

TRENTE ANNÉES DE SOINS AUX USAGERS DE DROGUES ET AUX TOXICOMANES

Interview de Serge ZOMBEK¹, réalisée par Etienne CLÉDA²

Les premières initiatives de prescription de méthadone dans les années 70 ont été interrompues par plusieurs procès retentissants. Plus tard, la question des soins aux toxicomanes a été remise en question par l'arrivée du sida et la montée en force du mouvement antiprohibitionniste. Le corps du toxicomane devient objet de soin indépendamment du traitement de sa dépendance. Au début des années 90, une vague sécuritaire conduit à la mise en place des contrats de sécurité et des Maisons d'accueil socio-sanitaire, les Mass. Faciliter l'accès aux soins devient un enjeu social et de sécurité publique. Plus récemment, les protocoles de sevrage bref et la Clinique du cannabis connaissent des succès relatifs. Les polytoxicomanies progressent en même temps que la proportion d'usagers de drogues en dérive sociale. Deux phénomènes liés ?

Parcourons ces 30 années avec Serge Zombek, témoin et acteur des soins apportés aux toxicomanes depuis le début des années 80.

Mots-clés

- soins
- bas seuil
- MASS
- sida
- anti-prohibition
- substitution
- protocole de désintoxication ultra rapide
- désinsertion sociale
- polyconsommation

1. Le docteur Serge Zombek dirige le service psychiatrique du Centre hospitalier universitaire Saint-Pierre à Bruxelles et préside la Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes (Fédito).

Les Cahiers de Prospective Jeunesse ont choisi de consacrer le dossier de ce numéro aux "soins". Comment situer ces soins dans le paysage des interventions adressées aux usagers de drogues et aux toxicomanes ?

J'avais écrit, il y a bien longtemps, un article dans lequel je proposais différentes fonctions que peut endosser la prescription de méthadone (sanitaire, préventive des risques, sécuritaire et/ou adjuvante d'une psychothérapie). De manière générale, vouloir définir les soins revient à réfléchir sur la fonction qu'on leur assigne.

De plus, il existe un autre enjeu entre celui qui intervient et celui qui s'adresse à lui. Si une personne se présente dans

une maison d'accueil ou dans un service social, il vient voir un professionnel pour lui adresser une demande ou lui exprimer une détresse. En réponse à ce besoin, quel statut donner à une offre qui ne serait pas d'emblée une offre de soin mais, par exemple, une intervention définie en termes de lien social ? N'aurait-elle pas un caractère préventif en matière de santé, en particulier de santé mentale ? En effet, un certain nombre de déterminants d'ordre socio-environnemental peuvent faire basculer un destin, une existence du côté du dysfonctionnement et de la maladie plutôt que de la santé et d'un fonctionnement ou de l'équilibre plus ou moins souple.

Cette question est importante car

aujourd'hui la tendance est de produire des réponses médico-sanitaires pour résoudre les conséquences plutôt que de réduire les "facteurs causaux" et ce au risque évident de la médicalisation de problèmes sociaux et politiques. Elle interroge quant à la légitimité pour le secteur des soins de mettre en place ou non, et selon quelle vocation, des dispositifs qui augmentent le lien social.

Ce phénomène a été beaucoup décrié lors de la mise en place des contrats de sécurité. En 1994, Louis Tobback, alors ministre de l'Intérieur, soutient l'idée de résoudre des problèmes de sécurité publique entre autres par l'augmentation de l'accès aux soins de ceux qu'ils identifient comme potentiels fauteurs de troubles. La prescription de méthadone et la maintenance proposées aux "toxico-délinquants" sont des moyens pour atteindre cet objectif. Les Mass seront un des résultats d'un accord inter-cabinet entre l'Intérieur et la Santé publique autour de cette conception multifonctionnelle de l'aide et de l'intervention.

Les Mass (1994-1999) seraient-elles des instruments de médicalisation du lien social ?

