

occulté toute dimension de plaisir. Comme si l'on pouvait manger sans sentiments ni sensorialité. Sans affects psychiques ni sensations corporelles, sans rattachement entre un objet (le sein) et ce à quoi il renvoie (la mère). Nombreux sont d'ailleurs ceux qui, en diabolisant le produit, évitent ainsi d'avoir à juger la mère imaginaire qui le donne. On n'a pourtant jamais vu un bébé ne dépendre que de ce produit qu'est le lait. C'est la manière dont celui-ci est offert et reçu qui conditionne la viabilité, la qualité de la relation et de l'individuation. La mère et son bébé partagent ici l'illusion que l'alimentation n'a pas à être agréable : il lui suffit d'être utile comme l'essence l'est au moteur d'une voiture. Je mange parce qu'il le faut et je le fais mécaniquement. Cette illusion vise à masquer notre dépendance fondamentale à autrui. Le parallèle est ici évident avec la sexualité de l'hystérique, qui dit bien souvent ne faire l'amour que par hygiène ou uniquement pour faire plaisir à autrui, et qui finit logiquement par souffrir de frigidité. Mais dénier le plaisir de donner le sein ou de le téter n'éluide pas la question dudit plaisir. Et Hitchcock nous a montré qu'il n'y avait pas plus vache qu'une femme belle et sublimée, glaciale et sainte-nitouche à la fois, ne nous laissant rien présager du plaisir qu'elle est susceptible de donner et de recevoir, bref d'une femme n'exprimant rien de son désir. Vache car sur le modèle hystérique et pervers, elle a tous les atouts pour engendrer des liens de domination, d'emprise et de servitude. Et l'on a toutes les raisons de douter d'une sollicitude maternelle apparemment exemplaire quant aux soins prodigués par ces mères à leurs petits futurs toxicomanes auxquels elles disent pourtant tant tenir, lorsqu'on sait et qu'on constate à quel point ces mamans savent faire preuve de mortifarité envers leur progéniture. Dans l'inconscient de nos patients, ces mères sont dangereuses, fragiles et mal intériorisées. Se pose alors la question de la pulsion de mort à l'œuvre dans l'usage répétitif de drogues.

L'injection renvoie à l'introjection

L'addiction

La notion d'addiction semble remonter au Moyen Âge, traduisant une contrainte par corps susceptible d'affecter plusieurs générations et due à l'endettement d'un vassal envers son suzerain. Le sujet toxicomane tente de se soustraire à cette aliénation par substitution. Il croit pouvoir se reconstruire une bulle afin d'y être à l'abri, et y parvient dans un premier temps : c'est ce qu'on appelle la lune de miel avec le produit. Il est alors peu accessible à toute thérapeutique proposée par autrui, accaparé qu'il est par son repli d'allure autistique. Il est intéressant de noter que le terme vient de la contraction d'auto-érotisme, et de se rappeler qu'il n'y a pas si longtemps, on disait que la masturbation rendait sourd. On sait pourtant aujourd'hui qu'on ne peut apprécier autrui sans savoir jouir de soi-même, par soi-même dans un premier temps. Certes, celui qui ne sait pas qu'autrui lui est nécessaire en meurt souvent et plus souvent encore en fait mourir autrui. Mais celui qui est incapable de se construire une bulle bien à soi et de savoir la préserver pour, si besoin, s'y préserver lui-même est un individu tout aussi peu viable, tout aussi peu fiable. Nos patients sont en manque de territoire, d'espace et de

