

toxi[base]

revue
documentaire

4

Nouvelle série
4ème trimestre 1993

toxicodépendances nationales
de documentation sur les
pharmacodépendances.
14, av. Berthelot 69007 Lyon, France.
tél 78 72 47 45.
fax 78 72 53 44

Toxicomanie et S.I.D.A.

- . dossier toxicomanie et S.I.D.A. p. 1
- . sélection thématique :
traitement p. 11
pathologie et psychopathologie
les produits et leurs effets
législation
marché de la drogue
sciences humaines et sociales
épidémiologie
toxicomanie et S.I.D.A.
santé publique
- . informations générales p. 18
- . actualités congrès p. 19
- . actes p. 21
- . fiche pratique p. 22

Toxicomanie et S.I.D.A.

Dr Claude JACOB *

La mouette est dans son ciel, irréductible aux nôtres, mais le langage du taxinomiste est dans les livres, irréductible lui aussi à toute mouette rêvée, vivante ou morte.

Bruno LATOUR (1)

Cet article est un complément important par rapport au dossier "Toxicomanie, sida : une lecture documentaire" publié par TOXIBASE et le CRIPS (voir présentation à la fin de la revue).

Il constitue une prise de position, mais documenté et donc conforme à l'esprit de la revue documentaire TOXIBASE, sur la problématique Toxicomanie-sida, du point de vue d'un clinicien du dispositif spécialisé pour les toxicomanes.

TOXIBASE apporte ainsi sa contribution à un débat qu'il est essentiel de laisser ouvert.

Un nouvel acteur qui, ignoré, agit sur une situation, une scène où sont présents d'autres acteurs, voilà à quoi se résume l'histoire initiale du "couple" toxicomanie-sida. Cet acteur identifié, l'on cherche à se l'annexer, on noue des alliances pour le combattre; voilà la situation actuelle. Le laboratoire le broie, le plie, l'atténue, le découpe, l'espionne, lui trouve des leurres, le virus résiste, change, déroute, contourne. L'Eglise prône la fidélité ou la chasteté, les "mécéants" le préservatif. Les libertaires s'en emparent pour attaquer les contraintes, les sécuritaires pour les renforcer. Les libertaires s'allient aux sécuritaires pour confier aux médecins la prescription de produits stupéfiants. Chacun fait la promotion de son propre message, de ses intérêts, le virus également: ***"reproduisez-moi, transmettez"***.

Bruno LATOUR insiste sur le fait que les messages ne sont rien sans la force des réseaux qui les transmettent, qui essaient de les imposer (en mettant d'autres acteurs à leur service), qui utilisent leur force, qui combattent d'autres acteurs pour vaincre leurs résistances.

Ainsi l'on pourrait dire, pour le problème qui nous occupe, et dans cette optique :

Le V.I.H. s'est allié aux toxicomanes U.D.V.I (Utilisateur de Drogue par Voie Intraveineuse), qui échangent du matériel contaminé, pour se transmettre. Il les utilise comme alliés pour pénétrer le champ plus vaste des hétérosexuels, à travers leurs échanges sexuels. Il s'agit là d'un détournement de la finalité des échanges, au profit d'un seul acteur, négligé, dénié, quand il ne s'agit pas d'une alliance du toxicomane et du virus qui vise les autres acteurs.

On ne saurait ici demander aux acteurs respectifs autre chose que de veiller chacun à leurs intérêts. On ne se prive cependant pas de la prétention qui viserait la sauvegarde des intérêts des acteurs malgré eux.

Pour mesurer l'écart entre la liberté de l'individu et la contrainte de la société, deux citations peuvent être mises en perspective:

"A une époque où le droit à la santé et aux soins est progressivement reconnu à l'individu, en particulier par la généralisation de la Sécurité Sociale et l'Aide Sociale, il est normal qu'en contrepartie la société puisse imposer certaines limites à l'utilisation que chacun peut faire de son propre corps".

Exposé des motifs gouvernementaux au projet de loi du 31 décembre 1970 sur la toxicomanie.(2)

"Par votre loi inique, vous mettez entre les mains de gens en qui je n'ai aucune espèce de confiance, cons en médecine, pharmaciens en fumier, juges en malfaçon, docteurs,

* Psychiatre des Hôpitaux

Médecin-Chef de l'intersecteur des pharmacodépendances de la Moselle, 57038 Metz cédex

sages-femmes, inspecteurs doctoraux, le droit de disposer de mon angoisse, d'une angoisse en moi aussi fine que les aiguilles de toutes les boussoles de l'Enfer."(3)

Certes, à l'époque où écrivait A. ARTAUD, le virus ne s'était pas encore glissé dans les enjeux, mais le débat est relancé même s'il se déplace, quand le conseil national du SIDA demande à ce que des priorités soient définies entre les impératifs de santé publique et/ou ceux de la sécurité publique (4).

Si l'on cherche à cerner ce que la toxicomanie active, ce que la toxicomanie agit, sa fonction dans le débat, on est conduit à suivre DERRIDA (5) :

" Il y va, rien de moins, du moi, de la conscience, de la raison, de la liberté, du sujet responsable, de l'aliénation, du corps propre ou du corps étranger, de la différence sexuelle, de l'inconscient, du refoulement ou de la répression, des différentes "parties" du corps, de l'injection, de l'introjection et de l'incorporation (orale ou non) du rapport à la mort (le deuil et l'intériorisation), de l'idéalisation, de la sublimation, du réel et de la loi, bon, je m'arrête..."

Cherchez à cerner ce que le SIDA active nous conduirait à arrêter également l'énumération. Les problèmes sont vastes : issue mortelle, impuissance médicale. Les fantasmes actifs : "que s'est-il passé quand je n'étais pas là". La méfiance, la défiance, le rejet sont toujours prêts à s'installer, qui témoignent de la peur de l'autre.

