

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.

En 1991, ce sera le tour de Repsud, mouvement plus parisien qui regroupe des généralistes désirant d'une part échanger sur leur pratique d'accompagnement avec l'outil substitutif, d'autre part légitimer et accélérer la légalisation de celui-ci.

Ces deux associations ont une éthique commune basée sur le respect du sujet, l'accompagnement pluridisciplinaire et un concept biopsychosocial de la toxicomanie. Toutes deux tentent de faire en sorte que le patient toxico- mane devienne un patient comme les autres.

Puis on verra se créer autour du rapport entre le VIH et la toxicomanie, les premiers réseaux, souvent animés par les médecins généralistes.

À partir des années 1995, le changement sera net : l'outil substitutif (Subutex®, méthadone) passe du stade expérimental à une généralisation sur tout le territoire. Les réseaux se multiplient, tout comme les publications, les colloques et les formations. Ces années seront marquées par la médicalisation tant des prises en charge que du discours.

Et aujourd'hui quelles pratiques ?

Actuellement, on peut dire que, dans le cadre de cette véritable guerre contre la toxicomanie, les médecins et les pharmaciens sont engagés, voire mobilisés et régulièrement en première ligne. Et les pratiques évoluent sur quatre fronts.

Le premier consiste à réduire les risques liés à la toxicomanie : 80 % des seringues délivrées le sont par les pharmacies, la substitution au codéiné (Néocodion®) existe toujours. Les médecins généralistes sont amenés à soigner de plus en plus de toxicomanes actifs. Ces soins concernent aussi bien les troubles somatiques (abcès...) que ceux plus spécifiques liés aux dépendances. L'idée du « shoot propre » est de plus en plus reprise par ces deux professions. Cet exemple permet de mesurer l'étendue des changements dans l'approche de ces professionnels pour lutter contre la toxicomanie.

Le deuxième combat mené est celui de l'accès aux soins. Là aussi on observe de nombreux bouleversements dans les pratiques : la notion d'urgence est désormais recevable. Que ce soit l'urgence de soins, d'hospitalisation ou d'initialisation d'une substitution. L'outil substitutif est largement utilisé : fin 1997, 40 000 patients sont traités par Subutex® en médecine

« Étude de la file active des patients dépendants aux substances psychoactives illicites. G & T 59/626, juin 1997 ». *Lettre du réseau Sambre Avesnois*, décembre 1997

Lettre du réseau Sambre Avesnois, décembre 1997

► Ministère de la Santé, Observatoire des drogues Publication 1998

de ville. Et si certains cabinets offrent un bas seuil critiquable, beaucoup travaillent en réseau ou en binôme (médecin généraliste, pharmacien) avec échange de coups de fil lorsqu'il s'agit de prendre une décision ou de mettre en place un accompagnement multidisciplinaire.

Le troisième combat est celui de l'ouverture d'un espace de parole. Le médecin généraliste et le pharmacien sont les acteurs d'une médecine populaire par opposition à une médecine purement scientifique. Leurs savoir-faire ne font l'objet d'aucune publication, ne sont pas enseignés ou codifiés. Pour la médecine générale, l'importance de la relation entre médecin et malade est reconnue depuis quarante ans (Balint) sans que cette relation ait été théorisée. Pour les pharmaciens, cette approche est plus récente et l'on commence à parler de la pharmacie comme d'un lieu transitionnel, d'un espace relationnel. Il y a prise de conscience d'une place dans le champ thérapeutique que le patient élabore autour de lui.

Le quatrième et dernier front sur lequel se battent les généralistes comme les pharmaciens est celui de la prévention. Nombre d'entre eux sont très présents dans la cité dans laquelle ils travaillent mais vivent également. Tout bonnement, ils se sont impliqués dans la prévention de la toxicomanie : interventions dans les écoles, forums santé, pièces de théâtre...

L'important pour eux est de participer à la vie de la cité, de montrer, aux jeunes du village ou du quartier, des adultes vivre, agir, intervenir, s'impliquer en tant qu'adulte. Il faut compter sur la complémentarité bénéfique entre ces énergies de prévention populaire et la prévention « savante ».

L'évolution la plus importante de cette fin de siècle est cette rencontre entre une médecine populaire, qui a développé des savoir-faire et une médecine savante.

D'une part une médecine populaire qui commence à se conceptualiser et d'autre part une médecine savante qui prend conscience de l'importance de ces savoir-faire dans la globalité du soin.

Dr Bertrand Riff