tranquillité. Ils n'ont pas été assez habitués à jouir de cet état où l'on apprécie d'être seul chez soi. Il faut les laisser reconstruire leur propre nid, un nid d'amour et pas seulement d'aliments. Les laisser s'approprier un tel appui à leur vie va d'ailleurs de pair avec le développement de leurs capacités relationnelles. Et nombreux sont ceux qui soulignent la dichotomie de vie qui est la leur entre un monde centré sur le produit, un monde marginal, et le reste, c'est-à-dire la vie sociale, la vie collective. C'est de la qualité des imagos maternels que dépend l'harmonisation entre soi et autrui. L'injection renvoie à l'introjection. Plus que jamais manque au toxicomane une « mère suffisamment bonne », pour reprendre l'expression de Winnicott. Il manque une image maternelle suffisamment rassurante, permettant de concilier et d'articuler intérieur et extérieur. C'est ce à quoi tente de faire face le sujet qui répète les prises. On peut noter que les polytoxicomanies sont fréquentes et cela ne nous surprend pas. Car si les mères « introjectées/injectées » ne sont pas toutes équivalentes, c'est essentiellement l'alternance des produits incorporés qui nous donne des éléments de réponse. Que l'interchangeabilité soit possible, de l'héroïne aux cachets en passant par l'alcool ou le cannabis, ne modifie pas ce constat : il n'y a pas plus de veille sans sommeil que de chaud sans froid ou de contenant sans contenu, même si le contenu n'est que du vide, même si le contenant vient à manquer. A l'arrêt doit répondre le mouvement comme la satiété répond à la faim, comme la vie répond à la finitude humaine, à la mort. S'il existe dans toute addiction une tentative de contrôle et d'équilibre entre deux pôles jusqu'alors inconciliables, c'est par le biais d'un apprivoisement de ce qui freine et de ce qui accélère, de ce qui joint l'intérieur à l'extérieur, soi à autrui. Le vocabulaire de ces patients est éloquent. Quand la cocaïne fait « monter », « donne des envies » qui rattachent à autrui, fait « bouffer de l'autre », « excite », évoque du « froid », engendre le sentiment d'être « actif » ou permet au sujet d'associer « sexe et violence » comme dans le cadre d'une scène primitive où papa et maman sont au lit, vient alors lui répondre l'héroïne en termes de « descente », d'abolition des « envies », de « calme », de « chaleur enveloppante », de « recalibrage », de « passivité » ou « d'absence de désir sexuels ». C'est dans cette optique que peuvent se substituer à l'héroïne sans pour autant la remplacer des recours fonctionnels au haschich ou aux benzodiazépines. Ce qui nous concerne plus directement en tant que thérapeute, c'est le moment où ces sujets ne parviennent plus à se satisfaire de toute cette cuisine. C'est quand ces patients viennent nous consulter.

Quand « maman héroïne » n'opère plus

Dépasser l'addiction

Le moment crucial vient avec la demande de soins, lorsque la lune de miel se termine. Le produit ne remplit plus sa fonction de diversion. Pire, il est devenu semblable à ce qu'il était censé remplacer, telle une vieille peluche tout aussi insatisfaisante et tout aussi dangereuse que la mère à laquelle il était venu se substituer. Pour continuer dans cette veine métaphorique que nous