La bibliographie qui suit ce travail nous permet de nous extraire de l'éclectisme qui a pour inconvénient majeur, à travers l'exposition de faits et de recherches "objectives", de les faire parler. Les faits, rappelons-le, ne parlent pas, ne disent aucune vérité. Aussi, nous parlerons de notre place de praticien, à partir de notre expérience des faits, de nos recherches, de nos lectures, renvoyant chacun aux articles cités. Pas plus que l'éclectisme, nous ne visons à embrasser la globalité du problème, nous éclairerons certains points qui nous paraissent soit centraux, soit symptomatiques. Il faudrait ici citer à nouveau Bruno LATOUR pour rappeler au lecteur ce que notre réflexion personnelle lui doit.

"... Que se passe-t-il donc si nous...nous mettons à suivre les seuls rapports de forces? Est-ce le chaos? Est-ce l'invasion des barbares? Est-ce la fin du monde? Sans la croyance dans des sciences bien séparées de la politique, nous avons toujours l'impression qu'il nous manque quelque chose et que le ciel va nous tomber sur la tête. Pour montrer qu'il tient fort bien tout seul, il faudrait pouvoir prouver...que la croyance dans les sciences est, comme jadis celle en Dieu, une "hypothèse superflue". Il faudrait pouvoir montrer sur pièces que la science et la société sont toutes deux mieux expliquées par une analyse qui ne suivrait que des rapports de forces, et qu'elles se rendent mutuellement inexplicables et opaques lorsqu'on s'efforce de les séparer."(1)

Contextes

La toxicomanie est une profession.

L'illégalité des pratiques toxicomaniaques, la répression de l'usage structurent une existence quasi professionnelle, véritablement statutaire, du toxicomane. (6). Les contraintes de la consommation, à l'origine de la structuration du réseau, conduisent, paradoxalement, à l'arrêt de la consommation elle-même. Les trajectoires d'entrée dans la drogue, multiples, se réduisent, chemin faisant, à une trajectoire unique fonction de la dépendance économique et sociale. (7). L'accoutumance et l'assuétude proprement physiques, conduisent le toxicomane, inéluctablement, à l'arrêt, faute de moyens suffisants (temps, argent, entretien du réseau de fournisseurs et de clients). Le toxicomane va être conduit à prendre de plus en plus de risques pour son approvisionnement en élargissant son réseau, bien qu'il n'ait pas de goût particulier pour le risque. (6)

Avant cet arrêt, le recours à la seringue peut être une tentative d'alléger la contrainte de la dépendance économique et non un choix délibéré. Les conditions du trafic et de la dépendance qui y est associée conduisent au recours à la seringue. Elle permet d'augmenter l'effet de la drogue et ainsi d'économiser temporairement celle-ci. La réduction de

moitié des doses en passant à la seringue réduit la dépendance économique de moitié. Devant les difficultés de maintenir son réseau d'approvisionnement au niveau requis par ses besoins qui ne cessent d'augmenter, le toxicomane voit se profiler le manque. Cette obnubilation, obsession constante, du "manquer de drogue", barre pour lui tout investissement à moyen et à long terme, déstructure ses pôles d'insertion encore intacts. Il s'éloigne de ses ancrages passés, sans préoccupation pour l'avenir qu'il ne conçoit que comme évitement d'un manque que seul il anticipe dans l'angoisse. Vivant dans l'instant, il peut en être la victime : l'instant est la dimension de la précarité, c'est celle aussi du passage à l'acte. "Pouvez-vous me faire arrêter ?" trouve alors un destin différent selon l'interlocuteur à qui cette demande est adressée. Ainsi, le statut d'illégalité a un rôle de frein mais aussi d'accélérateur dans la prise de risque. La transgression liée à l'usage a ce même rôle initial d'attrait et de repoussoir qu'induit tout interdit.

Les toxicomanes et leurs pratiques sont exclus d'une citoyenneté ordinaire, et ce, dès le stade de la simple consommation. Il est de ce fait exclu qu'ils jouent un rôle d'acteur des mesures qui les concerneraient, qu'ils modulent ou négocient un aménagement : quelles sont les pratiques qui les excluent de la société ? Quelles sont celles qui restent compatibles avec une vie sociale, marginale certes, mais intégrable ? Cette position, leur conteste le droit, en particulier dans le champ préventif, de promouvoir un modèle d'auto-organisation. (8) Ce champ préventif d'auto-organisation très efficace et peu coûteux est donc barré par leur rejet d'une citoyenneté normale. Ils deviennent les objets (souvent passifs) de stratégies de prévention qui leur sont appliquées de l'extérieur : elles sont à la fois inefficaces et coûteuses. Cette gestion de leur citoyenneté contestée est faite par d'autres . Au gré de leurs intérêts, ces acteurs font des toxicomanes, une "marge" certes, mais plus exactement une "marge de manoeuvre" dans des enjeux qui ne les concernent pas. Ils sont installés au centre d'une bataille que se livrent les autres, qui poussent le toxicomane comme on pousserait un pion. Les toxicomanes n'ont alors de choix que dans la résistance passive au mieux, au pire, dans les passages à l'acte de la contestation et de la provocation active.

Ou alors, aliénés eux-mêmes à ces enjeux, ils se complaisent dans les rôles que d'autres leur désignent. S'ils jouent le rôle de celui qui fait n'importe quoi, pourquoi leur demander d'être consultés sur les mesures qu'on leur destinerait ? On les maintient donc dans le risque, si le risque sert d'autres acteurs à faire avancer leurs affaires ou leurs idées.

