

MICHEL DEBOUT, UN ENGAGEMENT POLITIQUE À TRAVERS LE SOIN

1977- Alors que j'ouvrais à peine les yeux sur le monde. Michel Debout, lui, tournait son regard vers un problème émergent: La toxicomanie et l'accueil des personnes souffrants d'addictions.
45 ans plus tard me voici résidente de la communauté.



Il y a eu tellement de public qu'on a dû faire deux projections successives. Nous qui pensions que le sujet n'intéresserait pas grand monde !

que le sujet n'intéresserait pas grand monde ! S'en est suivi un débat spontané, avec des gens qui ont pris la parole, certains pour nous expliquer leur parcours, d'autres, des parents, pour nous dire leurs inquiétudes par rapport à un de leurs enfants ou un jeune qui leur semblait en difficulté. J'ai proposé que les gens qui voulaient que l'on construise quelque chose ensemble se donnent rendez-vous et se rencontrent. A l'époque il n'y avait pas de mail ni de téléphone portable, donc on a fait passer un papier et chacun a mis son adresse et son numéro de téléphone fixe ! C'est comme cela qu'a été créée l'association Rimbaud.

Comment est née l'association Rimbaud ?

J'étais à la fois psychiatre (j'ai créé la première unité d'urgence psychiatrique de la Loire et en France) et légiste. Dans mon métier, je rencontrais des personnes après une overdose ou en état de manque. En 1977, il y a eu une semaine de la santé organisée par la municipalité de Saint-Etienne (qui avait pour maire Joseph Sanguedolce, premier édile de gauche élu dans la ville) et à cette occasion j'ai proposé qu'un des sous-thèmes soit la toxicomanie. On disait toxicomanie à l'époque et dans une transmission il faut aussi transmettre les mots qui vont avec cette époque. Les mots ont une histoire, un sens — quand on change de mot, on change un peu de sens et c'est comme ça que ça se construit dans l'histoire. Il y avait peu de toxicomanes à Saint-Etienne mais il me pa-

raissait évident d'organiser une journée dans cette semaine sur ces questions émergentes. Olievenstein était alors le référent dans le domaine de la toxicomanie avec Marmottan (voir encadré page 8). À part lui, c'était un peu la nébuleuse. Nous avons donc fait cette journée, avec la mise en commun de magistrats, de policiers, de soignants, et des associations qui pouvaient s'intéresser à cette question en devenir. Le soir, il y a eu une grande rencontre avec les Stéphanois, à la Maison de la Culture, lors de laquelle nous avons diffusé un film d'Olievenstein, "Le Manque". Il y a eu tellement de public (plus de 600 personnes !), trop de monde pour la salle de projection, qu'on a dû faire deux projections successives et en même temps une espèce de sit-in dans la salle d'accueil de la Maison de la Culture. Nous qui pensions

Pourquoi le nom de Rimbaud ?

Moi ce qui me préoccupait, c'était que les toxicomanes venaient aux urgences psychiatriques par défaut. Il n'y avait pas de centre d'accueil et je n'avais pas d'autres propositions à leur faire. Mais ce n'était pas un problème d'urgence seulement, c'était un problème permanent. Il m'a semblé par conséquent important de créer un centre d'accueil, à l'image de ceux qui existaient déjà en France. Nous avons donc créé l'association. L'un de nous a proposé "Rimbaud", du fait de ce parcours qu'avait eu Arthur Rimbaud : celui à la fois d'une personne toxicomane et surtout d'un poète.

Si vous êtes alcoolique, vous n'êtes plus vu que comme un alcoolique, plus comme une personne. Vous êtes toxicomane, vous

n'êtes pas une personne qui utilise un produit, mais vous êtes toxicomane, point barre. On a une tendance à réduire à l'objet alors qu'au contraire ce qu'il faut aller chercher, c'est la personne. Chez Rimbaud on ne voit pas le toxicomane d'abord. Donc "Rimbaud" car cela permettait de faire un pas de côté par rapport à la toxicomanie et d'être dans le domaine de la jeunesse, de la culture, de l'ouverture, de la poésie. L'idée, c'était vraiment de faire de ce centre un lieu dédié à l'accueil des jeunes, des adolescents. On voulait même que ça ne soit pas simplement les adolescents toxicomanes mais aussi des adolescents en difficultés de parcours, etc. Nous n'étions pas fermés sur un symptôme.