devons à William Löwenstein (1), maman héroïne n'opère plus, n'apaise plus suffisamment. C'est la période de tous les dangers si l'on fait preuve de violence envers ces patients, si on passe à l'acte avec eux prématurément. Car beaucoup pensent, à ce stade, que la compulsion de répétition qui anime la recherche et la prise répétée de drogues ne serait que le bégaiement symptomatique de la pulsion de mort. Et il conviendrait d'empêcher ces malheureuses victimes de se détruire. Cette vision des choses est l'une des multiples et douteuses raisons mises en avant pour justifier et prôner le sevrage et l'abstinence. Il est vrai que certaines conduites toxicomaniaques parviennent à réellement mettre en danger les sujets qui s'y adonnent. Mais il est non moins vrai, et c'est une certitude aujourd'hui, que la plupart des overdoses mortelles surviennent précisément après un sevrage brutal. C'est en voulant se séparer d'un coup d'un produit considéré comme mauvais, dangereux et superflu que nombre d'existences disparaissent à tout jamais. On sait aussi qu'un nombre non négligeable de ces usagers, après avoir flirté avec la mort, rebasculent du côté de la vie. A ce propos a été évoquée la notion de conduite ordalique (2) s'apparentant au « jugement de Dieu » des temps jadis ; il peut se traduire de la façon suivante : ça passe ou ça casse, c'est quitte ou double. C'est la mort ou la vie. Cette prise de risque se retrouve d'ailleurs fréquemment parmi les victimes de conflits sanglants. Ayant survécus à leurs terribles épreuves, ils éprouvent à distance de leur libération le besoin de se remettre dans une situation à risque. A risque vital. Comme s'il leur fallait revivre ce moment précis où leur vie fut préservée tandis que tous les leurs périssaient ! Comme si seule cette auto-mise à l'épreuve de leur existence pouvait enfin leur donner droit à la vie ! Voilà ainsi souligné un paradoxe mal reconnu : les patients dont nous parlons ne mettent en jeu leur propre vie que pour pouvoir enfin vivre. A défaut de ne pouvoir toujours les en empêcher, nous n'avons pas à les pousser à en arriver à une telle extrémité. Car c'est ce qui se passe lorsqu'on tente de leur arracher ce biberon si particulier qu'ils se sont construits. Bien qu'insatisfaisant, ce biberon caractérise néanmoins cette mère que le sujet a si peur de perdre, qu'il a si peur de ne plus aimer et surtout dont il redoute de ne plus être aimé. Menacer ces patients d'une telle perte, c'est soit les précipiter en arrière vers une plus grande dépendance, vers une aliénation encore plus désespérante, encore plus mortifère à cette mère dont ils n'ont su se détacher. Ou bien encore, c'est jeter le bébé avec l'eau du bain en les obligeant à perdre une mère intériorisée pas assez bonne, pas assez solide, bref à se perdre avec elle comme lors d'un suicide mélancolique. Et dans les deux cas, la menace est la même : rejeter la personne toxicomane en voulant rejeter le produit.

Conclusion

Reste donc la possibilité de poursuivre cette élaboration psychique autour de la notion de substitution. En s'appuyant sur cet espace transitionnel (3) et déjà tiers que peut être le produit, en le contrôlant par une caution, un savoir et une reconnaissance tant médicale que citoyenne, il devient possible d'amener le patient à lâcher gentiment ce qui ne lui convient plus sans pour autant

renier ce que ça a représenté pour lui : l'amour d'une mère et l'amour pour une mère. Lorsque cette opération réussit, lorsque ce produit si douloureusement investi est perdu en ayant fait l'objet d'un deuil réussi, il est alors qualitativement transformé et définitivement intériorisé, acquis durablement. Et il n'est guère surprenant de constater que la douleur devient psychiquement présentable, représentable. Cette figurabilité permet à tout sujet harmonieusement constitué de faire ensuite face au manque, à l'absence et à la détresse. Seul, le bébé doit pouvoir convoquer une image protectrice capable de donner sens à sa lutte, à son attente, à son espérance. Il doit pouvoir se figurer l'objet qui lui fait défaut. Cette mise en scène sert à produire une auto-compensation en elle-même nutritive, qualifiable de « satisfaction hallucinatoire » (4). Si le sein est halluciné, c'est qu'il est hallucinant, comme on dit d'une femme qu'elle est désirable.

C'est justement cette capacité de rêverie, de construction et d'évocation de plaisir qui semble cruellement faire défaut à bon nombre de ces usagers de drogues. Or cette activité, l'activité fantasmatique, naît précisément d'une articulation entre le sexuel et le narcissique, entre la relation à autrui et l'auto-conservation. Sa remise en route traduit chez ces patients un progrès durable.

Soigné depuis 4 ans dans notre centre, un patient lors d'un entretien signale un cauchemar qu'il vient d'avoir et qu'il qualifie d'exceptionnel et de nouveau pour lui. Il a rêvé qu'il « était coursé par une seringue ». Pour le sujet toxicomane comme pour chacun d'entre nous et en écho à ce que nous dit Freud, « le rêve doit redevenir l'accomplissement du désir » (5).

(1) William Löwenstein : « le toubib des toxicos est en réa », 1999, Lattès.

(2) la notion de conduite ordalique, développée par Marc Valleur et J.A. Charles Nicolas, est reprise dans « Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane », ouvrage réalisé sous la direction de J. Bergeret et M. Fain, Dunod, 1981. Elle caractérise bien ce moment où certains basculent du côté de la vie ou du côté de la mort. Nous pensons néanmoins qu'elle prête à confusion et nous refusons d'évoquer le destin, la fatalité ou Dieu là où seule nous semble en cause la responsabilité des hommes...