Les Maisons d'accueil et de soin ont été créées pour les usagers de drogues et les toxicomanes qui ne sont pas suffisamment pris en charge par le réseau traditionnel. Avec une offre de soin de bas seuil, elles permettent d'attirer, d'accrocher, de faire lien et de réorienter ces patients.

Il y a deux aspects dans les projets des Mass. Elles s'inscrivent bien évidemment du côté de l'aide aux personnes en offrant des soins, de l'aide sociale et médico-psychologique de bas seuil. Par ailleurs, au moment de leur conception, les Maisons d'accueil seront placées clairement (car il s'agit d'un message politiquement porteur) du côté de la

sécurité avec un important aspect de prévention des délinquances urbaines. Le secteur de l'aide sociale et du soin considérerait pour sa part qu'en rendant possible une accroche avec un dispositif socio-sanitaire, on améliore l'inscription sociale de certains usagers de drogues en dérive et on diminue les effets secondaires de cette désinsertion.

C'est probablement pour cela que les activités des Mass s'opéreront avant tout dans le cadre de l'Inami par le biais d'une convention de réadaptation fonctionnelle. La personne est invitée à retrouver une "normalité fonctionnelle" et donc bénéficier d'un soin dans le cadre d'un dispositif multidisciplinaire, comme dans le cas d'un handicap dû à un accident ou de la revalidation des diabétiques. Ici le travail vise comme revalidation, l'autonomie et l'inscription sociale.

La principale spécificité des Mass tient également en leur mode de financement qui permet une fréquentation souple, irrégulière, voire chaotique, ce qui n'est pas le cas d'autres modes de financement qui imposent régularité et structure.

Celui-ci est particulièrement adapté à des populations dans l'errance, qui n'ont pas mis à l'ordre du jour un arrêt de la consommation. Si elles continuent à consommer et viennent chercher un soin autre, ou un peu de méthadone, ce dispositif permet de faire un travail d'approche très long, dont l'ambition est différée, sans contrat, etc.

Si l'on remonte dans le temps, la prescription de traitement de substitution dans les années 70 constitue une première forme de soin apportée aux toxicomanes.

Pendant une période de dix ans, ce sont les psychiatres de ville et hospitaliers

2. Consultant-formateur, Prospective Jeunesse.

3. Jacques Baudour a eu le malheur que les parents d'une de ses patientes aient porté plainte. Elle était morte d'une overdose, sans doute pas avec les produits qu'il avait prescrits. Il a raconté son expérience dans "L'amour condamné. Esquisse d'une psychothérapie des toxicomanes", Paris, 1995.

qui prescriront des traitements de substitution. Ce temps s'est interrompu assez brutalement après plusieurs procès et "scandales", dont celui du docteur Baudour.³ Ces prescriptions avaient certes connu certaines dérives car un petit nombre de médecins étaient quasiment devenus des vendeurs de méthadone injectable.

Au début des années 80, à part quelques psychiatres et médecins généralistes travaillant en équipe dans les maisons médicales, les centres spécialisés comme le Projet Lama reprennent le flambeau de la substitution d'une manière très structurée et cadrée, de manière à rassurer l'Ordre des Médecins et l'Inspection des Pharmacies.

C'est ainsi que, lorsque je commence la psychiatrie, même si je sais vaguement qu'il existe plusieurs modalités de soins des toxicomanes, je constate que la plupart des toxicomanes que je rencontre à l'hôpital disent vouloir être désintoxiqués. Je comprends très rapidement que c'est la seule carte de visite qui leur ouvre les portes de l'hôpital où ils seront enfermés, où ils recevront un traitement symptomatique du manque, rapidement dégressif pendant quelques semaines après quoi, petit à petit, des sorties seront autorisées. La drogue est par la psychiatrie traditionnelle considérée comme le danger absolu. Il ne faut surtout pas qu'elle pénètre dans l'enceinte hospitalière, réputée protectrice. Le tout est d'être assez fort et assez soutenu pour ne plus y toucher pendant et après sa désintoxication.

