



Les cahiers de
PROSPECTIVE
Jeunesse

Numéro d'agrément : P405048
Bureau de dépôt - 1050 BRUXELLES 5

Cahiers - Volume 11 - n° 4 - 4ème trimestre 06

Cahier numéro 41

Dossier :

**“Soigner les usagers
de drogues 1970-2006”**

**Les soins en chiffres :
offre et demande de traitement des
toxicomanes en Belgique francophone**

**Les soins en matière de cannabis :
une pratique qui reste à développer**

**Atout d'une lecture systémique des
problèmes de dépendance**

**Soins de santé aux usagers de drogues :
contrôle social ou autonomie
individuelle ?**

Coordination de ce numéro

Etienne CLÉDA

Secrétaire de Rédaction

et mise en page

Claire HAESAERTS

Relecture et corrections

Danielle DOMBRET

Comité de Rédaction

Martine DAL

Bernard DE VOS

Claire HAESAERTS

Etienne CLÉDA

Comité d'Accompagnement

- Sébastien ALEXANDRE, Sociologue.
- Philippe BASTIN, Directeur d'Infor-Drogues, Bruxelles.
- Line BEAUCHESNE, Professeure agrégée, Département de Criminologie, Université d'Ottawa, Canada.
- Alain CHERBONNIER, Philologue, Licencié en Education pour la Santé, Question Santé asbl.
- Etienne CLÉDA, Consultant - formateur, Prospective Jeunesse.
- Ariane CLOSE, Responsable de Projets, Modus Vivendi.
- Christel DEPIERREUX, Responsable de la Collection Education pour la Santé de la Médiathèque de la Communauté Française de Belgique.
- Bernard DE VOS, Directeur de SOS Jeunes-Quartier Libre.
- Tony DE VUYST, Chef de service des collections thématiques et cyberspaces de la Médiathèque de la Communauté Française de Belgique.
- Damien FAVRESSE, Sociologue, ULB-PROMES.
- Manu GONÇALVES, Assistant social, Coordinateur du Centre de Guidance d'Ixelles.
- Ludovic HENRARD, Coordinateur de la Fedito bruxelloise.
- Pascale JAMOULLE, Anthropologue au LAAP/UCL et au CSM Le Méridien, Bruxelles.
- Tatiana PEREIRA, Attachée Direction Promotion Santé, Ministère de la Communauté française.
- Micheline ROELANDT, Psychiatre.
- Gustave STOOP.
- Jacques VAN RUSSELT, Coordinateur Alfa, Liège, Président de la Fedito wallonne.
- Christelle VERSLUYS, Consultante-formatrice, Prospective Jeunesse.

Couverture : Etienne SCHREDER

Dessins : Jacques VAN RUSSELT

Impression : Nuance 4, Naninne

Editeur responsable : R. VERITER

N° ISSN : 1370-6306



Les articles publiés reflètent les opinions de leur(s) auteur(s) mais pas nécessairement celles des responsables des "Cahiers de Prospective Jeunesse".

Ces articles peuvent être reproduits moyennant la citation des sources et l'envoi d'un exemplaire à la rédaction.

Ni Prospective Jeunesse asbl, ni aucune personne agissant au nom de celle-ci n'est responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations reprises dans cette publication.

Publication trimestrielle

Abonnement annuel

Frais d'envoi compris

	Belgique	CEE	Autres pays
Institution	22.31	24.79	27.27
Personnel	18.59	21.07	23.55
Etudiant	14.87	17,35	19.83

Prix au numéro: 6.20

Numéro de compte bancaire : 210-0509908-31

PROSPECTIVE
Jeunesse
ASBL

Prospective Jeunesse asbl

144 chaussée d'Ixelles - 1050 Bruxelles

Tél: 02/512.17.66 - Fax: 02/513.24.02

E-mail : cahiers@prospective-jeunesse.be

Site Internet : <http://www.prospective-jeunesse.be>

Avec le soutien de la Communauté française Wallonie-Bruxelles,
de la Loterie nationale et de la Commission communautaire
Française de la région de Bruxelles-Capitale.



E D I T O R I A L

D'abord à la recherche de plaisir, l'usager de drogues rencontre quelquefois la souffrance. Souffrance de son corps qu'il met à l'épreuve, dont il éprouve les limites, souffrance du manque, des blessures physiques que lui inflige la vie ou qu'il se donne à lui-même par son mode de consommation.

Autant que son corps, c'est aussi son être relationnel et son rapport au monde qu'il teste, explore par l'usage des produits psychotropes. Expérience qui l'inscrit parfois dans un réseau relationnel et un mode de vie particulier, à la marge, "désinséré" comme disent certains.

Tout le corps social est aussi mis à l'épreuve par l'existence en son sein de ces personnes qui font ce choix expérientiel original et prennent ainsi des risques particuliers. Cette particularité interpelle la capacité de notre société à considérer la diversité des besoins de ses composants et, ici, celui de prendre soin des personnes qui usent de drogues.

Confrontés à l'enjeu de répondre aux demandes de soin des personnes qui consomment des stupéfiants, des hommes et des femmes ont imaginé et porté des dispositifs pour leur venir en aide. Plusieurs éléments de contexte ont influé sur le développement et l'évolution de ces dispositifs. Citons l'émergence de l'antipsychiatrie, l'apparition de l'épidémie du sida et la préoccupation de plus en plus pesante des responsables politiques pour les questions sécuritaires. Deux des acteurs des soins apportés aux toxicomanes ont accepté de rendre compte de ce cheminement qu'ils ont accompagné, voire influencé, au cours des 35 dernières années. La première partie du dossier de ce Cahier se compose ainsi des récits des docteurs Serge Zombek et Micheline Roelandt.

Les expériences de soins proposés aux usagers de drogues et de traitement des toxicomanies sont multiples en Communauté française de Belgique. Avec le temps, à l'image d'un mille-feuilles, elles se sont ajoutées les unes aux autres sans se remplacer, parfois en se faisant concurrence, pouvant aujourd'hui être considérées comme complémentaires et adaptées à la variété des populations et des étapes du parcours des personnes comme l'évoque le docteur Zombek en conclusion de son interview.

Pour rendre compte de la diversité autant des besoins que de l'offre de soin aux usagers de drogues, l'équipe rédactionnelle a sollicité les témoignages d'acteurs de terrain. Des lentes approches des usagers dans les squats et la rue des intervenants de Dune aux expériences thérapeutiques d'Alfa interrogeant le système familial et de Maurizio Ferrara avec les consommateurs de cannabis, ce Cahier propose des éclairages fragmentaires de la constellation des acteurs des soins à ce public particulier. Certains s'y reconnaîtront, d'autres pas. Nous espérons pouvoir leur donner une place dans un prochain numéro.

En préalable à ces témoignages, Anne Liesse (Eurotox) présente par les chiffres l'évolution des premières demandes de traitement et montre qu'elles ont progressé de quasi 50 % depuis 2002. Proportionnellement, en une dizaine d'années, ces demandes liées aux usages de cannabis et de cocaïne ont triplé tandis que celles liées à l'usage d'opiacés ont diminué quasi de moitié.

Si ce dossier manifeste l'émergence progressive aux cours des trois dernières décennies d'un respect de l'usager de drogues, considéré de plus en plus par les soignants comme un patient comme les autres, Didier De Vleeschouwer, en conclusion de cette aventure, rappelle que la consommation de drogues est à bien des égards un comportement humain d'ordre récréatif hors du champ pathologique.

Enfin, c'est de saison, l'équipe de Prospective Jeunesse et le Comité de Rédaction vous souhaitent leurs meilleurs vœux pour l'année 2007 !

Etienne CLÉDA, Consultant-Formateur à Prospective Jeunesse.

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.

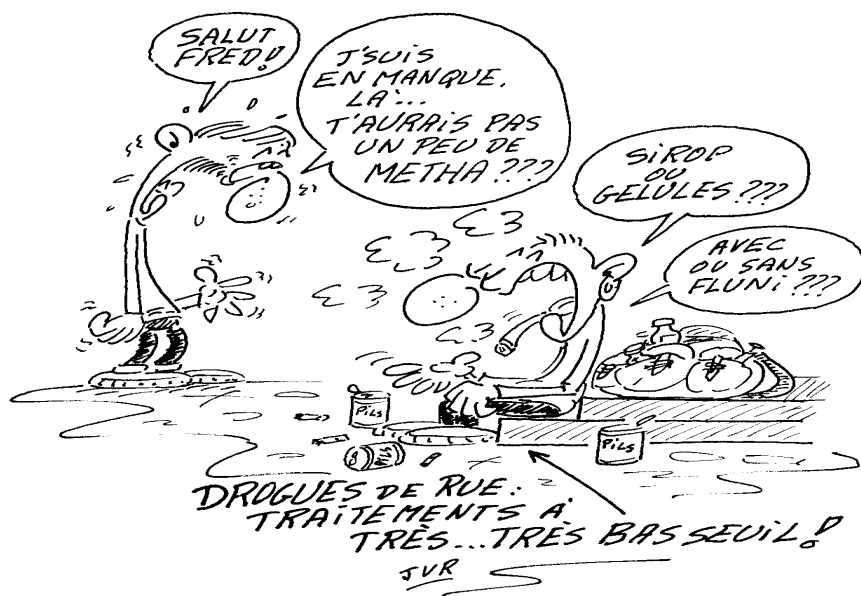
Les moyens de réinsertion, les marchés de l'emploi et du logement se sont à ce point tendus, la culture du dépassement, du frisson et de la réussite a pris une telle ampleur que de plus en plus de femmes et d'hommes, de jeunes et de moins jeunes, en chute libre (vive la liberté d'entreprendre) ou en 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".

L'ÉMERGENCE DE L'USAGER COMME "OBJET DE SOINS" DEPUIS LES ANNÉES 70 : UN PARCOURS CHAOTIQUE !

Micheline ROELANDT¹

Les échecs des sevrages à la méthadone et des sevrages bloc pendant les années 70 ; la résistance des toxicomanes aux injonctions d'abstinence, d'où qu'elles viennent ; la peur de la propagation du virus du sida, la psychiatrie critique, l'antiprohibition et le courage de certains drogués à s'afficher comme tels, ont conduit à l'émergence progressive d'un respect de l'utilisateur de drogues, considéré de plus en plus par les soignants comme un patient comme les autres.