(3) l'espace transitionnel est un objet qui serait entre le pouce et la peluche. Ce concept est dû à D.W. Winnicott et est décrit dans un article de 1953 intitulé « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels ».

(4) la satisfaction hallucinatoire, qui vient de l'intérieur, est une notion due à S. Freud dans un article de 1911 intitulé « Formulations sur les deux principes du fonctionnement psychique ».

(5) S. Freud dans « L'interprétation du rêve », 1900.

Le concept de pratiques addictives et les polyconsommations



Pr Philippe-Jean Parquet
Université de la Santé - Lille II

Nos vrais ennemis sont en nous mêmes” - Bossuet

Les plus grands gains de santé que nous puissions attendre dans les années futures quant à la santé individuelle et collective ne seront pas majoritairement produits par les progrès obtenus dans le traitement des maladies, même si ceux ci apporteront un bien considérable en terme de santé individuelle.

Les plus grands gains de santé seront obtenus par l'amélioration de la gestion de nos comportements, de nos conduites, de nos modes de vie ayant trait à la nutrition, à la sexualité, à l'habitat, aux conditions de travail, à la gestion de la vie en société et notamment à une meilleure gestion des comportements de consommation de substances psychoactives

L'approche exclusive produit

Compte tenu des données acquises par les découvertes de la science, une approche essentiellement basée sur les produits a été d'abord prônée. Les données de la pharmacologie et plus particulièrement de la neuropharmacologie ont permis de mieux comprendre les effets des substances psychotropes sur le système nerveux central. Ceci a permis aussi de mieux comprendre les effets cliniques de la consommation de ces drogues.

Ceci a conduit à étudier les effets pharmacologiques des substances psychotropes et à les différencier les unes des autres, ainsi l'alcool, le tabac, l'héroïne, la cocaïne, le cannabis, les amphétamines ont été essentiellement perçus dans leur singularité. De cela, il en a découlé une conceptualisation différenciant chaque produit et une politique sanitaire, sociale, culturelle et législative quant à chaque produit. On différenciait ainsi l'alcoolisme, le tabagisme, l'héroïnomanie, la cocaïnomanie etc... Les consommations étaient perçues comme des intoxications différentes et relevaient de prises en charge distinctes. La seule proposition faite aux consommateurs étaient l'abstinence, après une cure de sevrage. Les dispositifs sanitaires et sociaux ne pouvaient être mis en place que de manière distincte. Cette "approche produit" exclusive était l'approche dominante jusqu'il y a quelque temps.

D'autre part, la familiarité de telle ou telle population avec tel ou tel produit a fait que certains étaient, ici, déclarés licites et que d'autres, là, étaient déclarés illicites.

Enfin, la capacité que nous avons de modifier artificiellement notre vie psychique, affective et sociale, la capacité que nous avons de nous donner du plaisir nous a amené à inscrire dans le cadre de la morale individuelle et collective ces comportements de consommation de substances psychoactives.

C'est sur TOUT ceci que reposait notre conception des toxicomanies, de l'alcoolisme, du tabagisme... Cependant les données récentes sur les comportements humains quant à leurs mécanismes neuro-biologiques sont venues battre en brèche cette conceptualisation. En effet, on s'est aperçu que toutes ces substances agissaient sur le système nerveux central par l'intermédiaire des neurotransmetteurs et qu'elles étaient toutes susceptibles, en agissant sur le système de récompense et donc sur le système dopaminergique, de provoquer un comportement de dépendance. Il a donc fallu réviser notre conception singularisant chaque produit et passer à une conception regroupant en un seul ensemble toutes les substances psychoactives.