La position hollandaise a contrario trouve son efficacité dans la prévention en reconnaissant la toxicomanie comme "style de vie particulier", les mesures mises en place alors visent à un droit commun à tous les citoyens d'utiliser la société comme moyen de réalisation ; la société ayant le devoir d'offrir les meilleurs moyens possibles, ou les moins mauvais, à la réalisation de destins personnels sur lesquels elle ne porte pas de jugement a priori. C'est cette position qui est la plus opérante, plutôt que les moyens techniques mis en oeuvre à partir de cette position qui sont assez semblables à ceux que nous proposons aux toxicomanes en France.

Le toxicomane est un être social de fait mais pas de droit.

Toutes les mesures sociales, qui aménagent un ancrage dans le social de fait, et non de droit, viennent boucher le trou d'une absence d'existence statutaire des toxicomanes, autre que les rôles assignés . Délinquant que la justice réprime et que la police pourchasse. Malade, que la médecine sèvre, répare. Egaré que l'éducateur réinsère, normalise. Avant le SIDA, la marginalité des toxicomanes, ou plus exactement leur mise en marge par la loi, leur faisait rencontrer les interlocuteurs patentés des marges, juges, policiers, médecins, éducateurs ... Ces interlocuteurs les pliaient à leurs démarches. Il ne restait alors aux toxicomanes que la panoplie des stratégies d'évitement. Ce que le SIDA et l'alliance avec le virus ont introduit dans le débat, c'est une possibilité de réplique, de sanction du toxicomane lui-même envers la société et ses représentants patentés. La réplique habituelle dans le prosélytisme se double, avec l'alliance virale, d'adoption de répliques qui peuvent augmenter le risque viral pour la société ; deux possibilités donc : faire du prosélytisme pour la drogue et pour le virus. Le toxicomane va-t-il privilégier l'alliance avec ses semblables contre le virus, ou avec le virus contre ses semblables ? On remarque rapidement que le rejeter dans une altérité radicale de déviant ou de malade, voire de fou, comporte des risques au regard du choix de l'alliance. De l'exclure du bénéfice d'une société d'assistance également. Donnant, donnant. Si deux tiers des toxicomanes sur Paris, ne bénéficient d'aucune couverture sociale (9), c'est la société qui

travaille sans filet. Dès lors la question va se poser de ce que nous pourrions donner en échange aux toxicomanes.

Le cadre de la loi de 1970 fait obligation financière exclusive au législateur dans le champ sanitaire. Il exclut ou tait les conséquences sociales et les remèdes à y apporter. Pourtant, le trafic et l'usage confinés à un espace d'illégalisme ont des conséquences spécifiques sur la trajectoire sociale et sur les risques que doit prendre le toxicomane pour s'y maintenir. Il doit souvent donner le change, pour éviter la répression, par le maintien d'un ancrage social, familial, voire conjugal, "normal". Le rôle de l'Etat revendiqué, installé comme obligation légale, qui assure, exclusivement dans le champ sanitaire, la gratuité de la prise en charge, constitue un frein : aux initiatives sociales, à l'engagement d'autres acteurs (municipalité, département, région), aux initiatives sanitaires également (C.P.A.M., privé, etc...). Le risque majeur pour le toxicomane est d'être l'objet d'un rejet déguisé, par les passages de relais multiples, découpage de tranches sanitaires, sociales, prises en charge parcellaires multiples, etc... Ceci lui donne le sentiment que chacun se débarrasse de lui et que l'on s'occupe éventuellement de ses problèmes mais très peu de lui globalement et de manière continue, suivie, cohérente. A l'opposé, les rencontres ne sont pas rares, d'interlocuteurs qui disent se charger de tout, pour ne se charger de rien.

Que le toxicomane prenne des risques pour son approvisionnement complique la tâche du trafiquant. La prohibition absolue induit aussi bien les risques pris par les trafiquants que ceux pris par les toxicomanes. Le risque équilibre dans l'esprit des uns et des autres ce que l'on risque de perdre, mais aussi de gagner. Le cercle est donc proprement infernal : plus le risque de perdre est accru (pression policière, pression répressive, sanction, etc...) plus s'accroît le gain du côté de l'offre. Du côté de la demande, plus le gain qu'on attend est perçu comme élevé (réellement ou fantasmatiquement) plus on est prêt à prendre des risques. Dans une intoxication installée, en régime de croisière, c'est-à-dire un régime stable de risques pris et maîtrisés pour des gains prévus et cernables, la possession d'un matériel d'injection personnel ne pose aucun problème et réduit, voire annule, le risque "SIDA". Ceci est déstabilisé si le risque de perdre (la pression répressive s'aggrave) augmente, mais aussi en période où la drogue se présente de façon inopinée, non prévue, non programmée : initiation au début de l'intoxication avec utilisation de matériel non personnel plus ou moins contaminé, rechute après sevrage non programmée, occasion d'investir tout l'argent dans la drogue sans reste pour le matériel, etc...(6) (10). Là aussi, la prohibition absolue aggrave la précarité des situations instables ou occasionnelles.

Plus le toxicomane doit se méfier de l'environnement (espace public ou civique), et plus il a besoin de confiance dans le secteur domestique. Il ne peut détruire un espace de confiance quand la méfiance est partout présente, ceci est nécessaire à sa survie. Il s'agit ici d'une dépendance particulière à un espace qu'il croit protégé et qu'il ne peut suspecter. Le risque est pris car il y a plus à perdre qu'à gagner à examiner froidement la situation, cette froideur gèlerait ses derniers investissements hors drogue. Plus la méfiance s'accroît à l'extérieur, plus elle diminue dans son espace personnel. Plus la vigilance s'accroît à l'extérieur, plus elle se relâche dans sa vie privée.