Dans ce centre d'accueil, quel était le lien entre le social et le médical ?

La loi de 1970 (voir encadré ci-contre) avait ceci de particulier : elle ne choisissait pas son camp. C'est-à-dire que c'était un piège d'une certaine façon : le toxicomane pouvait dire «je suis malade» à la police ou au magistrat, tout en disant «je suis délinquant» au médecin, et donc finalement il échappait à sa propre identité. Or je pense que chacun a besoin d'une identité. La loi de 70 n'était pas une synthèse mais un entre-deux et comme toujours quand on est dans l'entre-deux, on ne sait pas où on est. Donc il y avait d'un côté la police et la justice qui agissaient, et de l'autre côté il y avait le médical. Le médico-social, autre réponse possible, on ne savait pas trop. Donc il a fallu construire cette autre réponse.

Alors nous avons d'abord créé cette structure d'accueil avec des travailleurs sociaux puis s'est posée la question de savoir si on devait mettre un médecin dans la structure. Ma position personnelle, c'était qu'il fallait clarifier les rôles. Déjà à l'époque, en Mai-68, quand j'étais un des leaders des mouvements de l'Université de Lyon, je n'étais pas pour la confusion des rôles, le juge voulait être aussi assistant social, qui voulait être médecin, qui voulait être flic, qui voulait être curé... enfin, vous voyez, non ! Et ça renvoie à l'identité dont on parlait, chacun a un rôle, et c'est un rôle qui permet justement la rencontre de l'autre. Parce que si on n'a pas un rôle spécifique, pourquoi l'autre aurait besoin de cet échange ? Qu'est-ce qu'on lui apporterait ? On serait un autre comme un autre. Un toxicomane dans son parcours peut avoir besoin d'une réponse sociale, d'une réponse médicale, d'une réponse judiciaire, il peut avoir besoin d'une réponse de logement... et toutes ces réponses doivent être données par des acteurs différents. Et moi je ne voulais pas créer un lieu magique où on donnerait l'impression aux toxicomanes qu'on avait réponse à tout en un seul lieu.

La Loi no 70-1320 du 31 décembre 1970

Relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses

La Loi 70 est une loi d'exception ; une loi d'exception est une loi établie en dérogation du droit commun que l'on doit à des circonstances exceptionnelles ou momentanées. Hors, la Loi n°70-1320 est toujours en vigueur aujourd'hui.

Depuis cinquante ans, la gestion politique des drogues s'articule autour d'une problématique récurrente : santé publique ou répression ? Car les dispositions de cette loi sont intégrées et dans le code pénal et dans le code de la santé publique. Ainsi, la loi 70 considère l'usager de drogues comme un individu à la fois malade et délinquant.

En introduisant l'incrimination de l'usage privé de stupéfiants, la loi de 1970 est une loi qui vise les personnes plus que les produits qui étaient déjà réglementés par les conventions internationales. Elle confirme un principe de prohibition et, sans proposer aucune définition légale de la toxicomanie, un principe d'abstinence auquel les toxicomanes doivent être contraints, au besoin par le biais de l'injonction «de subir une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale», soit une obligation de soins en échange d'une remise de peine. Elle limite également le principe du libre usage de son corps et promulgue ainsi la valeur du droit à la santé et des devoirs qui en découlent. Son principe contribue à renforcer les attitudes discriminatoires entre des usagers dépendants de produits illicites et des usagers dépendants de drogues licites (alcool notamment).

Et en plus, ça répondait un peu à cette illusion du produit : le produit magique qui répond à tous les manques à tous les besoins.

On parle beaucoup en ce moment d'Empowerment, de pouvoir d'agir en français, d'être acteur de son parcours de soins. Je pense qu'en séparant les rôles de chacun, de chaque professionnel, c'est aussi redonner le pouvoir à l'usager de savoir à qui et où s'adresser donc de savoir reconnaître ce dont il a besoin. Ce qui est la base du rétablissement, savoir demander de l'aide. Pour pouvoir se construire il faut savoir demander de l'aide. Savoir ce dont on a besoin.