Mais j'ai la chance d'avoir comme maître de stage, la très "célèbre" Micheline Roelandt qui a connu la période "méthadone sans entraves" et propose toujours ce type de traitement à la consultation de l'hôpital Brugmann. L'hôpital et le Projet Lama constituent

alors, avec quelques maisons médicales, le noyau dur de la substitution à Bruxelles.

Les années 80 sont marquées par plusieurs ruptures, dont l'arrivée du sida.

Au même moment, le secteur médical découvre une maladie nouvelle, le sida, qui touche quatre sous-populations particulières, les Haïtiens, les homosexuels, les hémophiles et... les héroïnomanes, les fameux quatre H.

Si ces populations sont parfois perçues comme des vecteurs potentiels de cette pandémie, pour le secteur de la santé, elles sont d'abord en danger et nécessitent une attention particulière en termes de prévention et de prise en charge.

Et pour la première fois d'une façon aussi radicale, on se soucie de la santé et du statut infectieux des patients héroïnomanes. Avant le sida, on pouvait même entendre que la mort d'un toxicomane, d'une affection organique comme d'une overdose, s'inscrivait dans un parcours déterminé par "un choix de vie ou de mort" et qu'il n'appartenait pas au médecin de dévier de façon "intempestive". J'exagère à peine. Mais tout à coup, les toxicomanes ont un corps, un corps qui souffre et cela semble cette fois très clair, ils ne l'ont pas "choisi", cela ne semble pas déterminé pas leur masochisme structurel.

Les épidémiologistes font, dans le même temps, ce constat étonnant : là où il y a une prescription de méthadone, il y a moins de cas de sida et là où il y a le plus de sida, c'est là où il y a le moins de facilité d'accès à la méthadone.

Ainsi le traitement de substitution n'est plus tenu uniquement comme un soin de la maladie "toxicomaniaque" pour

laquelle les gens viennent demander de l'aide, à savoir la dépendance à l'héroïne, mais il peut constituer une méthode préventive, réduire les risques de certaines maladies comme le sida.

Forts de ces constatations, les acteurs socio-sanitaires nourrissent une conviction qu'il vaut mieux, finalement, postposer l'ambition du patient, voire du thérapeute, d'atteindre au plus vite la terre promise de l'abstinence, quitte à ce que l'usager de drogues (on commence à parler comme ça) demeure "dépendant" d'un opiacé mais reste en vie et en bonne santé plutôt qu'il ne meure des complications d'une infection, à l'époque presque toujours fatale, mais "guéri", désintoxiqué, selon l'idéal sanitaire. La survenue du sida avait permis de développer des idées qui auraient été irrecevables dix ans plus tôt.

parallèle à cette époque. Il soutient que l'usage de stupéfiants pourrait être tenu pour un style de vie, une manière d'être, que l'on doit respecter.

Considérant ce mode de vie respectable, un soin doit pouvoir être apporté sans poser de jugement "sanitaire", c'est-à-dire un jugement distinguant un "normal" d'un "pathologique" dans une perspective d'obligation, même morale seulement, de proposer un "soin à tout prix".

Ce courant propose que l'on puisse envisager la santé du toxicomane comme celle de tous ceux qui prennent des risques. Avec "Citoyen Comme Les Autres" et d'autres associations de défense et groupes d'usagers, des réflexions sur la réduction des risques a excédé le seul champ de la santé pour se voir appropriées par les usagers eux-

Le sida transforme le regard sur le toxicomane

A cette époque-là, on travaillait beaucoup autour de ce sida qui signifiait la mort quasi assurée. Je pense à une de mes premières patientes, quand je suis arrivé à Saint-Pierre en 1986. Lorsqu'elle est devenue séropositive et qu'elle a commencé à développer un sida particulièrement agressif, elle a acquis, en même temps que son immuno-déficience, un statut nouveau pour le corps médical et pour sa famille. Des liens sociaux se sont "miraculeusement" rétablis. Elle a accouché d'un enfant séropositif, rapidement tombé malade, lui aussi.