Pour le sortir à la fois de l'espace public et de l'espace privé, la société a dévolu un certain nombre d'interlocuteurs en charge de garder le contact et d'assurer aux toxicomanes un espace qu'elle s'est chargée d'institutionnaliser, comme alternative à l'espace de la drogue et de ses trafics, c'est ce que nous allons maintenant examiner.

Le dispositif spécialisé.

L'action fondamentale du virus dans ce champ est d'avoir obligé le dispositif à sortir d'un isolement relatif, d'avoir conduit les tutelles d'Etat à promouvoir les réseaux associant divers acteurs de divers champs, même si l'acculturation de plusieurs champs pose problème. Ainsi, dès 1984 - 1985, les structures spécialisées, très peu médicalisées faut-il le rappeler, parfois volontairement sous-médicalisées par crainte du pouvoir médical chez les intervenants en toxicomanie, ont commencé à se préoccuper du problème.(11)

Parler de déni du problème consisterait à dire que le problème parfaitement perçu était cependant nié.(12) (13). Ainsi l'archaïsme, la lenteur des réactions, la méconnaissance ou, pire,

le déni auraient conduit les institutions spécialisées à un immobilisme initial. On peut plus simplement expliquer cette conduite par la méfiance légitime des acteurs spécialisés, entretenue par les réticences, voire le rejet, que rencontraient leur demande de recours vers les autres acteurs. Ainsi, se voyaient-ils en charge, dans un futur rapproché, d'un problème nouveau, irréversible celui-là, qui annihilerait leur visée éducative ou thérapeutique, qui bloquerait leur institution déjà fort encombrée, qui les conduirait à une aggravation de leur position de ghetto. Chacun étant suspecté de vouloir se décharger sur eux de ce problème, de la même façon que chacun se déchargeait sur eux des toxicomanes jusque-là.

On peut donc s'étonner de la réaction du dispositif spécialisé qui s'est préoccupé du couple virus-toxicomane, bien que celui-ci mette en péril leurs intérêts et leur modalité de travail immédiats. On peut s'étonner du rappel précoce des exigences éthiques qu'ils ont maintenues. On peut s'étonner enfin qu'ils aient, avec autant d'investissement, participé à la création de réseau, à l'ouverture vers l'extérieur, à la prise en compte des problèmes tant sociaux que médicaux. Actuellement, les articulations avec les intervenants sociaux, avec les intervenants médicaux, sont quotidiennes, parfois structurées, parfois institutionnalisées.(14) Les intervenants accompagnent les toxicomanes sidéens tout au long de leur parcours sans craindre le "burn out" décrit (12), ils s'investissent même, parfois dans un bénévolat auprès d'associations s'occupant de sidéens toxicomanes ou non. Quelle est la lutte, quels sont les enjeux?. Le virus agit le toxicomane comme futur malade (séropositif) puis malade (sidéen) puis mort. Ce que le virus introduit, c'est le caractère irréversible de la rencontre. L'ensemble du dispositif, bâti sur la réversibilité de la rencontre avec la drogue, est atteint dans ses fondements mêmes, dans son projet, et dans sa raison de mobiliser les énergies des uns et des autres. A l'entrée dans le dispositif succédait une sortie du dispositif, tout le projet s'articulait autour de cette sortie. "Je veux m'en sortir". Cette sortie barrée, restait l'expression lancinante à l'esprit et des toxicomanes et des intervenants "Je vais y rester " "Il va y rester."

Que faire en attendant d'y rester? A cela, plusieurs réponses inquiétantes dont la principale pour le patient : continuer à être toxicomane ou devenir malade, et, pour l'institution, accompagner le toxicomane vers la maladie ou continuer à le sortir de la drogue ou, pour dire autrement, lui garder un statut de toxicomane ou de malade, et quel statut intermédiaire pour quelles institutions et pour quels types d'intervenants? Voilà le déplacement des acteurs induit par l'apparition du nouvel acteur dans le contexte global, général, social, domestique ou spécialisé. Reste deux déplacements à examiner : celui du risque et celui de la Loi, de l'interdit et de la contrainte.

Substitutions

La réduction des risques

On peut déduire aisément que l'ensemble des remarques qui ont été faites sur le contexte de la drogue devrait conduire des politiques générales qui consisteraient à promouvoir : la citoyenneté la plus normale possible pour les toxicomanes, la promotion d'un statut le moins marginal possible, la diminution de la pression sécuritaire qui entraîne une insécurité permanente du toxicomane, etc... Bref, toute politique, qui viserait à faire du toxicomane un citoyen responsable de ses actes, y compris dans le champ de la drogue, conduirait à une gestion la plus maîtrisée possible du risque, pour lui et par lui, et d'espérer ainsi, casser l'alliance virale dont il est la victime, mais aussi l'acteur.

Il conviendrait donc, dans un premier temps, de cesser en permanence de joindre, de lier, de souder le toxicomane au virus, voire, à l'extrême, de faire disparaître derrière le virus l'acteur toxicomane du couple toxicomanie SIDA ; le virus n'étant que peu sensible à l'attrait de la citoyenneté. Rechercher le virus sans l'avis du toxicomane, c'est bien lui signifier que son avis et ses actes sont indifférents dans la chasse au virus. C'est considérer le toxicomane comme l'objet du virus.