Moi je suis médecin mais quand je suis malade je vais voir un médecin, je ne suis pas mon médecin. Il faut que celui qui demande repère bien le rôle de chacun, sache ce qu'il peut en attendre et ce qu'il ne peut pas en attendre. Après, c'est lui qui co-construit la réponse.

Le centre Rimbaud n'était pas un centre de traitement, c'était un centre d'accueil social. Mais par contre il fallait qu'en cas de besoin, la personne puisse, si elle le souhaitait, rencontrer facilement un médecin. Je dis "facilement" mais il faut se souvenir qu'à l'époque, il y avait quand même la pression de la police et de la justice. Même si un toxicomane pouvait se faire soigner anonymement, y compris à l'hôpital, il pouvait être piégé par une surveillance policière, judiciaire.

Comment avez-vous pensé l'implantation de ce centre d'accueil ?

Il fallait protéger les usagers. Il fallait que ce soit un lieu très ouvert et en même temps protégé. On a donc cherché un lieu que l'on va qualifier de "discret". Au départ, on imaginait que si on se mettait en centre-ville, tout le monde pourrait voir qui vient, ce qu'il fait, etc. Tout le monde allait pouvoir surveiller. Et c'est intéressant parce que 10 ans après, on a fait le contraire. Puis il y a eu le problème du Sida dans les années 80 qui a complètement modifié l'approche de la toxicomanie. Vous imaginez qu'à ce moment-là, la seringue qui était interdite est devenue préventive ; le préservatif qui était interdit ou sous le manteau est devenu préventif. On a presque complètement changé de monde. Et donc on s'est dit que la première des choses était d'abord de sauver la personne contre ce mal absolu qui était encore plus risqué que le produit. C'est là qu'on a complètement changé d'approche ; on est passé d'une espèce d'interdiction à une approche de prévention. Avec le paradoxe, c'est que certains moralistes disaient "mais vous les encoura-

Le juge voulait être aussi assistant social, qui voulait être médecin, qui voulait être flic, qui voulait être curé... enfin, vous voyez, non !

Vous imaginez qu'à ce moment-là, la seringue qui était interdite est devenue préventive ; le préservatif qui était interdit ou sous le manteau est devenu préventif.

ge à s'intoxiquer". Non ! On les encourageait à vivre ! Et à rester en vie. Et après éventuellement les aider à sortir de leur toxicomanie, si la toxicomanie les faisait souffrir. Et en quoi elle les faisait souffrir.

Les TSO (Traitements de substitution aux opiacés), ça a changé quoi ?

Ils sont apparus à ce moment-là et il y a eu tout un débat dans le milieu de ceux qui s'intéressaient à la toxicomanie où une tendance était de dire "Mais on ne va tout de même pas fournir au toxicomane le produit dont il manque." C'était un paradoxe alors que d'autres disaient "Si ! Il faut fournir un produit de substitution pour qu'ils n'utilisent pas un produit encore plus néfaste." Et tout ça est apparu en même temps que le Sida.

T.S.O. :

Traitement de substitution aux opiacés - La méthadone, comme le subutex, sont deux traitements de substitution à l'héroïne.

L'objectif de ce traitement est de stabiliser la consommation de l'usager voire de la diminuer en prévenant les symptômes du sevrage; cette stabilisation permettant à l'usager de retrouver un début d'insertion sociale et de suivi psychologique et social.

Les opiacés (opium, morphine, codéine) constituent des dérivés naturels du pavot, alors que les opioïdes sont des composés semi-synthétiques (héroïne, buprénorphine) ou synthétiques (fentanyl), dont les propriétés analgésiques sont beaucoup plus puissantes. Le terme « opioïdes » tend désormais à désigner toutes les substances, qu'elles soient d'origine naturelle ou synthétique. Une de leurs caractéristiques majeures est leur capacité à induire une dépendance psychique et physique.

Mais pendant longtemps les Français ont résisté à ce traitement substitutif.

Le travailleur social peut-il être considéré comme soignant ?

Il faut faire une différence entre médical et soignant. Le soignant c'est large, quand le médical renvoie à des pratiques qui sont définies dans un code particulier, différent du code du travailleur social. Ce sont deux champs complémentaires. Et qui sont co-constructeurs avec la personne de ce qui se passe pour elle.

Quelle place pourrait avoir un travailleur pair dans une équipe professionnelle ?