Elle a constitué un cas "difficile et scientifiquement passionnant".

Ses fonctions supérieures se sont progressivement altérées et elle est morte dans des conditions abominables sur le plan mental, quasi confuse. Mais elle est morte "guérie de sa toxicomanie", d'une vraie maladie, certes un peu honteuse, mais une vraie maladie, entourée de tous les siens qui ne voulaient plus la voir lorsqu'elle était une "sale toxicomane".

Le sida avait modifié le regard porté sur elle, de même que son propre regard sur elle-même.

L'antiprohibition bouscule, elle-aussi, la manière dont les soins aux usagers de drogues sont compris dans les années 80 et 90.

En effet, un autre mouvement, entretenu et dynamisé par les options antiprohibitionnistes, existe en

mêmes comme une revendication d'un "droit à vivre dans la santé et la dignité".

Durant les années 90, les débats seront vifs entre les tenants d'une vision antiprohibitionniste et citoyenne de la réduction des risques, et ceux qui n'hésitent pas à étendre ce paradigme

adopté sur fond de sida à des perspectives hygiénistes et sécuritaires.

Pour ma part, je pense que les tentations sont toujours importantes de vouloir tout gérer à moindre "frais" idéologiques par une panacée qui se nommerait "méthadone".

Les années 2000 : polyconsommation et dérive sociale des usagers

D'autres questions comme celles de la prévention et de la politique des drogues autour du cannabis et de la réduction des risques en milieu festif ont pris place à l'avant scène ces dernières années.

Au niveau des soins proprement-dits, la Clinique du cannabis n'a pas connu un essor important. Probablement parce que, pour ce produit comme pour l'ecstasy, l'impact socio-sanitaire de sa consommation semble statistiquement bien moins important qu'avec d'autres drogues et que le consommateur, comme avec l'alcool somme toute, drogue légale et culturellement "normale", reconnaît avec bien des difficultés le caractère problématique de son usage quand il survient.

C'était plus simple avec l'héroïne. La nature et la puissance de ses effets sur le corps et l'esprit modifient de manière beaucoup plus manifeste le comportement et la santé de ceux qui s'y abandonnent. A contrario, le contrôle que l'on a sur la consommation du cannabis et de l'ecstasy permet l'expression de diverses modalités de consommation. Il y a certes des accidents, mais comme il y a des accidents de roulage.

Les années 2000 sont encore marquées par un double phénomène d'amplification. Ceux qui ont en charge les problèmes d'assuétudes, tant le

secteur des soins aux toxicomanes que le secteur psychiatrique, constatent une augmentation du nombre de polytoxicomanies, en même temps que ces consommateurs se retrouvent bien plus souvent que jadis dans des parcours de dérive sociale extrême.

Les toxicomanes étaient moins désinsérés il y a vingt ans. Je lierais cela avec une déliaison générale dans la société. En même temps que la consommation des drogues s'est "démocratisée", un certain nombre de dispositifs ou de structures protectrices de la dérive sociale ne sont plus à l'œuvre comme ils l'étaient à l'époque.