Mots-clés

- soins
- substitution
- abstinence
- communautés thérapeutiques
- antipsychiatrie
- antiprohibition
- sida

1. Psychiatre.

Pas plus sourd que celui qui ne veut entendre

C'est au début des années 70 qu'on a vu arriver les "nouveaux" toxicomanes. On connaissait déjà les consommateurs abusifs de stupéfiants issus du milieu du Jazz. Mes maîtres les soignaient en leur prescrivant l'une ou l'autre molécule de substitution, lorsqu'ils étaient à court de came. Les "nouveaux" toxicomanes n'appartenaient plus au vedettariat national ou international. C'étaient des "kets" de la rue, des jeunes de tous les milieux sociaux, des prostituées, des travestis. Cette clientèle n'intéressait pas les anciens, il appartenait aux psychiatres en formation de les prendre en charge, ce que nous faisons. Vue a posteriori, ma consultation était fréquentée par des toxicomanes qui consommaient au-delà de leur niveau de compétence financière et qui voulaient temporairement réduire leur consommation ; par des toxicomanes en mal de dealers et par des consommateurs de

drogues, toxicomanes ou non, qui nous étaient adressés par des tiers (famille, police, justice, etc.). Comme beaucoup de mes collègues, si j'y prescrivais de la méthadone c'était dans l'unique but de faciliter le décrochage de ces patients pour les amener à vivre comme tout le monde, donc sans drogue ! Les "gens normaux" ne prenant pas de drogue, ceux qui en prenaient étaient obligatoirement "anormaux" et devaient donc bénéficier de nos bons soins pour devenir abstinentes et ainsi "se normaliser". Nos patients adaptaient d'ailleurs leur discours à nos désirs et nous racontaient qu'ils voulaient en finir avec "cette merde" !

Au vu des résultats thérapeutiques médiocres que nous obtenions en ambulatoire, et compte tenu de la résistance active des soignants à l'admission en hôpital de ces patients dérangeants et turbulents, il ne s'agissait pas tellement de remettre nos hypothèses de départ en question, mais bien plus d'élargir l'éventail des

possibilités thérapeutiques. A partir de 75, nous participions donc à la création des communautés thérapeutiques, souvent par le biais de conventions I.N.A.M.I. qui, elles, réussiraient à convaincre le plus rebelle des toxicomanes de l'intérêt de vivre sans drogue. Puisque pour certains d'entre nous, les soins prodigués avec des molécules de substitution asservissaient les patients et les maintenaient à l'état d'objet, il fallait aussi organiser des lieux d'écoute afin qu'ils redeviennent, en l'absence de toute substitution, "sujet". On se mit donc à écouter la "parole" des toxicomanes en refusant d'entendre leurs plaintes à propos de leur manque, voire leur refus d'abstinence, n'étant qu'à l'écoute des failles qui alimentaient leur appétence pour des produits prohibés.

De cure en cure, de rechute en rechute, de sevrage à la méthadone en sevrage bloc proposé par le Patriarche, il fallait se rendre à l'évidence que, malgré les dommages collatéraux induits par la consommation de molécules interdites, le toxicomane préférait, le plus souvent, suivre sa route de drogué. Ce constat nous surprenait, nous chagrinaient et nous interpellait, parfois.

L'apport de la psychiatrie critique

C'est également pendant les années 70 que bon nombre de psychiatres interrogeaient fort heureusement le rôle de la psychiatrie dans nos sociétés, ce qui donna naissance au mouvement "Psychiatria Democratica" en Italie, nommé communément "l'antipsychiatrie" ailleurs. Nous devons à Thomas Szasz, un anti-psychiatre "phare" de l'époque, la parution chez Payot, en 76, de "Les rituels de la drogue".² Fort engagée dans le Réseau international alternatif à la psychiatrie, pour ma part, c'est la lecture de l'approche critique

de Szasz qui, pour la première fois, a fait vaciller mes certitudes scientifiques de "toxicothérapeute". Pour Szasz, le "drogué" avait trouvé une molécule qui lui convenait et que nous avions arbitrairement interdite, ce qui, à nos yeux de thérapeutes, justifiait sa persécution. Jusque-là, je n'avais jamais douté de mon bon droit à savoir, à la place de mes patients, quelles étaient les bonnes molécules à lui prescrire et quelles étaient les mauvaises à lui interdire. Subitement je réalisais que je m'étais mise dans le camp des persécuteurs et que la persécution n'appartenait pas à mon arsenal thérapeutique habituel!

Nous n'étions pas nombreux à l'époque à douter du bien-fondé de nos savoirs en la matière, même si certains d'entre nous, et c'était le cas du Docteur Jacques Baudour, avaient décidé, pour éviter les dommages collatéraux de la dépendance à des produits interdits, de prescrire de la méthadone d'entretien. Pour certains d'entre nous c'était la chose à faire, d'autres estimaient qu'en leur donnant de la méthadone nous reléguions définitivement nos patients à leur triste sort de "dépendants".

L'apport de la Justice

Ces désaccords entre toxicothérapeutes furent finalement levés grâce au juge Amores qui, en 1984, condamna Jacques Baudour à plusieurs années de prison pour "entretien" de toxicomanie. L'Ordre des médecins, désireux d'éviter d'autres condamnations de médecins, vint au secours de ses ouailles et publia une circulaire qui reprenait en grandes lignes l'argumentaire du juge.

Après la condamnation de Jacques Baudour, les défenseurs de la méthadone se faisaient rares, tant que la Fédération des intervenants en toxicomanie (FEDITO), à l'époque de sa

2. Réédition : Szasz Th. (Manin-Burke M. pour la traduction en français), "La persécution rituelle des drogués : boucs émissaires de notre temps. Le contrôle d'Etat de la pharmacopée", Paris (Editions du Léopard), 1994.

fondation, leur interdisait l'accès à son enceinte!

A la suite du jugement Amores, les nouveaux spécialistes en toxicomanie étaient soit des psychanalystes, soit des juges ou des procureurs. Pour les premiers la parole allait remplacer la came, les autres étant persuadés que la prison devait guérir ces malheureux de leurs penchants. Il était d'ailleurs coutumier d'entendre un toxicomane condamné à une peine de prison remercier le ou la juge de l'avoir sauvé. Il a fallu quelques années aux instances judiciaires pour réaliser que l'enfermement n'était pas la solution miracle. A leur sortie de prison leurs clients rechutaient de plus belle. Si l'intervention musclée des instances judiciaires n'a pas aidé les toxicomanes à se sortir de la drogue, elle a au moins eu le mérite de rapprocher les toxicothérapeutes entre eux, d'autant que du haut de leur savoir judiciaire les magistrats distinguaient les "bons services d'aide aux toxicomanes" des "mauvais" et imposaient souvent à leur clientèle des suivis sans méthadone. Le champ des "toxicothérapeutes" considérait qu'il s'agissait là d'un intolérable abus de pouvoir de la part des instances judiciaires et anti-méthadoniens et méthadoniens se réconcilièrent.

Certains médecins du Collectif de La Perche avaient eu le cran de poursuivre les prescriptions de méthadone, s'entourant pour le faire, de travailleurs sociaux et assurant des suivis de type psychothérapeutique. Le Docteur Jean-Pierre Jacques avait mis le Centre LAMA sur pied qui distribuait de la méthadone à ces patients qui s'engageaient "librement" à se soumettre à un traitement psychologique et à se faire guider pour leur réinsertion par un travailleur social. La molécule avait donc un prix!

Les toxicomanes confiés aux généralistes

Fin des années 80, entre autres grâce au déploiement des services policiers et aux injonctions judiciaires, la clientèle des centres spécialisés explosa. En 90, les ministres de la Santé de la Région de Bruxelles-Capitale publient une charte en 10 points sur les politiques en matière de toxicomanie, à l'occasion de laquelle les traitements de substitution retrouvent leur place. On y plaide même pour que ces patients puissent être suivis sous méthadone par des médecins généralistes afin de leur éviter la fréquentation obligée d'autres toxicomanes dans les lieux spécialisés et Magda De Galan, alors ministre des Affaires sociales, prévoit un budget pour assurer la formation des médecins désireux de prendre des toxicomanes en charge. La réattribution de la prise en charge des toxicomanes à la médecine générale a permis en quelque sorte aux toxicomanes de perdre leur statut d'"exception" et de les transformer en "patients" comme les autres.

L'antiprohibition, les Pays-Bas et le virus du sida

C'est également dans la deuxième moitié des années 80 qu'à divers endroits dans le monde on entendit parler d'antiprohibition. En 86, le groupe "Arc en Ciel" du Parlement européen organisa un forum alternatif à Strasbourg sur les politiques en matière de drogue, en réaction à un rapport normatif voté par le Parlement européen. En 1988, la Ligue internationale antiprohibitionniste se crée à Rome.

Pendant toutes ces années plusieurs d'entre-nous suivaient attentivement l'évolution des prises en charge des

toxicomanes aux Pays-Bas où la distribution de méthadone se faisait dans divers endroits par bus. Les Hollandais assumaient le fait que certains de leurs concitoyens désiraient prendre des drogues et prônaient des programmes de méthadone à bas seuil d'exigence qui dépannaient les consommateurs en cas de besoin et des programmes à haut seuil d'exigence pour ceux qui désiraient arrêter toute consommation. Ils subsidiaient des "syndicats de camés" (junkiebonden) chargés du contrôle de la qualité des produits vendus au marché noir. A l'apparition du virus du sida, il a bien fallu constater qu'aux Pays-Bas les patients étaient moins nombreux à être infectés qu'en France, où l'on restait désespérément opposé aux traitements de substitution.

On pourrait déduire du revirement politique en matière de traitement des toxicomanes qui, en Belgique, date du début des années 90, qu'il est la conséquence de pareils constats et d'un réel souci pour la santé de nos consommateurs. Rien ne me paraît moins sûr. Il me semble plus probable que la "normalisation" des soins aux toxicomanes soit le résultat d'une part d'un souci sécuritaire en matière de prévention de la petite délinquance, d'autre part d'un souci tout aussi sécuritaire en matière sanitaire. Certains toxicomanes, filles et garçons, ne s'adonnent-ils pas à la prostitution constituant ainsi un risque de contamination pour leur clientèle, d'autres toxicomanes ne pourraient-ils pas avoir des relations sexuelles avec nos fils ou nos filles et ainsi les contaminer ?

L'émergence du respect

Quoi qu'il en soit, de moins en moins de soignants en Belgique francophone s'inspirent encore de l'absolue nécessité de convaincre leurs patients

de la supériorité du modèle d'abstinence en matière de drogues. C'est probablement le fruit du "retour" au principe de réalité des instances policières et judiciaires, ainsi que des toxicothérapeutes eux-mêmes, les uns et les autres constatant leurs échecs.

C'est vraisemblablement aussi la conséquence des campagnes anti-prohibitionnistes, ainsi que de la revalorisation des morphiniques dans le traitement de la douleur. Il n'y a plus de ciel à mériter par la souffrance, au contraire on crée des services de soins palliatifs où l'on vise le meilleur confort du patient, le cas échéant grâce à de fortes doses de morphine.

Mais notre nouvelle capacité à "entendre" la demande du toxicomane et à lui offrir des soins sur mesure provient probablement aussi du courage qu'ont eu certains "drogués" de faire de l'outing, nous obligeant ainsi à constater qu'ils étaient bel et bien des citoyens comme les autres, dont nous avons à respecter le désir, la volonté et les choix tout autant qu'il nous l'est légalement imposé pour tous nos autres patients.



