

Pratiquement chaque département est doté d'une structure spécialisée de ce type, réalisant ainsi un véritable maillage de notre pays, structures qui par leur disponibilité, leur accessibilité, leur gratuité permettent à un nombre important de toxicomanes d'engager et de poursuivre une démarche de soins.

Dr Michel Hautefeuille

## Familles d'accueil, post-cures, communautés thérapeutiques...

Si la toxicomanie se définit comme un comportement pathologique, l'expression d'une souffrance psychique, elle est aussi une quête de solution, une réponse partiellement comblante. C'est alors la vie du sujet qui se cristallise autour de l'objet drogue, les relations à l'autre vécues au travers de ce prisme.

Pour autant ces termes ne suffisent pas, tant la toxicomanie est par définition plurielle : le professeur Olievenstein l'a définie comme la « rencontre entre un produit, une personnalité, dans un moment social et culturel donné » définition toujours opérante car elle pose à la fois la profondeur du lien que le toxicomane entretient avec le produit, tout autant qu'elle ébauche le faisceau des éléments de causalité à l'œuvre dans cette rencontre : les effets des produits, la souffrance individuelle, l'exclusion sociale et enfin le contexte général conjugué à des trajectoires individuelles : politique économique et sociale, contexte qui sera la toile de fond de conséquences sur le plan social.

La sortie de la toxicomanie, et nous nous garderons bien de parler de guérison, se construira autour de réponses plurielles : médicales, psychosociales et éducatives, en veillant à ce qu'aucun de ces points ne soit exclusivement subordonné à l'autre.

Le duo indissociable que forme le toxicomane avec les produits, rendra le travail long et difficile, émaillé de rechutes, de sentiment de retour à la case départ.

« La trajectoire » est loin d'être linéaire,

mais on peut percevoir trois moments que chacun d'entre eux vivra et mènera dans un rapport singulier entre la recherche de plaisir et la souffrance, « la lune de miel », l'impossible retour en arrière, « la galère ».

Cette toile de fond, à l'œuvre au regard des trajectoires individuelles, « marque » aussi l'histoire du dispositif, de la palette des réponses proposées à une personne toxicomane qui demande de l'aide.

Depuis la loi de 1970, ces réponses se sont toujours voulues plurielles, complémentaires, visant à la fois à prendre en compte les différences de demandes dans la sortie de la drogue et de la dépendance, à la fois l'histoire individuelle de chacun.

L'éthique de ce dispositif s'est construite autour d'une pratique respectant le toxicomane en tant que personne c'est-à-dire capable de responsabilité et de choix. Le volontariat de la démarche est préféré aux soins sous contrainte. Le cadre de ces dispositifs respecte la liberté de choix, donc d'y venir ou d'en partir, le droit à l'anonymat et la gratuité des soins.

Ce dispositif s'est structuré dans un réseau de soins national sous le contrôle des Ddass et centralisé par une direction spécifique de la direction générale de la Santé.

Depuis 1970, les associations ont proposé différents espaces cliniques et c'est en juin 1992 qu'un décret est venu en préciser les missions.

« Arrêter » la drogue, et la dépendance, est un travail long, douloureux et difficile pour le toxicomane d'autant qu'il a souvent le sentiment de lâcher la proie (même amère) pour l'ombre. L'ombre d'un avenir, dans la frustration, le deuil, la perte de ce minimum de lien social et d'identité, et une perspective d'insertion sociale peu réjouissante pour beaucoup d'entre eux. C'est aussi ce pressentiment que la blessure que la drogue est venue endormir va se réouvrir, telle qu'il l'avait laissée, là au bord de l'inconscient.

À la fois sujet qui souffre mais aussi qui vit de lourdes

### Les familles d'accueil

Il y a en France 280 places en familles d'accueil rattachées à des centres de soin ambulatoire. Les durées moyennes de séjour sont d'environ 4 à 5 mois.

L'équipe va préparer le séjour, accompagner la famille et la personne.

La singularité de chacun des réseaux reste la liberté des différents acteurs. Le cadre posé par l'équipe pluridisciplinaire permet de délimiter et de protéger l'espace de pensée, de mouvement et d'engagement de chacun, il favorise l'échange et la parole.

Ces familles, bénévoles, sont défrayées des frais de l'accueil, elles acceptent d'être dérangées en ouvrant leur maison et en partageant leur mode de vie, elles sont réellement dans une dynamique de rencontre humaine.

Si la famille n'est pas à sacraliser, il y a dans ces séjours un rendez-vous avec soi au milieu d'autres qui veillent sans contraindre. Elles font découvrir aux uns et aux autres que le toxicomane peut avoir une place en tant qu'homme ou femme, tout simplement.