C'est un peu ambigu l'idée d'un soutien par des pairs, les "mêmes que soi". Je suis d'accord sur l'idée du pair-aidant, mais à la condition que l'on soit bien au fait que ce pair-aidant est un des rouages, un des acteurs dans un ensemble dans lequel il n'est pas seul. Le pair-aidant ne doit pas être un influenceur. Ma démarche, c'était de reconnaître la souffrance qui s'exprimait chez des toxicomanes, je n'ai jamais dit que tout usager de drogues était en souffrance. Ma position de médecin est de comprendre cette souffrance puis de trouver des solutions, une réponse en tout cas. Parmi ces réponses, il peut y avoir le pair-aidant, dès lors que l'on est bien au clair avec le problème posé.

Le rôle du travailleur pair ne serait-il pas, à ce moment-là, de partager son expérience, sa souffrance ?

Il faut bien s'entendre sur quel usage on fait du mot souffrance. S'il s'agit de stigmatiser les gens dans leur souffrance, non ce n'est pas ça, il faut que la personne elle-même accepte de dire qu'elle est en souffrance.

À partir de là, le partage d'expérience peut être utile et peut être plus efficace que l'accompagnement vu du côté d'un médecin voire d'un travailleur social qui n'a jamais, lui, connu ce lien très particulier que quelqu'un peut construire avec une drogue, un produit, de ce besoin presque jouissif et en même temps du manque qui devient insupportable. Il faut aider la personne à nommer ce qui lui arrive. Ce qu'il ne faut pas, c'est que le pair-aidant puisse évacuer cette question. Donc la réponse ne peut pas appartenir qu'au pair-aidant. Ce dernier est un complément dans une équipe pluridisciplinaire. Ce n'est pas le retour au magicien. Je me méfie toujours des magiciens qui font tout. La pair-aidance n'est pas la réponse magique. Un médecin ce n'est pas magique. Le savoir expérientiel c'est une chose, et le médical une autre. Le problème c'est que dans une situation difficile - et le rapport aux

L'hôpital Marmottan

Le Centre Médical Marmottan fut créé en juillet 1971. Il incarne le symbole de la redécouverte par la médecine et la société des problèmes de toxicomanie en France. Le vote de la loi de 1970 posant les bases du droit pour le toxicomane à se faire soigner de façon volontaire, anonyme et gratuite, était encore récent. Le gouvernement, dans ce contexte, confia au Docteur Claude Olievenstein la charge de créer un « centre expérimental d'orientation et de soins pour toxicomanes » Face à ce qui apparaissait alors comme un phénomène nouveau, il n'existait pas de réponses préétablies et le centre fut d'abord conçu comme une interface entre le « monde de la drogue », de la marge, et de la société. En cela, Marmottan constitua d'abord un lieu d'accueil inconditionnel, dans lequel les « clients » aidaient les thérapeutes à élaborer des réponses.

produits est difficile-, c'est délicat parce que ça révèle des difficultés qui n'ont pas de rapport avec le produit, ainsi que des difficultés liées au produit lui-même, car le produit a des effets qu'il ne faut pas cacher. Si vous aviez de pair-aidance il y a 50 ans, on vous aurait ri au nez. Et ce n'est pas parce qu'à un moment de sa vie on a été toxicomane qu'on va devoir consacrer sa vie à ça.

La CT c'est d'abord un temps, un espace, deux ans et peu médicalisé, c'est d'abord la parole au centre du soin. Peut-on parler de « Lieu-Temps » ?

L'espace-temps c'est très important parce que le cerveau fonctionne dans l'espace, nous sommes d'abord dans un espace. Et c'est le changement d'espace qui nous permet de comprendre que le temps passe, qu'on change de temps. Si vous restez toujours dans le même espace, vous avez l'impression que vous êtes toujours dans le même temps. Un espace est dédié à un temps particulier, à une période particulière. C'est pour ça que dans l'espace communautaire, il y a des sous-espaces : quand vous arrivez vous êtes étape 1... Et c'est très important car ça vous permet de vous inscrire dans le temps. Et ce n'est pas évident de s'inscrire dans le temps. Si ce n'est en passant par des étapes qui deviennent symboliques de quelque chose qui nous construit. Qui nous permet d'avancer. Et rien n'est pire que de se sentir figé.

LÉA C. CÉLINE G.