LES SOINS EN CHIFFRES : OFFRE ET DEMANDE DE TRAITEMENT DES TOXICOMANES EN BELGIQUE FRANCOPHONE

Anne LIESSE¹

En tant que sous-point focal du réseau belge d'information sur les drogues et les toxicomanies (BIRN) pour la partie francophone du pays, Eurotox récolte, analyse et publie des données relatives aux traitements des toxicomanes.

L'article présente les différentes offres de traitements résidentiels et ambulatoires puis propose une lecture critique des statistiques présentant l'évolution quantitative de ces traitements. Il précise enfin en quoi ces chiffres de l'offre témoignent d'une demande de traitement.

Mots-clés

- statistique
- traitement
- résidentiel
- ambulatoire
- demande de traitement
- indicateur

Plusieurs types de centres de traitement coexistent en Communauté française. Ils peuvent être regroupés en fonction de la prise en charge proposée. Ainsi, on distingue le secteur résidentiel et le secteur ambulatoire.

La prise en charge résidentielle est réalisée par les centres hospitaliers, psychiatriques ou généraux dont le but est la désintoxication et le sevrage. Les centres thérapeutiques spécialisés pour toxicomanes qui offrent un programme résidentiel de "rééducation fonctionnelle" sont de deux types :

- Les communautés thérapeutiques où le séjour est de longue durée (minimum 3 mois à 1 an ou plus) et dont le but poursuivi est la réinsertion dans le milieu socio-familial. Les communautés thérapeutiques se situent au sommet sur l'échelle de l'accessibilité et de l'exigence. La procédure d'admission est longue, le sevrage physique

est un préalable, la motivation du sujet doit être élevée ("haut seuil"), la vie en groupe est centrale et tourne autour de nombreuses activités.

- Les centres d'accueil de crise où le séjour est de courte durée (1 mois environ) et dont le but est la gestion de la crise et le sevrage physique avant orientation vers une autre structure de prise en charge.

Le traitement en ambulatoire comprend quatre types de structures impliquées dans ce mode de prise en charge :

- Les Services de Santé Mentale offrant un suivi psycho-médico-social.
- Les hôpitaux de jour et les centres de rééducation fonctionnelle avec convention INAMI offrant des formules de groupe ou un accueil individualisé. Ce type de structure accueille les usagers tous les jours de la semaine sauf le dimanche. Le

1. Chargée de projet à Eurotox.

travail porte sur le sevrage, mais aussi sur la réinsertion sociale et professionnelle. Elle dure plusieurs mois.

- Les centres ambulatoires de "bas seuil" : ils se situent, en termes d'exigences d'accès, à l'opposé de la Communauté thérapeutique. L'entrée est rapide, il n'existe pas de condition préalable telle que le sevrage ou une motivation élevée, l'accompagnement est essentiellement individuel. Ce sont les Maisons d'Accueil Socio-Sanitaire.
- Les centres d'accueil et de soins aux toxicomanes n'appartenant pas aux groupes précédents (par exemple, les maisons médicales, les centres de consultations, etc.).

Outre ces structures, il existe en ambulatoire une offre privée, représentée essentiellement par des prestataires tels que les médecins, les psychiatres, les psychologues,...

L'indicateur de demande de traitement

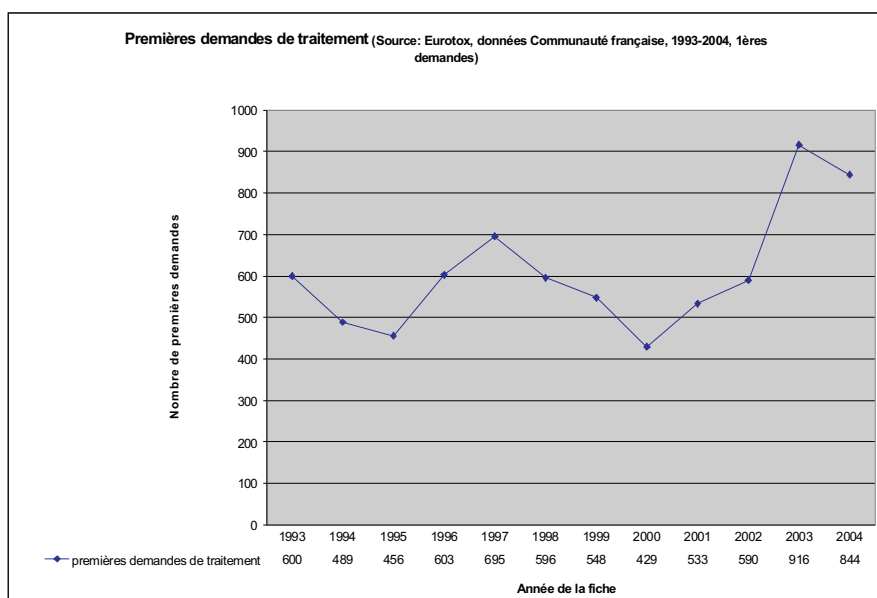
L'indicateur de demande de traitement constitue un des 5 indicateurs épidémiologiques clés de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies. Il permet, grâce aux données collectées dans les centres thérapeutiques, de donner une image du profil des consommateurs de drogues effectuant une nouvelle demande de traitement auprès des services de traitement au sens large au cours de l'année considérée.

Evolution des premières demandes de traitement compte tenu du système de collecte

De manière globale, 3.636 et 3.149 demandes de traitement pour usage de

drogues ont été enregistrées en Communauté française en 2003 et en 2004. Ceci porte le nombre de demandes de traitement enregistrées depuis 1993 jusqu'en 2004 à un total de 29.374 demandes.

Le nombre de premières demandes, c'est-à-dire de demandes émanant de personnes n'ayant aucun antécédent thérapeutique pour un problème de toxicomanie, fluctue autour de 600 cas par an jusqu'en 2002 puis atteint un pic de plus de 916 demandes en 2003 (voir figure ci-dessous).



Source : premières demandes de traitement pour la Communauté française, 1993-2004, Eurotox.

Que disent les données issues de l'indicateur de demandes de traitement pour les tendances de consommation ?

Le graphique ci-après montre l'évolution depuis 1993 des premières demandes de traitement concernant les 5 familles suivantes : opiacés, alcool, cannabis, cocaïne et stimulants (XTC et amphétamines). On observe une diminution constante et importante des demandes de traitement liées aux

2. Voir le rapport sur "L'usage de drogues en Communauté française", 2004-2005, Eurotox

opiacés (lesquelles, de 3/4 des demandes en 1993 n'en constituent plus qu'un 1/3 en 2000) jusqu'en 2000, puis une tendance à une légère augmentation jusqu'en 2004.

Les demandes d'opiacés sont au cours du temps remplacées clairement par des demandes de traitement liées à :

- Un problème de cannabis : celui-ci représente presque 1 demande sur 4 premières demandes de traitement en 2004, multipliant par 3 le nombre de demandes pour ce produit depuis 1995.
- Un problème de cocaïne : celle-ci représente une demande de traitement sur 7 premières demandes de traitement en 2004, multipliant également par 3 le nombre de demandes pour ce produit depuis 1995.

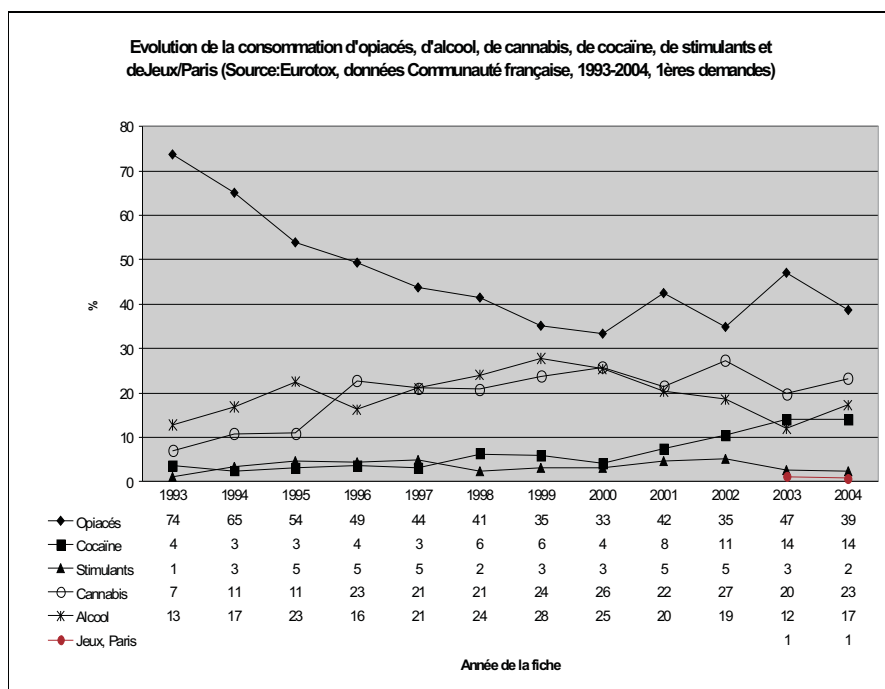
Les demandes de traitement pour ces deux derniers produits (cannabis et cocaïne) ne cessent d'augmenter au cours du temps.

Ces données traduisent-elles la demande de traitement?

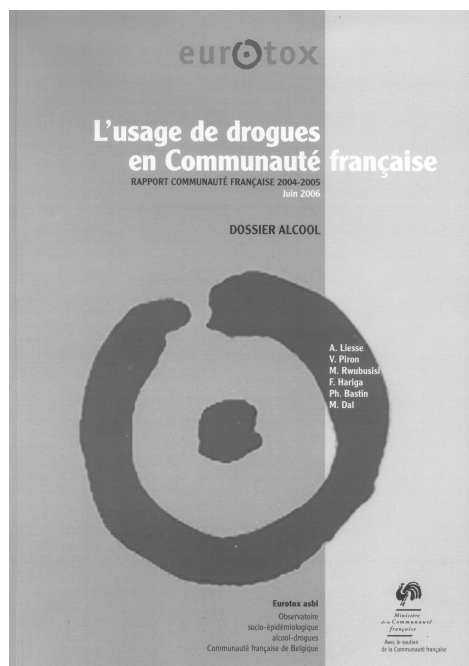
Les informations sur le nombre de personnes en demande de traitement pour un problème de drogue fournissent des indications utiles sur les tendances générales de l'usage problématique de drogue et donnent également un aperçu de l'organisation et de la capacité d'accueil des centres de soins en Communauté française.