Toute action technique de réduction des risques ne peut s'envisager sur un plan strictement technique. C'est la valeur symbolique de la mesure qui est importante, comme le montre l'efficacité de la mise en vente libre des seringues (10). Un objet d'accès interdit a été rendu disponible. Le toxicomane a trouvé, à travers la mesure, une reconnaissance statutaire à

sa conduite et une anticipation, de sa capacité d'acteur, à réduire le risque. Reconnaissance par les pouvoirs publics d'une figure du toxicomane responsable dans le champ même de son activité de toxicomane, à propos d'un objet qui du même coup a perdu sa valeur de symbole au profit d'une utilisation adaptée d'outil. (6) Il avait le droit de vivre sa toxicomanie le moins dangereusement possible, mais de la vivre et non d'en mourir, symboliquement, comme sujet responsable et libre, réellement, en se protégeant du SIDA. Les toxicomanes ont démontré dans ce cadre qu'ils avaient compris le message et ils ont démontré leur sens des responsabilités. (6) (10). Cependant, l'image du toxicomane qui fait n'importe quoi reste vivace, car elle légitime la passion d'acteurs qui veulent continuer à gérer pour leur compte et maintenir sous tutelle les toxicomanes irresponsables.

La réduction des risques peut s'envisager de façon technique sous le thème général de substitution à condition de percevoir que la substitution peut et doit porter sur les actes des acteurs et qu'elle substitue des forces à d'autres forces, des coalitions à d'autres coalitions, des intérêts à d'autres intérêts.

Substituer un produit à un autre

Il ne faudrait pas se cacher plus longtemps la réalité pour concevoir que de substituer un opiacé à un autre c'est ne rien substituer.

Substituer un produit autorisé à un produit interdit, substituer un produit qui ne s'injecte pas à un produit qui s'injecte, substituer la dépendance à un programme à la dépendance au trafic, substituer un effet d'administration à un effet de loi, substituer une administration à une auto-administration, etc... C'est substituer un malade au délinquant, une maîtrise (réelle ou supposée du thérapeute) à son impuissance initiale. Ces glissements contrastent fort avec la permanence d'un seul point de vue, c'est la drogue qui a fait le toxicomane, (15) c'est donc un autre produit qui va le défaire. Rien là n'est substitué, c'est la même version, même et surtout si c'est, en apparence, différent. Seuls, les partisans qui considèrent que c'est le toxicomane qui fait la drogue avancent que ce soit lui, et lui seul, qui puisse briser ce lien, le défaire. La société ne peut que faire ou défaire le lien de la drogue avec l'interdit ou, si elle se refuse à le défaire brutalement, de faire ou défaire le lien à l'illégalité de certaines conduites, de substituer d'autres espaces d'interdit à l'espace d'interdit pénal.

Aménager un espace médical, de gestion institutionnelle et réglementaire, de ce lien au produit n'est pas fait pour rassurer ceux que le pouvoir médical inquiète. Promouvoir une administration médicale des comportements, en lieu et place de la sanction pénale actuelle n'est pas fait pour rassurer les partisans de la citoyenneté. Si la réassurance est immédiate pour le public, la gestion médicalement assistée des comportements est inquiétante à moyen et à long terme pour les libertés. **"L'utilisation que chacun peut faire de son propre corps"** (2) serait massivement confiée à un encadrement pharmacologique médicalisé.

Aucun savoir définitif n'est dégagé des différentes évaluations pratiques, à propos des substitutions de produits, pour instruire la réponse à la question de leurs incidences sur la propagation ou non du virus.(16) Face à cette incertitude, une certitude : la substitution se ferait, d'un pouvoir géré par les acteurs de l'offre et de la demande actuelle ; le drogué et le fournisseur, à un pouvoir, soit singulier ; le toxicomane et son médecin au cas par cas, ou à un pouvoir plus global, le toxicomane et le programme de santé publique confié au corps médical. En témoigne l'évolution dans les discours qui est passée d'une conception d'abord "médicale" vers le "psycho-social" et actuellement la perspective de santé publique, ceci sur une trentaine d'années. Le toxicomane avait été l'acteur du glissement médical-psycho-social, le virus de l'acteur du glissement psycho-social-santé publique. On retrouve, au début et à la fin, la médecine mais elle a changé d'alliés. Elle retrouve face à son impuissance thérapeutique des visées hygiénistes, pour lesquelles elle ne se passionnait guère il y a trente ans.

Les programmes à seuil bas d'exigences, qui seraient, en terme de santé publique, les seuls à toucher une partie importante des toxicomanes, cachent mal le glissement dont il s'agit ; substituer une distribution de drogue administrée à la distribution illégale. On ne s'étonnera pas que les résultats les plus probants portent justement sur les inconvénients sanitaires et sur les trajectoires délinquantes, risques pris et directement induits, dans le cadre d'un approvisionnement illégal, par la dépendance économique. Les acteurs d'une réglementation

de la distribution avancent masqués derrière les acteurs de santé publique et les hygiénistes. Il y a peu du seuil le plus bas possible à pas de seuil du tout, et si le seuil est un obstacle à un accès du plus grand nombre... Ils n'auront pas pour autant éliminé les toxicomanes qui restent acteurs et maîtres de leurs alliances virales (en reprenant des pratiques d'injection mal contrôlées parallèles ou non).

L'ensemble de ces stratégies que mènent les acteurs visent à faire bouger, à réduire, à encadrer un acteur : "le toxicomane" en lui proposant des substitutions multiples, mais en lui contestant de pouvoir rester toxicomane.

Le dispositif spécialisé sait bien que les déterminismes qui conduisent à la toxicomanie, sont multiples et que la vision réductrice du point de vue métabolique est non seulement fausse, mais aussi inopérante à réduire la dépendance. C'est une indépendance qu'il faut substituer à la dépendance. Qu'il faille passer par des phases de gestion transitoire de la dépendance et que, dans cette phase, l'on substitue un produit à la drogue, un statut à celui de toxicomane ; voilà qui a toujours fait consensus.