L'approche conduites addictives

Il est apparu à certains d'entre nous que seul le comportement de dépendance était pris comme référence par les spécialistes, alors que pour la population et l'ensemble des consommateurs d'autres modalités de consommation existaient d'une part et que d'autre part, il était rarissime de rencontrer des consommateurs qui ne

consommaient exclusivement qu'une seule substance psychoactive. C'est pourquoi en accord avec les grandes instances internationales, il nous est apparu dans notre rapport "Pour une politique de Prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives" (1997) qu'il était préférable de construire un autre modèle plus opératoire en recentrant la conceptualisation de ce champ sur la personne, sur la diversité des modalités de consommation, sur les conduites humaines. Nous avons proposé d'utiliser les termes de conduites addictives ou de pratiques addictives (Cf "les pratiques addictives" Parquet et Coll. Edition O. Jacob 2000).

Pratiques addictives : facteurs de vulnérabilité, facteurs de protection

"Les hommes trahissent eux-mêmes leur santé à cause de leurs désirs"

Démocrite

On appelle pratiques addictives l'ensemble des modalités de consommation des substances psycho-actives : elles comprennent l'usage individuellement et socialement réglé ; l'usage nocif c'est à dire une conduite de consommation induisant des dommages biologiques, psychologiques, sociaux, culturels et économiques, et la conduite de dépendance. Cette conceptualisation

a le mérite de rendre claire la diversité des pratiques rencontrées et donc la nécessité de construire une politique préventive, sanitaire et sociale non uniquement centrée sur la dépendance mais par voie de conséquence très diversifiée, déclinant un ensemble d'objectifs. Cette approche a aussi le mérite de permettre d'aborder autrement ces problématiques non pas seulement dans des approches explicatives souvent contradictoirement énoncées : théorie neuro-biologique, théorie du comportement appris, théorie psychologique, théorie sociologique, mais elle permet d'aborder l'ensemble des déterminants induisant ou pérennisant ces consommations.

Ainsi peuvent être individualisés des déterminants induisant ou favorisant la pérennisation des consommations que l'on appelle facteurs de vulnérabilité et d'autres facteurs dits de protection qui permettent par leurs actions de mieux comprendre l'usage individuellement et socialement réglé.

L'usage des substances psychoactives n'est pas dénué de risques. Cela veut dire que ces comportements doivent être considérés comme des conduites à risques : il y a donc lieu de développer conjointement, une éducation pour la santé, une politique de réduction des risques, une politique de réduction et de prise en charge des dommages. Ceci naturellement doit être distinct de la prise en charge des conduites de dépendance.

Ainsi on peut voir que les compétences des personnes et de la population en matière de santé dans ce domaine doivent cumuler des compétences générales inscrites dans des actions de promotion de la santé et des compétences thématiques en ce qui concerne les pratiques addictives.



La politique de santé et la réduction des risques.



Dr Patrick Aeberhard
Président d'Honneur MDM
Paris

L aide humanitaire a-t-elle un sens qui dépasse l'acte même d'aider ?

Autrement dit, a-t-elle une portée diplomatique, politique ou économique ?

Oui et l'évolution de ces dernières années est là pour en témoigner avec force.

Mais si les actions humanitaires que nous développons sont aux ordres de tels considérants, peut-on encore la qualifier d'humanitaire sous peine de sombrer dans la confusion ?

L'action humanitaire est dans son principe, le geste même de secourir, d'aider, d'aller vers l'autre. Son souci est la souffrance de l'autre, l'appel de la victime. Ses effets dépassent évidemment le geste du secouriste, d'autant que son champ d'intervention est celui de la crise.

Des crises : catastrophes naturelles, mais également guerres civiles, déplacement de populations, exclusion des systèmes de soins.

C'est dans ce contexte qu'une association comme Médecins du Monde s'est emparée d'un problème de santé publique qui est "la réduction des risques liés à l'usage de drogues".

Dans les années 80, alors que nous avons développé l'accès aux soins des plus démunis en France, nous avons découvert les plus exclus qu'étaient les usagers de drogues, et leur exclusion qui non seulement nous semblait insupportable, mais aussi, bien sûr, dangereuse au plan épidémiologique.