L'indicateur des demandes de traitement permet de donner une structure uniforme aux déclarations concernant le nombre et les caractéristiques des patients pris en charge par les centres de soins. Bien que les données fournies par cet indicateur puissent être considérées comme une représentation raisonnablement fiable et utile des caractéristiques des patients pris en charge par les services de soins, pour diverses raisons d'ordre technique, il convient d'être prudent lors de l'extrapolation des conclusions aux patients pour tous les types de services proposés. A ce propos, soulignons que les secteurs ambulatoire et résidentiel sont inégalement représentés² dans notre système d'enregistrement et que des efforts sont fournis pour obtenir une meilleure couverture externe des centres résidentiels. On comprendra que cette remarque invite à beaucoup de prudence lors de l'interprétation des données. En outre, il convient aussi de tenir compte du fait que la couverture interne des données peut varier selon la structure de soins.

Les données sur les demandes de traitement offrent aujourd'hui une image incomplète de la disponibilité de traitement en Communauté française. Il reflète un indicateur de l'offre de soins.



Source : évolution de la consommation d'opiacés, d'alcool, de cannabis, de cocaïne et de stimulants (premières demandes de traitement), Communauté française, 1993-2004, Eurotox.



LE RAPPORT NOUVEAU EST ARRIVÉ ! USAGE DE DROGUES EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE, 2004-2005

L'asbl **EUROTOX**, sous-point focal belge de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies, remplit les missions d'Observatoire Socio-épidémiologique Alcool-Drogues en Communauté française. Son troisième rapport vient de sortir de presse. Il aborde successivement le cadre légal, les données épidémiologiques et les initiatives de terrain. Il développe ensuite un "dossier alcool", et décrit enfin les missions d'Eurotox.

On sait que le **cadre légal** organisant la *prévention* dispersée en pratique celle-ci entre de nombreux niveaux de pouvoir, ce qui ne favorise pas toujours son efficacité (multiplicité des intervenants, dont trop souvent l'appareil répressif).

Toutefois, dans le champ scolaire, le Programme quinquennal de Promotion de la Santé ainsi que les nouveaux services PSE permettent d'espérer que les réelles stratégies de prévention seront mieux soutenues à l'avenir.

En matière de *consommation de cannabis*, l'insécurité juridique subsiste. Des notions juridiques vagues telles que "l'usage problématique" persistent dans certains textes. La ministre de la Justice et le Collège des procureurs généraux, dans une "directive commune", tentent de clarifier une situation pourtant toujours confuse. Le secteur attend de pied ferme la loi promise, qui viendrait à bout de ces incertitudes.

Les *contrôles anti-dopage* se sont accentués chez les sportifs professionnels... mais sont rarement inopinés ; la distribution de brochures d'information dans les clubs sportifs a, elle, été abandonnée avant évaluation.

Les *stratégies de réduction des risques*, bien que prévues dans plusieurs textes légaux, se heurtent hélas toujours à de nombreux freins.

Le **chapitre épidémiologique** aborde l'usage des drogues dans la population générale ou jeune, et dans des publics spécifiques : milieux festifs, rue, prison ou personnes prostituées. Les conséquences sur la santé sont ensuite exposées, ainsi que les conséquences sociales (dont la confrontation à la justice) et l'offre des drogues, avec quelques mots sur les prix.

Le rapport fournit une **première ébauche de "répertoire" des initiatives de terrain** ainsi qu'une **liste d'outils**, qu'il s'agisse de promotion de la santé globale, de prévention ou de réduction des risques. Cette dernière se décline en dispositifs d'échanges de seringues, vente de kits d'injections en pharmacie, travail spécifique à certains lieux, ou encore opérations "Boule de Neige". Le testing de drogues en milieu festif a pu reprendre (projet "Modus Fiesta"). En revanche, la prévention dans les prisons reste trop confidentielle.

Et l'alcool, dans tout ça ? Eurotox fait le point sur les vides juridiques et les absences d'initiatives caractérisant l'approche du problème "alcool" en Communauté française. Des actes concrets sont à mettre en oeuvre si l'on veut que l'expression "drogues licites et illicites" ne reste pas lettre morte...

Pour obtenir le rapport (208 pages.), s'adresser à : EUROTOX asbl

Tél : 32 (02) 644.22.00

E-mail : eurotox@skynet.be

Site Internet (actuellement en construction) : www.eurotox.org

OFFRE SANITAIRE DANS UN COMPTOIR D'ÉCHANGE DE SERINGUES ET EN TRAVAIL DE RUE : UN EXERCICE DÉMOCRATIQUE ?

Kim MOINS et Anne-Françoise RAEDEMAEKER¹

- Arthur : "Je n'ai pas beaucoup de temps, je cours et je fais du surplace. Nous courrons. Nous, ceux du squat. Enfin, pour le moment, il y a un toit et peut-être pour tout l'hiver ! Bah, on verra... Deux travailleurs de DUNE sont passés l'autre jour et ils m'ont parlé d'une visite de l'infirmière. Cette fois-là, j'étais pas contre... J'ai assez mal. Et voilà, je me retrouve avec de gros pansements un peu encombrants sur trois abcès. Elle m'a laissé du matériel pour les jours suivants en me conseillant d'aller voir un médecin. Elle repassera dans les prochains jours".

- Kim : "J'ai fait des pansements de fortune avec du matériel stérile en pensant vaguement à une salle de soins claire et lumineuse ... Mais que pensais-je à la lumière des bougies du squat d'Arthur ?".

Mots-clés

- soins infirmiers
- réduction des risques
- accès aux soins
- encadrement
- temporalité psychique
- citoyenneté

1. DUNE asbl (Dépannage d'Urgence de Nuit et Echanges). Asbl créée en 1998 à l'initiative d'intervenants en toxicomanie, travailleurs de rue et usagers de drogues militants. Notre engagement philosophique repose sur des idéaux humanistes et égalitaires : l'acceptation, l'auto-détermination et le respect de l'individualité. L'association anime et coordonne un comptoir d'échange de seringues

Arthur est une des personnes en rupture sociale et vivant dans la précarité suivie par l'équipe depuis plus ou moins un an et demi. Ce jeune homme de vingt-deux ans nous connaît, accepte un certain encadrement de notre part dans les limites de sa **vie affective et sociale** : mode de vie, codes de rencontre, style vestimentaire, manque d'hygiène porté comme une croûte protectrice. Il accepte **pour la première fois** des soins, après plusieurs propositions infructueuses, il tolère notre présence. Pour tout dire, il râle quand il ne nous a pas croisés depuis un moment et qu'il a dû aller acheter des seringues en pharmacie. Arthur a accepté ces soins car à ce moment-là, il éprouvait une forte douleur en plusieurs points, cela le handicapait pour s'injecter, les soins étaient "à disposition"

dans une relation de confiance construite au fil du temps avec les travailleurs de rue.

Pourtant, bien qu'il y a, même s'il est tissé finement dans un contexte d'anxiolyse et d'extase pharmacologique. La rencontre se crée dans les marges de cette société pleine d'interdits. Pas de regard accusateur ou dégoûté sur cet aspect pouilleux. Se dévêtir de ses hardes dans son environnement ; montrer sa part humaine quand ses limites la rattrapent ; se laisser toucher alors que l'on cherche consciemment ou non la distance physique, ou que l'on n'y est simplement plus habitué ; accepter le regard sans se sentir dévisagé : tout cela n'est pas aisé pour Arthur et bon nombre des usagers qui constituent notre public.

Où est le soin, quand on agit dans le but de la guérison mais que l'on sait que ce soin est dans l'instant, dans le moment accordé au souci de "mieux-être" du corps ? Bien sûr, il y a les conseils de suivi médical mais le lendemain est parfois si loin, le présent martèle si fort.

Bobologie² : demande et besoin

Notre *bobologie* se constitue au gré de ce que nos usagers daignent nous montrer dans leur cercle infernal où l'on n'a pas forcément le réflexe, l'argent, l'énergie d'aller consulter les structures médicales.

Même si nous intégrons dans la **réalisation des soins infirmiers** des conseils visant la **promotion de la santé**, nous avons conscience que le chemin peut être long pour qu'une personne se réapproprie son corps et prenne soin d'elle de manière constante. Nous butons sur des **difficultés environnementales** quand nous effectuons des soins et nous sommes loin des conditions "idéales" du savoir académique.

La **demande** de soins a difficile à s'exprimer quand les *besoins de base* au quotidien laissent à désirer. Le "soin" est d'abord une **écoute** de la plainte somatique par "Madame l'infirmière", plainte chargée d'*attente* dans une forte confusion entre le rôle du médecin et celui de l'infirmier. Notre pratique infirmière doit donc tenir compte de ses **limitations** et **accompagner** de façon pertinente, si besoin est, l'usager vers l'intervenant adéquat (médecin généraliste, service des urgences, structure en santé mentale, médecin spécialisé...). L'**accompagnement** par un intervenant du réseau sanitaire rend l'accès aux soins un peu plus facile quand l'usager est en décalage par

rapport aux attentes des soignants.

S'offrir la chance d'une véritable rencontre avec la souffrance, les conflits de la condition humaine de celui qui souffre, que ce soit psychologiquement ou physiquement, relève du pari. Il s'agit donc pour nous d'être **présents** et de **saisir l'instant accordé**.

Limiter la casse, citoyens comme quelques autres, etc.

Les comptoirs d'échange de seringues sont issus de la mobilisation des groupes d'auto-support constitués dans les années 80 autour de la question du sida.

C'est souvent avec retard que les professionnels (en Belgique) se sont à leur tour fait porteurs de cette urgence, d'abord de façon théorique et conceptuelle et ensuite dans la pratique. L'aide spécifique aux consommateurs "actifs" apparaît maintenant comme une "évidence", *sinon dans la légitimité de faire des usagers des interlocuteurs*, du moins dans la *nécessaire obligation de négocier avec eux* au nom des impératifs de santé publique.

Les professionnels ont eu d'énormes difficultés à articuler leur travail thérapeutique avec la gestion des risques revendiquée par les associations d'auto-support. Ces professionnels qui eux-mêmes étaient issus de mouvance militante : médecins aux pieds nus, anti-psychiatrie, autogestion... ! Tout cela se discutait démocratiquement... entre professionnels. "Pas chez nous... Oui mais,... Pas pendant une cure méthadone, oui... Le sujet se perd dans les objets de jouissance...". La prévention du sida a parfois relevé de la pensée magique : toujours pas de seringues stériles à disposition!

Alors, ces associations qui mélangent

(CLIP) et fait du travail de rue en visant spécifiquement (mais pas exclusivement) la réduction des risques associés à la consommation de drogues illégales dans un contexte de grande précarité. Soutenue actuellement en initiative par la Cocof santé et social, la commune de Saint-Gilles et la Politique des grandes villes, l'équipe est composée de six éducateurs, deux infirmières, un responsable de réseau et la coordination. Notre travail vise à s'intégrer dans une politique de ville en matière de santé. Pour en savoir plus, visitez le site Internet : www.dune-asbl.be

2. Parmi les soins réalisés, voici les demandes les plus récurrentes : inflammations de veines et abcès dus aux injections, surinfections de plaies, entorses, oedèmes, hématomes, crevasses, mycoses, lésions de grattage, ulcères, coupures, eczéma, maux de gorge.

