'exact opposé de la toxicomanie et de l'illusion que celle-ci sous-tend (l'indépendance). Certes, il arrive que des patients dépendants (de substances) réclament aux soignants et/ou à la société le contrôle dont ils se sentent dépossédés. Dans certains cas, il est même raisonnable de donner une réponse bienveillante à cette demande. Mais l'erreur consisterait à généraliser ce contrôle externe. Si soigner une toxicomanie veut bien dire restituer à l'individu son autonomie, c'est-à-dire une capacité individuelle de manager ses dépendances, d'en assurer la bonne gestion, d'apprendre la modération, bref de se contrôler soi-même, alors il me semble raisonnable de considérer que le contrôle externe ou social ne peut être qu'une modalité partielle et momentanée, jamais un système de soins généralisé. Imagine-t-on que le repérage des doubles prescriptions, le fichage ou la délivrance quotidienne de la méthadone rendront ces patients plus responsables et autonomes ou moins toxicomanes ?

Le modèle développé en Communauté française, celui-là même que l'on cherche à cadenciser, est exemplaire par la diversité de l'offre qu'il permet, par son adaptation relative à la multiplicité des demandes de soins et par son élargissement bien au-delà de la santé mentale.¹¹

Epidémiologique (organisme privé qui sera chargé de collecter les données) a tenu ce propos notamment lors de la journée d'étude "Substitution" : enjeux sans frontière", organisée par La Liaison Antiprohibitionniste le 24 novembre 2006 à Tournai.

6. Cette étude a été menée auprès des 10.000 usagers de drogues bénéficiant en Belgique d'un traitement de substitution. Voir notamment l'ouvrage "Evaluation de la délivrance de méthadone en Belgique", publié par la Politique scientifique fédérale, Academia press, Gand, 2005.

7. Mais soumise à la déontologie médicale et au contrôle des commissions médicales.

8. De manière implicite, cette législation promeut, pour lutter contre la double prescription, le juste dosage de méthadone. Celui-ci peut parfois être élevé.

9. Ce type de contrôle n'existe pour aucun autre traitement médical.

10. Propos publiés dans "Santé mentale et citoyenneté. Les mutations d'un champ de l'action publique", ouvrage collectif de Jean De Munck, Jean-Louis Genard, Olgierd Kutty, Didier Vrancken, Didier Delgoffe, Jean-Yves Donnay, Martin Moucheron, Claude Macquet, Academia Press, 2003.

11. De la réduction des dommages à la postcure résidentielle, en passant par une importante collaboration des médecins généralistes.

12. A titre d'exemple, la cocaïne est pourtant un produit connu et utilisé de longue date par les héroïnomanes.

Cette évolution est le résultat d'un travail formidable réalisé par une génération de soignants à l'écoute de leurs patients et qui se sont adaptés. Il reste néanmoins profondément marqué et conditionné par le traitement des héroïnomanes consécutif à l'inflation d'héroïne des années 1980-1990, qui a consacré l'utilisateur de drogues illicites comme "objet de soins". Aujourd'hui, on "diagnostique" de plus en plus de polytoxicomanies. Ce phénomène est pourtant loin d'être contemporain mais il a été masqué par les problèmes submergeant de l'héroïne.¹² Or l'épidémie d'héroïnomanie a été en grande partie jugulée par l'offre de traitement (notamment la substitution) et le marché des drogues, laissé aux seules mains de la mafia, s'est orienté ces dernières années vers des drogues plus psycho-actives, réponse du loup à la bergère dans une société qui soigne les héroïnomanes et privilégie plus que jamais performance et individualisme.

La réduction des dommages est probablement la réponse actuelle la plus adaptée à ce phénomène émergent. Mais il conviendrait de rester attentif à deux écueils : le désir de soigner au-delà de la demande l'usage de toute drogue et le déplacement de la demande vers d'autres lieux d'aide et de soins. Les décompensations cardiaques ou paranoïaques, les dépressions, voire les épisodes maniaco-dépressifs, consécutifs à l'usage massif de cocaïne constituent de nouvelles préoccupations pour lesquelles la substitution et le modèle qui la sous-tend n'apportent pas toujours de réponses adaptées.

Risques des cloisonnements

Ainsi les doubles diagnostics sont à l'ordre du jour pour les années à venir. Ils ont le mérite de réactiver en Communauté française des circuits psychiatriques qui étaient peu mobilisés

dans le traitement de cette population, mais ils comportent le risque de stigmatiser plus encore l'utilisateur de drogues. L'élargissement (théorique) du champ des assuétudes et l'activation incessante des réseaux sont aussi un signe des temps ; mais du même coup, plus que jamais les soins de santé participent à un ciblage des publics qui recoupe le vieux clivage licites/illicites : tabagisme, alcoolisme, héroïnomanie, cocaïnomanie, dépendance aux jeux sont rarement soignés dans les mêmes lieux et par les mêmes intervenants.

Enfin, l'inscription d'une citoyenneté affirmée dans la sphère du médico-psycho-social par l'intermédiaire des associations d'utilisateurs, bien qu'elle soit souvent souhaitée, fait hélas défaut ou reste marginale et cloisonnée dans le champ des thérapies abstinentielles. Certes la superbe efficacité de la prévention par les pairs dynamise le champ de la réduction des risques mais il conviendrait de mobiliser aussi les utilisateurs de drogues pour qu'ils s'expriment collectivement en qualité d'observateurs privilégiés des pratiques de soins et des politiques "drogues" et pour nous rappeler que la consommation de drogues est à bien des égards un comportement humain d'ordre récréatif hors du champ pathologique. ■