LE MODELE HUMANITAIRE

Le modèle humanitaire ou les grands principes qui résument la philosophie humanitaire et régissent son action sont les suivants :

- Repérer les victimes malgré les censures.
- Intervenir malgré l'obstruction ou la mauvaise volonté des Etats.
- Partager la vie de la population.
- Aider les victimes en s'appuyant si possible sur leur propre savoir-faire, tant sur un plan médical que nutritionnel.
- Refuser que la médecine soit utilisée contre les droits de l'homme.
- Interpeller les autorités et la communauté internationale.
- Créer un cadre légal pour essayer de prévenir ces situations à l'avenir et
- imposer une prise en charge adaptée.

Nous avons théorisé ce modèle avec Michel FOUCAULT en 1985 juste avant sa mort, et inventé le concept de devoir d'ingérence. Elle précède la politique. Nous avons rédigé un additif au serment d'Hippocrate, précisant la responsabilité des médecins.

L'exclusion dans les pays du nord : l'éthique de la responsabilité

Dès 1986, nous attaquâmes l'accès aux soins pour les exclus dans notre pays. Cette réflexion sera menée avec nos amis américains des services du Social Welfare, ceux de Montefiore Hospital dans le Bronx, en particulier. Nos expériences croisées nous aideront à pousser plus loin la réflexion et nos propositions.

La France avait un système de protection sociale - la Sécurité Sociale - que nous pensions parfait, mais beaucoup nous reprochaient de ne travailler que dans le tiers monde. Nous eûmes donc l'idée de mettre en place à Paris un dispensaire ouvert à tous. Très rapidement, nous y reçûmes des milliers de patients qui, pour des raisons économiques - le chômage longue durée en particulier - n'avaient plus de protection sociale. Nous avions repéré ainsi un nouveau groupe de patients, les habitants du quart-monde, les sans abris, les nouveaux pauvres.

En matière de santé publique, toute exclusion est un trou noir dans lequel se développent la souffrance, la maladie et la mort. A nouveau, nous allons établir objectivement le profil de ceux qui auront échappé à la protection sociale puis interpeller les politiques. Ceux-là se montreront d'abord incrédules avant de prendre en compte les données de nos expériences, de nos enquêtes et de proposer le revenu minimum d'insertion. Car les conditions socio-économiques sont fondamentales dans l'accès aux soins. Aujourd'hui, le gouvernement propose enfin une couver-

ture maladie universelle pour rendre l'accès aux soins plus juste. Nos associations humanitaires vont se trouver rapidement débordées par ce travail bientôt soutenu et financé en partie par l'Etat.

Nous allons procéder à des enquêtes sur le saturnisme, sur les moyens non seulement de soigner les individus mais également de les réinsérer.

Nous allons nous occuper de populations particulièrement exclues et discriminées : les sidéens et les toxicomanes.

Les malades du sida : universalité des droits de l'homme

Les années 1980 sont marquées en France par le problème du sang contaminé, épidémie politique s'il en est, dans un contexte de méfiance et de rejet que l'on retrouve lors de toutes les épidémies. Le gouvernement avait laissé distribuer aux malades et aux enfants hémophiles des dérivés sanguins contaminés que l'on continuera à proposer alors que l'on savait qu'ils étaient dangereux. Les collectes dans les lieux à risques comme les prisons vont continuer pour des raisons idéologiques, dangereuses : fausse morale de la rédemption et de l'égalité.

Cette réaction inacceptable de notre système de santé publique ne sera connue que bien plus tard ; de lourdes charges ont pesé sur les médecins, les conseillers et les responsables politiques. Nous avons organisé un colloque avec une association de personnes touchées par le SIDA (AIDES) afin de rédiger une charte pour une déclaration universelle des droits des patients sidéens ou séropositifs, charte qui permettra de lutter contre la discrimination et de renforcer la notion de secret médical. Nous pensions que ces impératifs constituaient une garantie pour la santé et la liberté des communautés et pour combattre l'hystérie collective et la démagogie des partis extrémistes partisans de l'exclusion. Entre temps, pour améliorer la prévention du VIH, nous avons créé des centres de dépistage anonymes et gratuits. Ce système, très simple, sera mis en place en quelques jours, fonctionnera très bien et sera repris par l'Etat.