Les soins sont réalisés dans le lieu de vie de l'usager (squat, rue) ou dans la salle de soins du C.L.I.P.

On peut vraiment utiliser le terme de "bobologie" en ce sens que, qu'il s'agisse d'une demande de petite égratignure propre et bien refermée à désinfecter ou d'un abcès enflammé et volumineux, la personne nous la présente souvent sur le même pied d'égalité, sans réelle notion dans l'échelle de gravité.

les genres, presque du folklore ?

et discontinuité, comme nous.

Malades de quoi ?

Nous témoignons d'un travail en collaboration avec les usagers de drogues sans en référer à un projet thérapeutique en tant que tel (échanges). Notre friche réflexive est celle des méthodologies participatives.

Ceci nous amène à déplier la question : qu'est-ce qu'un projet thérapeutique ? Que faisons-nous lorsque nous proposons des soins qui ne sont pas un support médicamenteux à la consommation de drogues illégales ? Tout le monde doit-il proposer la même chose ? Prodiguer des soins, en quoi est-ce limitant ? Nos collègues "armés" de prescriptions ou de structures y parviennent-ils ? Ces usagers en "liberté" (et l'on connaît la fable du loup et du chien) en sont la preuve (encore vivante). Le tout à la gestion des risques serait-il une fois de plus une stratégie de toute puissance des soignants ? Ne sommes-nous pas tous désarmés... Dans les risques, mais aussi dans les interventions ?

Thérapeutique

En filigrane du service thérapeutique, se lit la présence d'un médecin, d'un professionnel qualifié en thérapie. On pense à la prescription, à un suivi médicamenteux, à un programme "structuré". En même temps, on entend de plus en plus de thérapeutes, de psychiatres parler de *visée limitée*, d'*apaisement*, de *maintenance*.

Ou encore, une accroche, une stabilisation, un temps d'arrêt, par la substitution ou la pourvoyance médicalisée de psychotropes. Et pourtant, ces tentatives d'accroches se font finalement en pointillé, en rupture

Sanitaire

À l'inverse, en prodiguant quelques soins que nous appelons "bobologie", serions-nous en continuité du cursus qui va du bas seuil à la cure structurée accompagnant l'abstinence ? Plutôt dans les intervalles des programmes thérapeutiques ?

Apporter ou porter des soins a parfois un effet apaisant pour la personne rencontrée et ouvre des possibilités d'envisager un mieux-être (en ce compris sur la question de la consommation de psychotropes en liberté).

Opacités

Nous constatons que le problème n'est pas celui du produit mais bien des conditions dans lesquelles celui-ci est consommé. Ces conditions sont dictées par une course au produit et à la survie strictement réglées par un cadre politique qui est celui de la répression, ainsi qu'un cadre social grevé par un haut niveau d'exigences pour accéder à ce qu'on appelle les "droits" sociaux.

Conclusion

Ces soins sont simplement pour nous le principe même du droit à la santé.

Il n'y a pas de grande ou de petite vertu.

Nos actions portent-elles les paradoxes d'une politique de proximité ? Nous sommes touchés et interpellés, choqués ou désespérés, interrogés, questionnés par des sujets qui nous parlent d'eux et peinent avec leur intimité. Et nous exerçons un mandat public qui fige la relation dans le droit et le devoir du

citoyen, alors même que la répression rend ces citoyens invisibles et muets. À la lueur des bougies : la maladie de la citoyenneté, de la mondialisation. Professionnaliser le soin, c'est accepter de rencontrer des usagers qui n'ont plus accès à la citoyenneté, devenus muets ; c'est parcourir avec eux le difficile chemin du non-droit. Travailler avec des usagers, c'est tenir compte de leur difficulté quotidienne, afin de garantir leur présence, leur parole et leur participation. Le professionnel reste, quoiqu'il en soit, limité.



LIVRE POUVANT ETRE CONSULTE ET/OU EMPRUNTE AU CENTRE DE DOCUMENTATION DE PROSPECTIVE JEUNESSE

"Les addictions : panorama clinique, modèles explicatifs, débat social et prise en charge"

Marc Valleur et Jean-Claude Matysiak. Editions Armand Colin, 2006.

L'*addictologie* est désormais une discipline médicale à part entière, donnant lieu à des formations spécifiques, mais la notion même d'addiction reste controversée. Certains n'y voient que la promotion abusive de symptômes au rang de maladie ; d'autres dénoncent une médicalisation outrancière du quotidien et le retour, sous couvert de santé publique, d'une nouvelle forme d'hygiénisme.

A *contrario*, certains spécialistes des toxicomanies ou de l'alcoolisme s'opposent à la mise de la sexualité compulsive, du jeu pathologique, voire du tabagisme sur le même plan que ces maladies dramatiques ; mais une telle démarcation mène à ne pas prendre en compte l'usage "festif", "récréatif" ou "assumé" des produits, illicites ou non.

Pour ne pas s'enliser, il importe de reconnaître que c'est toujours la rencontre singulière entre un sujet et une expérience qui conduira ou non à l'engagement dans un processus morbide. Le présent ouvrage, nouvelle édition mise à jour et complétée des "Addictions", paru en 2002 dans la collection U, commence ainsi par cerner en quoi l'addiction se distingue de l'engagement passionnel ou de l'habitude invétérée : clairement définie, cette pathologie du lien pose de façon nouvelle les questions du choix et de la liberté.

Puis il dégage les éléments structuraux des formes addictives les moins discutées pour conduire à une vision globale et montre combien une optique multi-axiale et transdisciplinaire rend caduques les traditionnelles querelles d'écoles : la construction de *modèles intégrés* permet de repenser les frontières entre maladie et symptôme, voire entre normal et pathologique.

La prise en compte des dimensions psychologiques, sociologiques, biologiques conduit enfin à des propositions thérapeutiques et préventives propres à hisser la prise en charge des addictions au rang de modèle en psychiatrie et en psychopathologie.

Cet ouvrage répond ainsi aux besoins tant de ceux qui veulent appréhender en connaissance de cause des pathologies qui s'inscrivent au cœur du social que de ceux qui sont engagés dans la démarche de soins (médecins, psychologues, personnel infirmier, travailleurs sociaux) ou se destinent à l'être.

Marc Valleur est psychiatre des hôpitaux, chef de service du Centre Marmottan.

Jean-Claude Matysiak est psychiatre des hôpitaux et chef de service de la consultation d'addictologie de l'hôpital de Villeneuve-Saint-Georges.

TRANSIT À BRUXELLES, LE BAS SEUIL D'ACCÈS AUX SOINS

Interview de Ronald CLAVIE¹, réalisée par Marc TEGELBECKERS²

En 2005, le centre Transit a fêté ses 10 ans d'existence.

Projet pilote, il est à ce jour demeuré inédit. Sa particularité repose sur un accueil caractérisé par la pratique du bas seuil d'accès permettant la prise en charge de ceux qui, du fait de leur assuétude, des aléas de leur parcours et de la dégradation de leur situation administrative, n'ont pas ou plus accès au réseau d'aide traditionnel.

Cet article insiste sur la description de cette institution dont la structure spécifique nourrit une grande fonctionnalité envers les usagers.

Mots-clés

- Transit
- bas seuil d'accès
- usager de drogue
- centre de jour
- centre d'hébergement
- marginalité

1. Responsable de projets à l'asbl Transit.

2. Psychologue, Consultant-Formateur à Prospective Jeunesse.

Transit, centre d'accueil d'urgence et d'hébergement pour usagers de drogues, est né en 1995, de la volonté des bourgmestres de 10 communes de l'agglomération bruxelloise, signataires d'un contrat de sécurité.

Initialement, le centre se voulait être une réponse à une demande particulière des forces de police : disposer d'un établissement pouvant offrir une aide psychosociale aux personnes toxicomanes interpellées puis relaxées sur instruction du Parquet. Le lieu fut rapidement fréquenté par d'autres types d'usagers ; beaucoup vinrent d'eux-mêmes au centre, d'autres furent orientés par le réseau dans une optique complémentaire. Grâce à un accueil caractérisé par la gratuité et la pratique du bas seuil d'accès (il n'y a pas de condition particulière à l'entrée si ce n'est d'être majeur et d'avoir un problème de consommation ou de dépendance), cet outil permet l'inclusion des usagers marginalisés qui n'ont plus ou pas la possibilité d'accéder aux structures d'aide traditionnelles

(beaucoup d'usagers sont polytoxico-manes et ont 10 ans de consommation derrière eux). Lors d'une orientation par un intervenant extérieur (médecins, assistants sociaux, CPAS, etc.), le centre est en mesure d'accueillir le public 24h/24 sinon entre 9h et 18h.

A ce stade, deux services sont proposés, la remise en ordre socio-administrative et l'orientation.

La remise en ordre est fondamentale pour l'amorce d'un projet global, qu'il soit d'ordre thérapeutique ou social. En effet, une réinsertion ne peut se faire sans recouvrement des droits sociaux. L'orientation s'effectue en parallèle. L'équipe psychosociale encadre l'utilisateur selon sa demande vers la réalisation d'un projet. Il pourra s'agir d'une admission dans un centre spécialisé ou un hôpital qui apportera une réponse thérapeutique aux problèmes d'assuétude. Cela peut également être une réintégration dans le milieu familial, l'accès à une maison d'accueil ou à un logement individuel

supervisé ou non. Les personnes bénéficient donc d'un soutien propre à apaiser les situations de crise, à freiner la désinsertion et à fournir une base sur laquelle elles peuvent reconstruire une vie sociale.

Deux structures complémentaires y participent ; le centre de jour et le centre d'hébergement. Les activités sont communes : permanences psychosociales et activités occupationnelles qui permettent de retrouver un certain plaisir autrement que par la consommation, mais aussi d'estimer ses forces et limites via la participation active. La vocation principale du centre de jour est de consolider les acquis relatifs à une période d'hébergement antérieure en soutenant l'autonomie des usagers. Il peut aussi s'agir d'une forme de prise en charge pour ceux dont la personnalité ou le comportement sont incompatibles avec les exigences de la vie résidentielle. Le centre d'hébergement, d'une capacité de 20 lits, permet d'accueillir homme ou femme (que ce soit seul ou en couple). Son occupation est scandée par trois temps successifs :

- La phase d'accueil (2 jours) permet à l'usager et à l'équipe des travailleurs de faire mutuellement connaissance et d'estimer l'adéquation respective. Un premier bilan psychosocial est établi.
- La phase 2 (10 jours) pendant laquelle les intervenants aident la personne à réaliser son projet (démarche socio-administrative, recherche de logement ou de réseau de soins...).
- Enfin, une troisième phase éventuelle (une semaine à deux semaines) si les projets n'ont pas encore abouti mais sont en voie de finalisation (par exemple, une admission dans un centre prévue dans cinq jours).