Le dispositif spécialisé ne peut pas se soustraire de pouvoir répondre, au cas par cas, sur des indications fondées et réfléchies, à des demandes de substitution qui viseraient la sortie de la dépendance économique, demandes instruites par le toxicomane lui-même. Il possède d'ailleurs toute une panoplie de produits à sa disposition s'il veut utiliser cette voie. C'est autre chose que d'y voir LA solution. LA solution, généralisée, s'appuie sur un modèle métabolique exclusif de la toxicomanie, comme les diabétiques toujours le produit, jamais l'acteur. Que certains souhaitent "statutairement" être malade, le médecin pourrait s'y prêter, pesant avantages et inconvénients, c'est autre chose que d'en généraliser le modèle.

Dans ce cadre, ce contexte, ces stratégies, nous voyons ce que les homosexuels ont obtenu : que l'on ne conteste pas leur identité. Ils se proposent à eux-mêmes et pour eux-mêmes comme but de s'extraire des comportements à risque. Cette tâche leur a été confiée, les toxicomanes ne l'ont pas obtenue. Ils ont substitué certains comportements à d'autres, sans qu'ils perdent pour autant leur homosexualité au passage. Ils ont revendiqué, et continuent de le faire, que la société les protège comme tout citoyen, et qu'ils puissent gérer sur ce plan leurs affaires, dénonçant au passage les dysfonctionnements les plus criants.

Substituer un comportement à un autre.

On s'étonne qu'une mesure de promotion de la désinfection des matériels simple, peu coûteuse, efficace (17) (18) rencontre aussi peu d'alliés. Cet étonnement est ici feint, car nous avons la réponse à cette question. Ces mesures feraient du toxicomane un acteur, le seul acteur de ses alliances. Réglant à son gré son désir d'alliance avec le virus, il serait le seul à utiliser la force que représente potentiellement la menace. Il n'aurait besoin de personne. Il ne pousserait les intérêts de personne. Il ne serait supplétif d'aucune guerre, Harki d'aucune colonisation. Même le recours à des programmes d'échange de seringues, contient un reste de maîtrise, il se maintient, alors, qu'une seringue initialement stérile peut parfaitement être contaminée après trois ou quatre utilisations, alors que 98% des approvisionnements se font en pharmacie (10), alors que ce modèle nécessiterait l'utilisation par un seul toxicomane de 1500 seringues par an. (19) (20). La désinfection auto-gérée, auto-organisée, ne porte en rien atteinte, dans sa mise en place, aux comportements des toxicomanes. C'est là, et là seul, qu'il faut trouver le peu d'empressement des autres acteurs pour cette mesure.

La séroprévalence, maintenue aux alentours de 30% (21) depuis plusieurs années, (données sujettes à critiques, à cause des nombreux biais), les diminutions de séroprévalence, (22) la diminution de l'incidence, (25) les disparités énormes de séroprévalences selon les régions, qui ne sont en rien dépendantes des modèles de prise en charge (certaines régions pourraient ainsi promouvoir leur modèles, elles ont la sagesse de rester modestes), les constatations des cliniciens qui disent que les nouvelles contaminations sont rares, malgré le risque d'exposition des toxicomanes au virus, tout ceci montre que, sans que l'on en soit certain, nous sommes probablement en dessous du seuil de propagation du virus HIV, mais encore au-dessus pour certains autres virus (HVC) (22). La contamination a pris un profil différent avant 1987 et après. (6) (10) Les toxicomanes paient la non disponibilité des seringues, et l'ignorance du virus à l'oeuvre.

Tout ce savoir est passé sous silence, dans la passion actuelle de souder le toxicomane au virus, dans les déclarations officielles, dans la présentation d'une substitution miracle.

Le dispositif spécialisé, sans programme de substitution, avec l'aide des toxicomanes eux-mêmes, serait-il parvenu à réduire l'épidémie? Pas plus les savoirs ne peuvent infirmer ni confirmer cette hypothèse, pas plus ils ne peuvent légitimer l'adoption de la substitution généralisée.

La disponibilité des seringues à partir de 1987 a fait tourner une page de l'évolution de l'épidémie chez les toxicomanes. Ces seringues sont réutilisées, il faut donc les stériliser pour éliminer tous les virus. Ce faisant, les toxicomanes abandonnent un allié, le virus, ils espèrent en retour quelques bénéfices, non seulement pour eux-mêmes directement, en restant indemnes d'atteinte virale, mais aussi indirectement, en espérant que la société ait pour eux de la reconnaissance. Il faut les reconnaître, c'est dans la dimension sociale et dans la dimension de leur citoyenneté un impératif absolu. La mise en avant du virus dans la soudure du couple toxicomane-SIDA ne va pas dans ce sens. Elle signifie, au contraire, que l'on se préoccupe du virus dans le couple et que si les toxicomanes eux-mêmes le font disparaître, il est à craindre qu'ils disparaissent des préoccupations et des sollicitudes médicales, sociales et politiques.

Substituer les rôles

Le virus a redistribué les rôles. Le toxicomane sidéen est devenu malade, authentiquement malade, il a exigé, et souvent obtenu, un accès aux services hospitaliers qui, jusque là, avaient fermé les portes à sa toxicomanie.