PP, ML

situations d'exclusion : rupture des liens familiaux, sans domicile, santé précaire, droits sociaux non acquis, problèmes judiciaires. C'est à ces problématiques plurielles que se proposent de répondre les centres de soins avec hébergement lors d'un accompagnement dans un espace, pour donner du « temps au temps ». Il s'agit dans un cadre contractuel (pas de drogue, pas de violence) de soutenir la personne dans sa confrontation à la fois au « pas de drogue » à la fois à la situation d'exclusion évoquée. L'équipe pluridisciplinaire va s'attacher dans ce cadre, à proposer « un lien » de confiance, de confiance et bien sûr de soutien actif dans le règlement d'un certain nombre de problèmes.

Aucun des aspects ne doit être négligé, mais il y a un temps pour tout. C'est ainsi que la filière de soins, les réseaux de soins entrent en jeu dans cet abord progressif des questions.

Nous l'avons dit, il s'agit de se proposer à la « rencontre » de bâtir ensemble du lien, dans un lieu de vie transitionnel qui va permettre d'abord une rupture avec ce qui vient de se vivre, et nous l'espérons de construire et solidifier des choix. Ce sont des lieux contenant à la fois réels et symboliques, où le quotidien va participer du travail thérapeutique. La vie institutionnelle ou familiale (dans le cas d'une famille d'accueil) est à la fois un espace propédeutique de socialisation et de nouvelles émotions à vivre. Émotions, confrontation, dialogues, cris et chuchotements, travail, plaisir, seront le levain d'une parole qui s'engage. Psychothérapeutes, assistantes sociales, médecins, éducateurs, animateurs d'atelier, familles d'accueil vont à des places différentes et complémentaires aider le toxicomane à construire, à reconstruire son avenir.

Pierre Prual, Martine Lacoste

### Les post-cures

D'une capacité moyenne entre 8 et 12 personnes, ces lieux de vie « du type familial » sont axés sur un travail individualisé. Les durées moyennes de séjours sont de 4 mois.

C'est ici un groupe de pair où l'aspect communautaire n'est pas utilisé comme axe central mais dans un rapport à l'autre et un champ relationnel individualisé afin que la personne puisse améliorer la connaissance d'elle-même et acquérir indépendance et autonomie.

PP, ML

### Les communautés thérapeutiques

D'une capacité moyenne de 35 personnes, la durée de séjour doit être limitée à un maximum de 18 mois à 2 ans.

Il y a nécessité que la communauté soit en interface avec la réalité extérieure et l'élaboration du projet thérapeutique doit prévoir les modalités de préparation à la sortie.

Il est important en tenant compte de l'aspect culturel de cette conception véhiculée du « sujet citoyen », de développer des communautés thérapeutiques à la française où le cadre est posé par des professionnels formés et une équipe pluridisciplinaire qui sont le garant d'une organisation et d'un fonctionnement ne reposant pas sur la promotion exclusive des résidents. L'objectif premier reste la dynamique thérapeutique vers l'autonomie.

Le groupe devient l'objet central et dans son organisation il fait cadre en lui-même. Il donne un sentiment d'appartenance. Les gens se font une place et un rôle qui vont être importants pour eux et pour les autres.

PP, ML

## Médecins et pharmaciens, regard sur l'histoire

Certains médecins généralistes et pharmaciens sont impliqués dans la prise en charge de patients toxicomanes depuis quelques années déjà. Depuis 1970, l'histoire de cette collaboration se divise en trois périodes : 1970 à 1987, période où l'on ne parle pas de la toxicomanie ; 1987 à 1995 marquées par l'apparition du sida et plus récemment depuis 1995, la mise en œuvre d'une véritable lutte organisée.

### Les années de silence

La loi de 1970 offre deux lectures du toxicomane, c'est tout d'abord un délinquant, mais il peut se soigner (injonction thérapeutique) donc c'est aussi un malade. À cette époque, nombre de médecins généralistes et de pharmaciens opteront pour la version « délinquants » et interdiront aux toxicomanes l'accès aux cabinets et aux officines.

Pourtant des rencontres ont eu lieu entre professionnels et toxicomanes mais rien ne sera dit sur les substitutions codéinées délivrées par les pharmaciens (entre 20 000 et 30 000 selon une étude codéine un jour donné, Généralistes & toxicomanies. G & T national). Silence sera fait sur les tentatives, souvent malheureuses, de soins, avec ou sans substitution en cabinet. Silence autour des 20 à 40 % de patients qui s'infectent par le virus de l'hépatite B (étude préservation du capital santé des toxicomanes G & T 59/62). Enfin silence des facultés qui n'offrent aucun enseignement sur le sujet. La personne toxicomane n'existe pas dans l'univers médical.

Il faudra attendre les années 1987-1995 avec leur cortège de décès dus au sida pour que sous la pression des virus, de l'humanisme aussi et du pragmatisme enfin, s'organise la prise en charge des toxicomanes. Les médecins d'abord se regroupent dans des associations. En 1987, naît « Généralistes et toxicomanies », association nationale, très présente en province, de généralistes qui désirent échanger sur leur accompagnement des patients toxicomanes, généralement sans l'outil substitutif.