Ce processus réaliste et concret permet à tout usager de bénéficier d'un soutien opérant et respectant au mieux sa problématique.

L'encadrement global est assuré par une équipe pluridisciplinaire composée d'assistants sociaux, d'éducateurs, d'un psychologue et d'un infirmier. La plupart des membres travaillent en roulement jour/nuit par équipe. Un personnel administratif vient compléter la structure.

L'aspect concret de la prise en charge tenant compte avant tout des réalités de terrain, offre un ancrage, un étayage permettant à l'usager de reprendre pied.

Travail diagnostique, orientation, formation, écoute... aident les personnes toxicomanes à améliorer leur quotidien tout en se dégageant progressivement de la situation de crise et en leur permettant de se projeter dans un avenir accessible.

Soucieux de coller aux réalités de terrain, de nouveaux projets se mettent en place ; telle que, par exemple, une prolongation d'hébergement pour usagers de drogues visant une réinsertion par le logement. Ceci se concrétisera sous la forme d'appartements avec participation financière quotidienne des usagers. Ces logements aideront dans la démarche d'autonomisation des personnes qui n'ont pas besoin d'un encadrement continu. Ils répondent à une réelle demande de certains usagers. ■

Transit asbl

96 rue Stephenson
1000 Bruxelles
Téléphone : 02/215.89.90
Fax : 02/215.60.10
transit.asbl@skynet.be

Comptoir d'échange de seringues ouvert de 20h à 24h, 7 jours sur 7.

LES SOINS EN MATIÈRE DE CANNABIS : UNE PRATIQUE QUI RESTE À DÉVELOPPER

Maurizio FERRARA¹

Le nombre de demandes d'aide de consommateurs massifs de cannabis pour arrêter ou reprendre un contrôle sur leur consommation progresse fortement depuis quelques années.

Maurizio Ferrara décrit le profil des demandeurs qu'il rencontre dans le cadre de sa consultation cannabis, son point de vue quant aux offres de soins qui leur sont proposées et la manière dont il envisage des stratégies thérapeutiques pertinentes.

Mots-clés

- cannabis
- dépendance
- sevrage
- manque
- tolérance
- thérapie
- approche cognitivo-comportementale

1. Infor-Drogues.

Émergence de la demande

Si je compare la population de ma consultation actuelle à celle que j'avais il y a 5 ans, une évidence s'impose d'emblée : aujourd'hui 50 % de mes patients sont des consommateurs dits "problématiques" de cannabis. La plupart arrivent à ma consultation en s'adressant à Infor-Drogues ou via le CHU Saint-Pierre pour demander une aide à l'arrêt du cannabis.

Bien entendu, il y a ceux envoyés par le juge, les parents ou encore l'école, mais ce n'est pas de cette population dont je vais faire un descriptif. Mon intention est de dessiner le profil de ces patients adultes qui demandent spontanément une aide afin de mettre fin à leur consommation abusive de cannabis. J'entends par consommation abusive, celle qui commence dès le matin et qui se termine juste avant le coucher. Ces patients pour lesquels il est difficile de faire la moindre activité sans se passer d'une pause joint, comme on fait

d'ailleurs la pause cigarette avec ou sans café.

Cette consommation quotidienne perd de son sens au fil des années mais il semble qu'elle s'impose d'elle-même. Exactement comme avec le tabac, après quelques années, les fumeurs fument sans grand plaisir disent-ils mais ils continuent simplement parce qu'ils sont dépendants. Cette prise de conscience entraîne chez la plupart d'entre-eux une demande d'aide.

Ne parvenant pas à stopper seuls, certains finissent par nous contacter et s'engagent alors dans un suivi psychothérapeutique qui vise soit l'arrêt soit la reprise du contrôle de la consommation.

Qui sont-ils ?

Que demandent-ils ?

Dans la majorité des cas, il s'agit de patients masculins (mais pas toujours) âgés de plus de 30 ans et consommant

depuis plus de 10 ans. D'origines socio-économiques diverses, ces patients sont souvent bien différents entre eux mais présentent au moins une caractéristique commune : ils fument depuis longtemps et désirent arrêter de fumer du cannabis mais n'y parviennent pas.

La plupart de ces patients ont déjà essayé d'arrêter au moins une fois mais sans aide. La demande est souvent urgente et teintée de beaucoup d'anxiété. Il y a cette forme de ras-le-bol exprimée par "Je fume trop" et cette "rage" souvent matinale, à propos de tout et de rien ! Après le premier joint qui accompagne le café du matin et qui calme cette irritabilité décrite par le consommateur lui-même comme exagérée. C'est à ce moment que le consommateur fait progressivement le constat déprimant de sa dépendance. Le fumeur de joint "cool" ne l'est plus du tout, bien au contraire ! En effet, c'est quasiment une tolérance à cet effet de relaxation mentale et tant recherchée par les fumeurs de cannabis qui pose problème ! "Je fume 20 joints par jour et je n'arrive plus à être cool". La tolérance psychopharmacologique au THC n'a plus à être prouvée.

On peut dire que ces patients adultes se divisent en 2 catégories : ceux qui n'expriment aucune plainte physique et chez qui la dépendance semble être essentiellement psychologique et puis ceux qui arrivent avec un série de symptômes physiques plus ou moins invalidants. Chez les premiers, on constate que la consommation n'est pas matinale, ce sont des consommateurs chroniques mais qui ne dépassent pas les 3 à 5 joints par jour. Les autres, ceux qui arrivent avec manifestement des symptômes plus francs, sont des consommateurs massifs de cannabis. Ils atteignent un niveau de consommation qui est autocritiqué par le consommateur lui-même et, bien entendu, c'est ceux dont la demande est la plus forte

et la plus insistante.

Quelles offres de soins proposer ? Ou éviter... ?

Chez ces usagers massifs, il est essentiel que le thérapeute soit capable de faire un diagnostic différentiel précis. Une dépendance au cannabis conjuguée avec un épisode dépressif majeur et/ou un trouble anxieux ne va pas se traiter de la même façon que chez les patients ne présentant pas de pathologies associées. Les symptômes physiques les plus souvent rencontrés sont les suivants : perte d'appétit, perte de poids, sudation, troubles du sommeil, douleurs musculaires, tremblements, bâillements excessifs et fatigue quasi chronique. Par ailleurs, ces symptômes sont peut-être la manifestation d'un sevrage physique (constaté chez les plus gros consommateurs) mais ils ne doivent pas être confondus avec les symptômes d'un épisode dépressif majeur.

Il est essentiel d'orienter ces patients présentant des symptômes anxio-dépressifs importants chez un médecin, psychiatre de préférence, pour avoir un avis, voire une prescription médicale (le plus souvent un antidépresseur, en évitant les benzodiazépines). Prendre en charge ce type de patients en pensant que tout est dans la "tête" ou que c'est simplement une histoire de "volonté" voue cette consultation à l'échec. Un bilan cognitif s'avère également utile pour repérer les troubles de la concentration et de l'attention.

Le consommateur problématique de cannabis en demande d'aide est réellement en souffrance et sa situation nécessite un professionnel sachant travailler avec la complexité du problème. Vu les échos de notre permanence téléphonique, il semble que

Vers qui orienter ?

Comme évoqué plus haut, les "spécialistes" de la clinique du cannabis sont plutôt rares et l'on recense très peu de centres d'aide affichant clairement une consultation spécifique au cannabis. Si des psychothérapeutes ou médecins travaillent régulièrement avec des fumeurs problématiques de cannabis et qu'ils savent y faire, il faudrait qu'ils se fassent connaître car la demande ne va cesser d'augmenter.

Actuellement, à Bruxelles, le CHU Brugmann propose des soins spécifiques avec la possibilité d'être hospitalisé (prise de rendez-vous à la Cannabis Clinique : 02/477.27.76). Le CHU Saint-Pierre, en collaboration, avec Infor-Drogues, offre également des "consultations cannabis" (prise de rendez-vous au Service Médico-psychologique du CHU Saint-Pierre : 02/535.45.26. ou à Infor-Drogues : 02.227.52.52).

très peu de thérapeutes sachent y faire en matière de cannabis. Donc, pour une fois, voyons les choses autrement : ce n'est pas le patient qui n'est pas assez motivé ! Ces patients ont une demande mais la plupart ne trouvent pas de réponses adéquates. Il y a des évidences qui montrent que les psychothérapeutes actuels ne sont pas outillés pour prendre en charge ces nouveaux usagers. Je pense aussi à ceux qui restent mutiques ou ceux qui n'offrent qu'une "écoute bienveillante". Les usagers ayant subi un tel traitement se montrent en colère et déçus, si bien qu'ils attendront plusieurs années avant de reprendre un rendez-vous chez un psychothérapeute.

Quelles stratégies thérapeutiques ?

Dans un premier temps, il s'agit de bien évaluer la gravité du problème et d'établir avec le patient des objectifs thérapeutiques clairs et réalistes. L'informer sur les spécificités de la dépendance au cannabis est également important. Lui rappeler que le cannabis c'est aussi du THC qui vient légèrement perturber son système nerveux central et qui, au long d'une consommation chronique, peut modifier l'équilibre de ses neurotransmetteurs et donc son humeur. En d'autres mots, expliquer et informer le patient le plus objectivement sur la dépendance au cannabis. Lorsqu'il s'agit d'une consommation massive (15 à 20 joints/jour), le concept de "drogue douce" a bien entendu perdu son sens. Reconnaître et pointer cette "forte" dépendance aide les usagers à s'impliquer davantage dans le suivi.

Le profil et les attentes du thérapeute sont également importants. Ces usagers ont besoin qu'on leur parle, qu'on leur explique pourquoi ils se sentent mal et pourquoi ils n'arrivent pas à stopper sans aide externe. Ils attendent des

réponses, des résultats et même de la directivité ! En d'autres termes, il faut être un "spécialiste". A ce jour, en Belgique, il y a très peu de spécialistes de la clinique du cannabis, ce qui est un problème lorsqu'on veut orienter le patient.

C'est définitivement une approche cognitivo-comportementale qui s'avèrera la plus efficace pour ces usagers demandant un "mode d'emploi" à l'arrêt. Cette demande de directivité va jusqu'à la demande d'un sevrage en milieu hospitalier, comme peut le proposer le CHU Brugmann.

La prévention de la rechute

Après un sevrage réussi, il est essentiel de suivre le patient en lui offrant l'occasion de parler des possibles rechutes. Les rechutes sont en effet fréquentes mais elles peuvent être réduites et mises sous contrôle par des entretiens post arrêt. Souvent, les plus gros consommateurs rechutent systématiquement s'ils restent dans le même contexte de consommation. Il s'agit donc d'aider le patient à changer son contexte et à l'amener progressivement à supprimer cet automatisme qui est de rouler un joint à n'importe quel moment de la journée.