LES USAGERS DE DROGUES

Ce sera le premier pas vers la prise en charge des usagers de drogues par voie intraveineuse et la politique de réduction des risques (1).

Dans nos dispensaires, nous avons découvert des patients plus vulnérables et plus rejetés par le système de santé que les autres : les usagers de drogues par voie intraveineuse. Les hôpitaux refusaient de les accueillir et aucune structure n'envisageait de les prendre en charge.

En 1986, Madame Michèle Barzach, Ministre de la Santé, avait certes imposé la vente libre de seringues, mais l'accès aux produits de substitutions restait impossible.

Nous découvrons des jeunes gens dont les corps étaient émaciés, 50% étaient séropositifs. Un long combat identique aux précédents va débiter.

La loi de 1970 qui régit en France la prise en charge des usagers de drogues, était un texte très répressif qui faisait de chaque usager un délinquant et condamnait le possesseur d'une seringue pour présomption d'usage. Cette loi rendait difficile l'accès aux soins, car elle marginalisait et stigmatisait les usagers qui n'avaient pas la possibilité d'être soignés en ville ou à l'hôpital.

Leur marginalisation en faisait des groupes à haut risque.

Il n'y avait pas de prise en charge simple, pas de programme d'échange de seringues et pas de substitution (seuls 52 patients avaient le droit de prendre de la méthadone). Les psychiatres s'opposaient en majorité à la politique de réduction des risques qui recommande d'adopter une attitude pragmatique, et surtout de ne pas attendre l'abstinence pour soigner les patients.

Nous allons obliger le gouvernement à accepter cette politique (2) en commençant en 1989 par la mise en place de Bus d'échange de seringues.

Celui-ci va donner lieu à d'incessants affrontements avec la police, qui procède à des arrestations et à des destructions de seringues à la porte du bus, quand bien même le Ministre de la Santé soutenait le programme. Grâce à ce bus, nous avons pu approcher et aider les consommateurs de drogues, les écouter et leur conseiller une attitude responsable et comment éviter la dissémination du Sida. En même temps que nous procédions à l'échange de seringues, nous distribuions des préservatifs.

Grâce à la présence des équipes médicales et sociales et du suivi assuré par elles, les bus en 1997 ont accueilli 13 000 personnes, et distribué 371 000 aiguilles et préservatifs. Le message que nous avons fait passer et qui est toujours d'actualité est "ne partagez pas vos aiguilles, ayez votre propre aiguille, piquez-vous propre".

Cette expérience nous a amenés à lancer 10 autobus dans différentes grandes villes françaises. L'efficacité de ce programme tient selon nous à deux facteurs spécifiques :

Réponse immédiate à la nécessité de la prévention contre la contamination par le virus du sida et des hépatites sans autre condition que l'échange

La structure de l'espace (le bus) permet au cours de l'échange un contact direct entre l'utilisateur de drogues et les acteurs de santé et de la prévention sanitaire. Ce travail quotidien de proximité permet également de créer, mettre en place un réseau, un maillage avec tous les acteurs concernés par la prévention dans leur entourage et de repérer toutes les institutions et les professionnels spécialisés dans le sida et la drogue dans les domaines social et juridique.

C'est parce que ces personnes sont venues dans le bus que nous avons pu évaluer l'importance de la maladie ou de l'infection qu'ils avaient, les informer à l'avance et les diriger vers les institutions adaptées à leur cas.

Paradoxalement, cette prise en charge globale, nouvelle manière, qui privilégiait les risques de santé liés à l'utilisation des drogues et qui semblaient reléguer au second plan la désintoxication a donné lieu à une multiplication de demandes de sevrage de la part des utilisateurs de drogues qui s'adressaient à nos services.

Nous avons soutenu les associations de toxicomanes qui ont joué un rôle de pairs. Les résultats ont été très favorables. On note en particulier une diminution des morts par overdoses : 500 en 1995, 125 en 1999 et une diminution importante de la prévalence du VIH dans cette population.