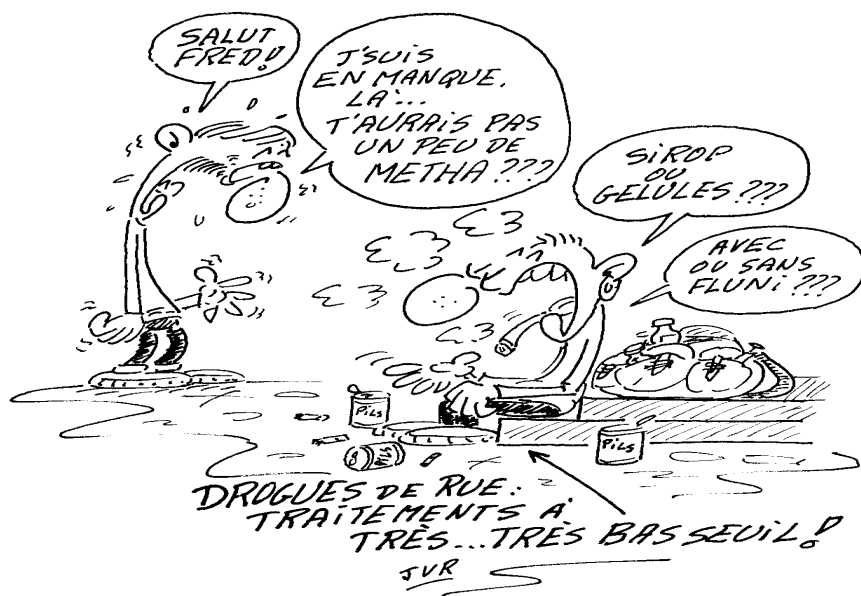
Les moyens de réinsertion, les marchés de l'emploi et du logement se sont à ce point tendus, la culture du dépassement, du frisson et de la réussite a pris une telle ampleur que de plus en plus de femmes et d'hommes, de jeunes et de moins jeunes, en chute libre (vive la liberté d'entreprendre) ou en voie de désinsertion, se prennent à s'intoxiquer secondairement mais avec violence et détermination et, a contrario mais de façon complémentaire, étant donné l'effilochage du filet social, davantage de gens qui s'intoxiquent de façon problématique risquent de se désinsérer douloureusement.

Une offre particulière : les protocoles de désintoxication ultra rapide.

On a vu apparaître fin des années 90 et début des années 2000 un petit phénomène dans le domaine de la dépendance aux opiacés, "les protocoles de désintoxication ultra rapide".

Ce dispositif fondé sur l'utilisation d'antagonistes des opiacés permet de ne plus alimenter la boucle rétroactive positive héroïne/manque/héroïne/manque/héroïne.

En Belgique, ce type de traitement est



proposé au CHU Brugmann dans une visée d'abstinence, prioritairement à des patients qui ont fait un chemin important dans cette voie et qui décident d'arrêter toute prise d'héroïne selon une méthode avant tout plus confortable.

En Europe, ce dispositif ne rencontre pas beaucoup de succès. Peut-être correspond-il plus, qu'à une véritable demande des patients, à une utopie neuro-scientifique d'action au plus intime de l'architecture cérébrale.

Aujourd'hui, les options se sont détendues, dé-radicalisées.

Chacun admet que les dépendances, les relations extrêmement dures aux produits, sont des relations de fort longue durée. Il y a bien sûr des accidents de parcours où quelqu'un s'intoxique pendant un temps donné parce qu'il est plongé dans un environnement extrême, comme les GI pendant les nombreuses guerres insensées qu'ils ont été contraints d'animer, mais, lorsqu'il s'agit des dix pour cent des personnes qui, de façon générale, ne sont pas en mesure de gérer convenablement leur consommation de

produits quels qu'ils soient, on est dans du long terme, du chronique, avec ses hauts et ses bas.

Chacune des phases traversées mérite des traitements et des dispositifs particuliers.

Et ces dispositifs d'aide et de soins sont désormais considérés comme complémentaires alors qu'on les voyait opposés jadis, untel étant plus adapté pour telle population, tel autre pour telle autre population.

Ce qui éclaire d'une façon moins pessimiste les trajectoires tournantes de certains destins d'usagers de drogues qui passent d'une institution de soin à l'autre à mesure de leur évolution.

Dès lors, le traitement de la toxicomanie se décline aujourd'hui en autant de modalités de soin plus en contact avec les besoins des usagers et tendant vers une alliance thérapeutique, un partenariat, où le sujet toxicomane est en mesure, à son rythme et à hauteur de ses moyens, de prendre part à la co-construction de son projet "thérapeutique".