Rappelons aussi qu'un simple changement de contexte qui s'impose naturellement dans le cadre de vie (nouveau partenaire, nouveau travail, déménagement, arrivée d'un enfant, etc.), est parfois suffisant pour entraîner l'arrêt spontané du cannabis chez certains usagers, même problématiques, et ce sans thérapie, ni symptôme de manque ni médication. Partir de ce constat à chaque premier entretien avec un nouveau patient est un exercice de style que tout thérapeute devrait expérimenter.

ATOUT D'UNE LECTURE SYSTÉMIQUE DES PROBLÈMES DE DÉPENDANCES

Monique EISCHEN¹

L'équipe thérapeutique d'Alfa à Liège explique l'intérêt et la manière d'appréhender le problème des dépendances dans une perspective systémique. Elle considère la **toxicomanie** comme un symptôme qui apparaît comme une **réponse** tant à une problématique individuelle que dans le cadre d'un certain **contexte environnemental** où elle prend adéquatement sa place et tout son **sens** à travers les règles du système interactif établi qu'il s'agira de décoder. Dans cette tâche, l'équipe insiste, entre autres, sur l'importance de restaurer certaines frontières dont celle entre les générations.

Le Centre ALFA est agréé comme Service de Santé Mentale depuis 1975 et a pour objectif d'offrir une aide psycho-médico-sociale aux personnes qui présentent des troubles de santé mentale et plus particulièrement aux personnes dépendantes.

Le Centre offre la possibilité d'aborder le problème des dépendances dans le cadre d'une lecture systémique des relations au sein de l'entourage familial dont nous développerons ici quelques aspects.

Le consommateur "à problème" est en général amené au centre par sa famille comme le "malade" à soigner, le bouc émissaire qui crée soucis et tensions.

Il s'agit d'une vue assez "linéaire" du problème ("soignez-le, et tout le monde ira mieux") qui ne tient nullement compte de la **fonction** du symptôme dans le système, et de tout le jeu des **interactions** familiales qui vise à maintenir le statu quo, comme si la

famille avait trouvé autour du produit et/ou du membre consommateur un équilibre qu'elle n'est pas prête à abandonner. Chaque membre de la famille a, bien sûr, sa part de responsabilité et de participation active ou plus ou moins passive et consentante dans le maintien de l'équilibre (on parle d'homeostasie du système) tel qu'il est établi. L'approche thérapeutique du travail avec les familles se devra donc de tenir compte des ces **résistances** qui échappent à la conscience des membres impliqués autour du consommateur. Nouer une **relation de confiance avec chaque participant** au système concerné sera donc de la toute première importance. Comprendre le degré d'implication de chacun dans le jeu familial établi avec la part d'avantages et de contraintes liés à chaque position occupée est une des tâches du thérapeute familial. Il s'agira d'amener progressivement la famille à une **lecture différente de la situation de crise** qu'elle traverse (celle-ci pouvant

Mots-clés

- fonction
- interactions
- recadrement
- frontière
- dégageant

1. Psychologue.

s'étendre sur plusieurs années), dans le sens où le regard que chacun porte sur lui-même procure une décrispation de la situation par une perception plus dynamique du problème où **les rôles interagissent les uns sur les autres** ; ce qui devrait permettre au "malade désigné" de sortir progressivement de son isolement. Un **recadrement positif** du jeu familial où seront mises en évidence les implications de chaque membre devrait permettre une évolution vers une distribution de rôles différente et plus satisfaisante.

Dans ce contexte, il sera fréquent de travailler à la **restauration de la frontière intergénérationnelle**. Il n'est pas rare en effet que le "bouc émissaire" de la famille porte sur lui-même tout le poids d'un conflit non résolu au sein du couple parental ou se trouve en relation trop étroite avec un des deux membres du couple parental, le produit seul lui permettant alors de prendre de la distance vis-à-vis de cette charge affective trop lourde.

Les séances de thérapie familiale s'effectuent au rythme d'**une à deux rencontres par mois**. La participation de tous les membres vivant sous le même toit est requise mais il peut arriver que le travail familial débute avec les membres de la famille les plus motivés à ce type de démarche.

Les thérapeutes familiaux (souvent un homme et une femme formés en la matière) interviendront de manière à intégrer le plus rapidement possible les membres absents au début de la prise en charge familiale (à l'aide, éventuellement, d'un courrier personnalisé à leur intention), en insistant, auprès des membres déjà impliqués dans la démarche, sur la **nécessité de la collaboration de tous les membres de la famille** dans la compréhension du problème qui les occupe, même si certains peuvent apparaître au départ

moins concernés ou plus extérieurs à la problématique (cas de certains membres de la fratrie, par exemple du patient consommateur).

Par contre, les thérapeutes conviendront avec la famille de séances qui peuvent parfois se dérouler exclusivement avec le couple parental en l'absence des enfants (ceci allant souvent dans le sens de restaurer la frontière intergénérationnelle quand la famille se trouve déjà prête à modifier quelque peu son mode de fonctionnement et qu'il s'agit de soutenir cette perspective nouvelle).

Tous les membres de la famille sont invités à **aborder en séance ce qui pose problème** ; il va de soi qu'aucune confiance en aparté de l'un ou l'autre membre de la famille ne sera admise. Si cela devait être le cas, les thérapeutes s'octroieraient le droit d'utiliser en séance le matériel dont ils auraient été dépositaires. Cette règle est, bien sûr, donnée à la famille dès le début de la prise en charge.

Par leur présence, les thérapeutes offrent un **contenant** à la charge affective que peut susciter l'évocation de certains problèmes (comme c'est le cas pour **certains lourds secrets familiaux** qui entravent l'évolution de la famille et figent son fonctionnement dans certains jeux relationnels déterminés, qui à la fois soudent et divisent les partenaires impliqués, au détriment d'un processus de différenciation et d'autonomisation propre à chaque membre et nécessaire au sein d'une vie communautaire relativement harmonieuse).

Ainsi donc le travail familial va dans le sens de la responsabilisation de chaque membre dans la dynamique impliquée, permettant progressivement un **dégagement**, par la restauration de certaines frontières, rendant le jeu

familial plus fluide, les charges affectives moins lourdes, la communication entre les membres de la famille plus aisée et plus ouverte et, de manière générale, les rapports plus harmonieux entre tous.

Il peut arriver que le **couple**, seul, consulte le Centre quand le problème de dépendance concerne un des membres de la dyade (ou les deux !). Il s'agit bien, ici également, d'un **système interactif** où le produit a son rôle à jouer dans les règles qui régissent les échanges entre les partenaires. Cette rubrique permettrait en elle-même un long développement, ponctué d'exemples illustratifs, que nous n'aurons pas l'occasion d'aborder ici.

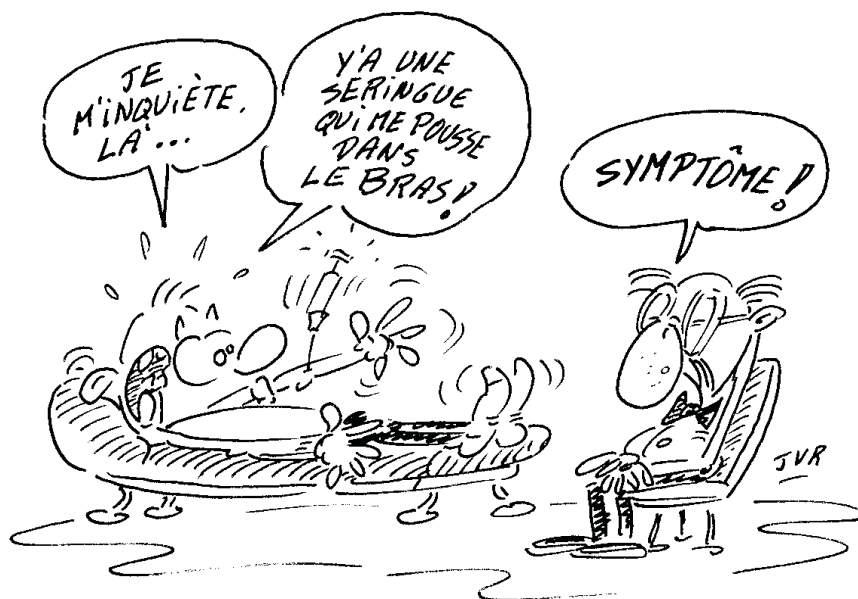
L'appréhension du problème des dépendances dans une perspective **systémique** plutôt que linéaire et individuelle anime, de manière générale, le travail au sein du secteur thérapeutique de notre institution.

Les membres de l'équipe thérapeutique adhèrent à une philosophie de travail commune dont nous soulignerons quelques principes de base :

- Le toxicomane naît de la rencontre d'une personnalité avec un produit dans un contexte socio-familial donné.
- L'abstinence n'est pas un but en soi mais un moyen souvent indispensable pour parvenir à un mieux-être global.
- Nous encourageons la participation active du consultant dans l'élaboration et le déroulement du traitement.

Une lecture **systémique** de la problématique suscitant la consultation peut être pratiquée en entretien individuel : les travailleurs sociaux se montrent attentifs à tout le jeu interactif suscité par la prise de produits, impliquant tant le consommateur lui-même que son entourage.

Nous considérons la **toxicomanie** comme un symptôme qui apparaît comme une **réponse** tant à une problématique individuelle que dans le cadre d'un certain **contexte environnemental** où elle prend adéquatement sa place et tout son **sens** à travers les règles du système interactif établi qu'il s'agira de décoder.



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.

POUR UNE REFLEXION EN IMAGES SUR LES ADDICTIONS ET LES SOINS

Christel DEPIERREUX¹

La Médiathèque de la Communauté française de Belgique propose un vaste choix de documentaires, reportages et témoignages sur des sujets liés à la santé de l'être humain envisagé d'un point de vue holistique. Deux documents disponibles dans le réseau des centres de prêt sont ici mis en exergue pour étayer le propos de ce numéro.

“Réponses d'adultes aux comportements addictifs des jeunes”

45', Collection Parole donnée, Anthéa, France, 2005 (référence Médiathèque : DVD: TN5970)

Un échange entre Michel Defrance, éducateur spécialisé, directeur ITES de Clamagèran et Philippe Jeammet, professeur de psychiatrie enfant et adolescent de Paris VI. Les phénomènes addictifs des jeunes interrogent par leur développement croissant. Les processus éducatifs (et plus généralement ceux de la construction de soi) évoluent avec nos représentations. Quelques propositions de réponses sont évoquées à l'attention des adultes, professionnels ou non, déstabilisés par des conduites qui les mettent en cause.