De surcroît, la lutte contre la maladie s'est avérée comme une mesure de sécurité publique : l'accès aux soins, les programmes de substitution, de logement, réduisent la violence, rendent moins conflictuelles les relations entre la société et les toxicomanes et leur permet de poursuivre leur réhabilitation.

Aux Etats Unis où les programmes de méthadone étaient largement diffusés depuis plus de vingt-cinq ans, les programmes d'échange de seringues restaient très contestés par l'Etat et c'est ce qui a rendu intéressante la comparaison de nos pratiques. Aujourd'hui encore, cette politique n'a pas été généralisée et seules quelques associations ont le droit de mettre en œuvre ces programmes. Un article récent du Lancet montre comment malgré six rapports en faveur de cette politique, le gouvernement fédéral n'avait pas réussi à développer un tel programme avec pour conséquence la contamination par le VIH de milliers d'usagers de drogues, de leurs partenaires sexuels et de leurs enfants. Cet article révèle également le coût impressionnant en dollars, en souffrances et en vies humaines (1987-95 : 244 à 538 millions de dollars, 1996-2000 : 287 à 630 millions de dollars).

LA POLITIQUE DE REDUCTION DES RISQUES DANS LES PAYS EMERGENTS ET DANS LES PAYS DE L'EST

Née dans des contrées lointaines, appliquée dans nos pays, la méthode humanitaire repart vers les pays moins développés. Pendant de nombreuses années, les associations humanitaires françaises étaient incapables d'aider à mettre en place des programmes de prévention et de prise en charge des usagers de drogues dans les pays émergents.

Lors d'une conférence au Burkina Faso en 1997 (THS1 Afrique Ouagadougou), il apparaît à l'évidence que les ravages dus aux drogues sont importants même si les responsables s'en défendent. Tous les cas ont été répertoriés : les produits hallucinogènes traditionnels (Iboga et Cannabis) entraînent des complications graves en raison du VIH : mauvaise utilisation des préservatifs, scarifications rituelles, accidents de la voie publique, mais aussi usage des solvants chez les enfants des rues, amphétamines chez les chauffeurs de poids lourds et les mineurs, usage d'héroïne chez les jeunes le long des routes, du trafic en provenance du Nigéria vers l'Europe. Que de programmes à mettre en place ! La même situation va se retrouver au Pakistan, au Brésil ou en Colombie.

En Europe de l'Est, la diffusion du VIH est largement due à l'usage de drogues, à la répression aveugle et à l'absence d'accès aux soins. La réduction des risques représente un vrai défi qu'ont relevé un certain nombre d'ONG.

Le travail réalisé par une association comme Médecins du Monde dans le domaine de la réduction des risques liés à l'usage de drogues peut paraître surprenant ou paradoxal. Il s'agit d'un véritable travail humanitaire utilisant des méthodes de santé publique. Ce concept de santé publique est mis à la disposition des populations les plus vulnérables et les plus exclues. Il représente un modèle qui peut être utilisé dans de nombreux pays du Sud et du Nord. La synergie entre les ONG et l'Etat est fondamentale. Les ONG sont destinées à interpeller l'Etat, en lui proposant des modèles, et, lorsque l'Etat prend le relais, les ONG peuvent se consacrer à d'autres injustices.

"Nous n'y pensions pas, mais une pandémie nous a menés au seuil d'une nouvelle ère. Il faut choisir. Il faut dépasser les vieux discours et placer la santé au cœur de notre engagement" (Jonathan Mann).

1) Politique de réduction des risques

- La priorité est de diminuer les effets négatifs de l'usage de drogues.
- Etablir une hiérarchie des objectifs.
- Premiers pas vers l'usage sans risque.
- Des moyens pragmatiques dont les effets peuvent être objectivement évalués.

2) La réduction des risques liés à l'usage ou à l'abus de drogues peut se définir de la façon suivante :

1. Venir en aide à tous les usagers de drogues.
2. Faire prévaloir la santé publique et les droits de l'homme.
3. Cette politique doit diminuer la propagation du sida et des autres maladies transmissibles.
4. Elle doit sauver des vies.
5. Aider les usagers à affronter la vie.
6. Elle diminue la criminalité, l'inquiétude et la peur.