Les services médicaux ont intégré les deux acteurs dans leurs pratiques. (24) Le virus a contraint la rencontre à se poursuivre, à cause des impératifs de suivi médical, et il a conduit à l'abandon du mythe de la cure de sevrage. (7) La cure, souvent mal préparée, mal amorcée, mal encadrée, était conçue comme un acte, à opposer au passage à l'acte du toxicomane, en quoi se résumait sa demande initiale : "**pouvez-vous me faire arrêter**". Intégrer les deux acteurs : le virus et le toxicomane, pour le médecin hospitalier, consiste à moduler ses prestations en fonction de la stratégie choisie, à s'assurer d'un réseau de relais possibles dans le champ social, à lier son action à la prise en compte de la singularité du sujet, et pas tant de la généralité de la maladie qu'il tente vainement d'éradiquer. Il est souhaitable de distinguer, chez le toxicomane, la nature de sa demande : vient-il pour une cure ? vient-il pour sa maladie ? vient-il parce qu'il ne sait plus où aller ? etc ...pour instruire les réponses adaptées et décliner toutes les variantes possibles. La cure de sevrage est-elle indispensable au traitement de l'affection qui le conduit à consulter ? Si non, pourquoi l'imposer ? Le sevrage est-il contre-indiqué, et pourquoi pas de maintenance? La maintenance est-elle indispensable quand le sujet demande ou accepte un sevrage, pourquoi la proposer? Au médecin, accroché au mythe du sevrage (profitant du toxicomane qu'il a sous la main, pour lui imposer un sevrage, comme condition à la prise en charge de sa maladie), s'est substitué un médecin modulé dans sa réponse. Il n'attaque pas la toxicomanie a priori, mais selon que cela est nécessaire ou non à la cohérence de son action et de ses visées thérapeutiques.

Les toxicomanes utilisent l'urgence, la manipulent et la répètent et parfois en meurent. Urgence, il y a souvent, mais il faut savoir qu'ils sont mis ou se mettent dans l'urgence, infléchis par certains acteurs pour en infléchir d'autres. La particularité de l'urgence, si elle est manipulée (ceci ne l'empêchant pas d'être authentiquement urgente) c'est de contraindre le médecin à l'impossibilité du refus, et de conforter le toxicomane dans l'acte, ce qui le dispense d'être engagé par une demande. Ce refus impossible, associé à l'absence de demande, rend l'acceptation impossible, créant un espace intermédiaire, ni refusé, ni accepté, simplement toléré. Ainsi le traitement de l'urgence terminé, le toxicomane devient intolérable ou tolérable selon le bon vouloir d'un seul acteur : le médecin, qui module seul son seuil de tolérance. Le toxicomane, n'ayant rien demandé, le plus souvent, part, ce qui le contraint à un retour périodique dans l'urgence où chaque fois il met en jeu, sûrement sa santé, parfois sa vie.

Il peut, aussi, devenir toxicomane jusqu'à en être la caricature, se conformant et se confortant à et dans son rôle (6), pour justifier l'exclusion. Il peut se remettre dans l'urgence, ce qui constitue alors un jeu, proprement pervers, de règlement de compte, dans lequel il joue sa vie. Le jeu que joue, dans la répétition, le toxicomane, montre une grande capacité à manipuler, à disqualifier l'interlocuteur, à répéter les échecs, et l'alliance qui aurait pu se nouer là, se perd

dans la répétition d'actes, sans rencontre véritable. Le virus présent, ne met pas fin au caractère erratique, manipulateur de la rencontre, et ne favorise que peu l'acceptation de l'entrée dans la maladie. Le toxicomane présente le malade, et aussitôt se réfugie derrière le toxicomane, selon le degré de tolérance qu'on lui concède. C'est lui qui maîtrise la situation, entraînant le rejet final dont il est finalement la victime, entretenant les rancœurs.

On pourrait, de même montrer en quoi les intervenants en toxicomanie ont vu leurs rôles se déplacer. Le virus a fait passer "le futur" de la situation du réversible à l'irréversible. Montrer en quoi le virus a déplacé les acteurs de l'administration centrale et des tutelles locales. (Recours aux compétences professionnelles court-circuit des tutelles locales, cohérence sanitaire régionale au lieu de départementale, adoption de stratégie d'adaptation ou d'innovation etc...)(24)

Ces déplacements multiples de rôles et d'alliances, ces substitutions de rôles, ces réseaux d'alliances doivent combattre le virus et non le toxicomane, il ne faut pas se tromper de cible. Il faut privilégier toutes mesures qui permettent aux toxicomanes de se disjoindre du virus, et non choisir dans l'alliance le virus contre le toxicomane.

Conclusion

Nous l'avons dit en commençant, nous ne serons pas complet, exhaustif et éclectique, encore moins objectif. Ce que nous proposons, c'est de prendre connaissance des études, des savoirs, des réflexions ; celles-ci sont présentées, outre les ouvrages cités, dans la bibliographie qui suit cet article et dans le dossier "Toxicomanie, sida", publié par le CRIPS et TOXIBASE.

Ce que nous proposons ensuite pour comprendre le problème, toxicomanie et sida, c'est qu'aucun toxicomane ne soit considéré comme réductible à aucun autre, et qu'aucun savoir ne puisse et ne doive être isolé des acteurs qui s'en emparent.

Les toxicomanes sont pris, parfois contre leur aspiration, dans des alliances, des forces, des réactions, des réseaux.

Même si parfois ils se livrent eux-mêmes au jeu des alliances nouées contre eux, et non avec eux, celles-ci risquent de les contraindre à s'unir à d'autres acteurs pour résister. Au nombre de ces acteurs se trouve le virus.