“Parole donnée” est une collection d'entretiens avec de grands praticiens (pédiatre, psychologue, pédopsychiatre, anesthésiste, juge pour enfants, professeurs de philosophie,...) qui exposent leurs réflexions et abordent les difficultés, abus et carences dont sont victimes les enfants et les adolescents au sein de la famille ou de l'école. Moyen d'information pour un travail individuel ou support d'animation

collective, les entretiens sont conçus comme outil de réflexion destiné aux professionnels de la santé, de l'enfance et de la famille. Ils sont également conseillés aux parents qui s'interrogent sur les problématiques développées. L'objectif est d'engager la réflexion sur les moyens à mettre en oeuvre pour favoriser le développement harmonieux de l'enfant et de l'adolescent.

“Génération cannabis”

44', Pulsations, RTBF, réalisation : Marc Dacosse, 2002 (référence Médiathèque : VHS: TN3431)

De l'école à la rue, de la ville à la campagne, le cannabis fait désormais partie de l'univers des adolescents. Pourtant, le sujet reste tabou et peu de personnes acceptent d'en parler... À travers les témoignages d'adolescents, d'éducateurs et de médecins, l'émission tente d'apporter un éclairage scientifique à certaines questions. Faut-il s'inquiéter de la progression du cannabis dans la société ou, au contraire, en banaliser l'usage ? Est-il possible de se limiter à un “usage récréatif” ou existe-il un risque d'addiction ? Quelles sont les conséquences sur la mémoire, l'anxiété, la conduite ?

Mots-clés pour le 1^{er} film

- assuétude
- psychiatrie
- psychologie
- adolescent
- relation parent-enfant
- drogue

Mots-clés pour le 2^{ème} film

- assuétude
- école
- éducation
- trouble psychologique
- adolescent
- drogue

La Médiathèque dispose également d'une collection audiovisuelle “Education pour la santé” de plus de 400 titres accompagnés d'une fiche pédagogique. Les médias sont sélectionnés par un comité d'experts pour leurs qualités scientifique, pédagogique et cinématographique. Infos : www.lamediatheque.be (onglet “Thématiques”).

1. Responsable de la Collection Education pour la Santé de la Médiathèque de la Communauté française de Belgique.

LIVRES POUVANT ETRE CONSULTES ET/OU EMPRUNTES AU CENTRE DE DOCUMENTATION DE PROSPECTIVE JEUNESSE

"Toxicomanie et hypnose : à partir d'une clinique psychanalytique de la toxicomanie"

Christian MIEL. Préface de Jacques ANDRÉ. Editions l'Harmattan, 2005.

Pour l'auteur, la clinique toxicomaniaque sert de point de départ à une réflexion s'inscrivant dans le cadre de la théorie psychanalytique de la pensée et questionne sur les conditions d'émergence de la représentation et du développement de l'activité symbolique. Poursuivant sa réflexion théorique autour de nombreuses observations cliniques, il étudie cette zone de l'originaire, en deçà de la représentation.

La deuxième partie de l'ouvrage présente l'hypnose comme une technique d'appoint dans le processus psychothérapique. L'hypnose vise à une remobilisation des processus de pensée, à un travail de mentalisation. Plusieurs exemples cliniques illustrent la pertinence de l'utilisation de l'hypnose dans l'aide à la résolution de la problématique psychopathologique du toxicomane, face à une médicalisation excessive de la toxicomanie.

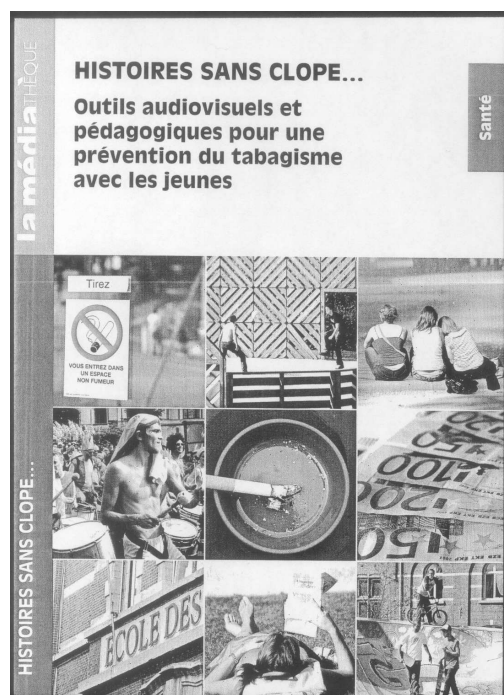
L'auteur préconise le recours à une psychothérapie d'inspiration hypnoanalytique, afin de remédier aux limites d'intervention de la psychothérapie analytique auprès de personnes toxicomanes. Ce rapprochement entre l'hypnose et la psychanalyse ouvre des perspectives théoriques et thérapeutiques pertinentes, en même temps qu'il constitue une contribution au questionnement sur l'originaire.

Docteur en psychopathologie fondamentale et psychanalyse, l'auteur a exercé pendant plusieurs années en tant que psychologue clinicien auprès de divers publics. Il a dirigé un Centre spécialisé de soins aux toxicomanes pendant huit ans, tout en poursuivant une pratique psychothérapique auprès de toxicomanes. Il est actuellement directeur d'un établissement d'hébergement pour adolescents difficiles.

"Histoires sans clope..."

Outils audiovisuels et pédagogiques pour une prévention du tabagisme avec les jeunes

La Médiathèque, novembre 2006



La rentrée de septembre 2006 a été marquée entre autres par l'application du nouveau décret interdisant de fumer dans les établissements scolaires.

Pour accompagner cette mesure, certains services concernés par l'école souhaitent mener des actions concernant la prévention du tabagisme auprès des élèves.

La Médiathèque de la Communauté française publie à cet effet, dans sa Collection "Education pour la Santé", un catalogue réalisé en collaboration avec le FARES et PIPSA. Ce répertoire de seize outils pédagogiques sur le tabac s'accompagne d'une fiche pédagogique et d'un texte d'initiation à l'utilisation du support visuel dans le cadre d'une animation.

Le catalogue peut être obtenu gratuitement dans tous les centres de prêt de La Médiathèque ou téléchargé au format PDF à l'adresse suivante :

<http://www.lamediatheque.be/ext/thematiques/es/publication.html>.

Les Cahiers de Prospective Jeunesse : titres parus

1996

Cahier 1 : pratiques judiciaires en matière de consommation de produits illicites (épuisé : copie disponible)

1997

Cahier 2 : privé ou public : quels espaces de liberté ?

Cahier 3 : école et prévention (tome 1) (épuisé : copie disponible)

Cahier 4 : école et prévention (tome 2) (épuisé : copie disponible)

Cahier 5 : situations des jeunes adultes (18 - 25 ans)

1998

Cahier 6 : école et prévention (tome 3)

Cahier 7 : la question du plaisir, le plaisir en question (tome 1)

Cahier 8 : la question du plaisir, le plaisir en question (tome 2)

Cahier 9 : la question du plaisir, le plaisir en question (tome 3)

1999

Cahier 10 : la question du plaisir, le plaisir en question (tome 4)

Cahier 11 : économie souterraine ou économie des exclus ? (tome 1)

Cahier 12 : économie souterraine ou économie des exclus ? (tome 2)

Cahier 13 : drogues et prison (tome 1)

2000

Cahier 14-15 (numéro double) : drogues de synthèse : de la prévention des risques aux risques de la prévention (actes de la journée d'étude d'Eurotox du 3.12.1999)

Cahier 16 : drogues et prison (tome 2) et Economie souterraine ou économie des exclus (tome 3)

Cahier 17 : drogues et cultures

2001

Cahier 18 : cannabis et autres drogues : la dépénalisation en questions (tome 1)

Cahier 19 : les alicaments : entre nutriment et médicaments

Cahier 20 : cannabis et autres drogues : la dépénalisation en questions (tome 2)

Cahier 21 : cannabis et autres drogues : la dépénalisation en questions (tome 3)

2002

Cahier 22 : la famille (tome 1)

Cahier 23 : le secret professionnel

Cahier 24 : la famille (tome 2)

Cahier 25 : radioscopie du monde enseignant (l'école - tome 1)

2003

Cahier 26 : monde du travail et psychotropes

Cahier 27 : la réduction des risques (tome 1)

Cahier 28 : la réduction des risques (tome 2)

Cahier 29 : à l'école des jeunes (l'école - tome 2)

2004

Cahier 30 : contextes et consommations

Cahier 31 : santé et prévention : braderie ou promotion ?

Cahier 32 : actes du colloque "Jeunes et alcool" du 18.05.04 à Louvain-la-Neuve

Cahier 33 : Promotion de la Santé et Réduction des Risques : la question du tabac... toujours avec filtre ?

2005

Cahier 34 : santé et communication : info ou intox ?

Cahier 35 : vive la fête ! (fête et psychotropes)

Cahier 36 : pauvreté, contrôle social et (dé)stigmatisation (tome 1)

Cahier 37 : pauvreté, contrôle social et (dé)stigmatisation (tome 2)

2006

Cahier 38 : enjeux de lois

Cahier 39 : dépendances : assuétudes, addictions, toxicomanies ?

Cahier 40 : quand la prison s'ouvre... aux partenariats

Cahier 41 : soigner les usagers de drogues 1970-2006

Pour commander l'un de ces numéros ou vous abonner, contactez Claire Haesaerts, Secrétaire de Rédaction, à Prospective Jeunesse (tél. : 02/512.17.66, fax : 02/513.24.02, e-mail : claire.haesaerts@prospectivejeunesse.be).

S

Editorial

Etienne CLÉDA

1

O

DOSSIER :

SOIGNER LES USAGERS DE DROGUES 1970-2006

- Trente années de soins aux usagers de drogues et aux toxicomanes
Interview de Serge ZOMBÉK, réalisée par Etienne CLÉDA 2

- L'émergence de l'usager comme "objet de soins"
depuis les années 70 : un parcours chaotique !
Micheline ROELANDT 8

M

- Les soins en chiffres : offre et demande de traitement
des toxicomanes en Belgique francophone
Anne LIESSE 12

M

- Offre sanitaire dans un comptoir d'échange de seringues
et en travail de rue : un exercice démocratique ?
Kim MOINS et Anne-Françoise RAEDEMAERKER 16

- Transit à Bruxelles, le bas seuil d'accès aux soins
Interview de Ronald CLAVIE, réalisée par Marc TEGELBECKERS 20

A

- Les soins en matière de cannabis :
une pratique qui reste à développer
Maurizzio FERRARA 22

- Atout d'une lecture systémique des problèmes de dépendances
Monique EISCHEN 25

I

- Soins de santé aux usagers de drogues :
contrôle social ou autonomie individuelle ?
Didier DE VLEESCHOUWER 28

- Pour une réflexion en images sur les addictions et les soins
Christel DEPIERREUX 31

R

- Livres pouvant être consultés et/ou empruntés au centre de
documentation de Prospective Jeunesse 19, 32
Danielle DOMBRET

E



Ministère
de la Communauté
française

Avec le soutien de la Communauté française Wallonie-Bruxelles,
de la Loterie nationale et de la Commission communautaire
française de la région de Bruxelles-Capitale.