A force de justifier les contraintes en postulant que les toxicomanes font n'importe quoi, alors que certaines études montrent que cette population voit diminuer le plus l'incidence VIH (25), ceux-ci risquent de se conformer à ce rôle irresponsable. Il n'y aura pas de prévention efficace durable, sans reconnaître le rôle qu'ils ont déjà joué dans la prévention, qui ne peut se faire qu'à travers une reconnaissance de leur sens civique, et donc, de l'exercice d'une certaine citoyenneté, à l'intérieur même de leurs pratiques toxicomaniaques. En les soudant aux virus, "**toxicomaniesida**" certains prennent et augmentent le risque pour les toxicomanes et pour toute la société. De nier toute reconnaissance de leur identité d'acteurs, ceux-ci s'apparentent aux pompiers incendiaires. Il ne faut pas que nous nous associons aux virus pour contraindre le toxicomane, il faut nous associer au toxicomane pour combattre le virus. L'alliance avec le toxicomane, fondement même du dispositif français spécialisé, se casserait dans la normalisation programmatique, nous y aurions perdu et notre éthique, et notre efficacité.

Bibliographie

- (1) : LATOUR (Bruno). Les microbes : Guerre et Paix suivi de Irréductions, Editions A. M. Métailié et Association Pandore, Paris 1984
- (2) : cité in PELLETIER (Monique) Mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue. La Documentation Française, Paris, 1978, 284 p.
- (3) : ARTAUD (Antonin). Oeuvres complètes tome 1 N.R.F. Gallimard 1976 (p. 67)
- (4) : République Française. Conseil National du Sida. Toxicomane et SIDA. Rapport et avis du Conseil National du SIDA relatif à l'infection par le VIH parmi les usagers de drogues. Séance du 08/07/1993, Paris.
- (5) : DERRIDA. Revue Autrement "L'esprit des drogues"
- (6) : TREPOS (Jean-Yves), JACOB (Claude) et coll. Les représentations du SIDA chez les toxicomanes - Rapport de recherche remis à l'A.N.R.S. Contrat INSERM n°90.V.62
- (7) : INGOLD (F.R.). Les toxicomanes ont-ils une santé ? Brève histoire des traitements en France. In : Drogues, politiques et sociétés. Paris : le Monde, 1982
- (8) : MAIER (Robert). Des Arguments, Moins de Passions. Revue de l'ANIT Novembre 1987
- (9) : IGAS (Inspection des Affaires Sanitaires et Sociales). Rapport sur la protection sanitaire et sociale des toxicomanes. Par Mme C. TROUVE et M.T. MALIVOIRE DE CAMAS. Paris, IGAS, 1989. 81 p.
- (10) : INGOLD (F.R.). La transmission du VIH chez les toxicomanes.: pratiques, attitudes et représentations. Situations et tendances. Paris : IREP, 1992. 85 p.
- (11) : KOZLOWSKI (Sylvie); TABOADA (Marie-José). Toxicomanie et SIDA. L'émergence de projets locaux. Rev. Fran. des affaires sociales, Oct.1990, n° hors série "les années SIDA", 205-213
- (12) : LERT (France). L'infection VIH a-t-elle transformé la toxicomanie ? Sida, toxicomanie : une lecture documentaire C.R.I.P.S. 1993 Paris 7-11
- (13) : LERT(F.), LERT (H.). La prévention du SIDA auprès de groupes vulnérables, toxicomanes, prostituées, migrants, jeunes en difficulté : étude de la situation dans deux grandes agglomérations. Analyse des obstacles et des perspectives. Paris : INSERM,1991, 67 p.
- (14) : INSTITUT FRANCAIS DE DEMOSCOPIE. Analyse du fonctionnement des centres de soins avec hébergement pour toxicomanes. Paris, DGS, 1992. 4t.
- (15) : FREDA (H). Pour une clinique du toxicomane. Congrès de Reims, 1982.
- (16) : COPPEL (Anne). Statistiques collectives et prévention de l'infection par le VIH chez les toxicomanes. Sida, toxicomanie : une lecture documentaire C.R.I.P.S. 1993 Paris 7-11, p.95 - 105
- (17) : INGOLD (F.R.). A la recherche d'une stratégie de communication avec les consommateurs de drogues par voie intraveineuse. Dactylographié. IREP, 1993

(18) : WIEBEL (W.), SENAY, Ed : changer les comportements à haut risque chez les usagers de drogues par voie intraveineuse dans les rues de Chicago. In RETROVIRUS "SIDA et toxicomanie, 11ème séminaire international IREP, N° 9 T. IV, p. 69-73, Bougival 1991

(19) : JACOB (Claude). Séropositivité et SIDA déclaré, analyse à partir d'une institution de soins pour toxicomanes. Retrovirus, 1989, 3, p.40-44

(20) : FACY (Françoise). Suivi épidémiologique des programmes expérimentaux de prévention des risques de transmission du VIH chez les usagers de drogues par voie intraveineuse avec échange de seringues. Direction Générale de la Santé, 1992.

(21) : FACY (F.), LE HUEDE (E.). Etude épidémiologique des centres de soins résidentiels 1990-1991. Le Vesinet, Inserm-Unité 302, 1992

(22) : SCHMITT (Christophe), BERTEL (Josiane), JACOB (Claude). Fréquence des marqueurs sérologiques des virus des hépatites B et C et du VIH dans une population de toxicomanes hospitalisés de 1990 à 1992. Annales de Médecine Interne 1994, 144, n°7. (A paraître.)

(23) : Surveillance du SIDA en France, situation au 30 septembre 1993. B.E.H. n°46/1993, Paris, D.G.S.

(24) : HEFEZ (Serge). Une revue des stratégies de prévention auprès des toxicomanes. Transcriptase, 1992, no 4, p. 10-12

(25) : LACOSTE (D.), MARIMOUTOU (C.) et coll. Decreasing incidence of HIV infections among I.V.D.U. in Aquitaine 1985-1992. Congrès de Berlin, juin 1993. (A paraître).