

# Patrick Véteau. Regard clinique sur la mortalité des usagers de drogues.

Lille, 2 mars 2010

Je n'ai pas la nécessité d'une grande rigueur scientifique, comme Laurent Plancke.

Je vais donc proposer un regard plus clinique, plus questionnant, pour lancer la discussion sur ce sujet qui n'est que rarement abordé, hormis dans l'émotion que le décès d'un de nos usager peut susciter.

Ma première remarque porte sur la difficulté d'un recueil pertinent et exhaustif : les différents recueils cités sont fiables, avec leur pré-requis, mais sont toujours parcellaires, vue la complexité du sujet.

Cette enquête est plus complète que d'autres, mais Laurent Plancke en a lui même relevé les limites, les zones d'ombre... (l'exemple des « perdus de vue »)

Au delà du problème de repérage concernant des publics nomades, avec des suivis chaotiques, pour lesquels une fin de prise en charge peut impliquer une amélioration ou une dégradation de la situation du sujet sans qu'il soit possible de le savoir, elle pose en premier le problème de l'imputabilité :

Ce problème est encore accru si on se questionne sur les circonstances, les motifs, ou la situation du sujet au moment de son décès.

Quelques exemples significatifs de cette difficulté, pris dans les situations que j'ai croisé, au long de ma carrière (ces décès ne figurent pas tous dans la recherche présentée aujourd'hui...)

## Cinq histoires interrompues

Pascal est un homme de 32 ans, sorti de prison après 3 années de détention ; sevré, avec un traitement somme toute léger sans TSO, il reprend contact avec sa famille, et les liens se renforcent quand ceux ci prennent

conscience de sa réelle envie de ne pas repartir dans les dérives précédentes ;

Invité au mariage de sa sœur, ravie de le revoir si bien, il passe un merveilleux week-end. Il obtient par sa mère quelques centaines de francs discrètement ... et quelques centaines de francs par son père, discrètement.

Muni de cette somme, il revient au lieu où il est hébergé, ravi de son week-end, et achète un gramme d'héroïne à la gare, pour un usage récréatif, pour « fêter » sa nouvelle vie. Ce premier shoot sera son dernier... il décède d'overdose.

Jean est un homme de 35 ans, psychopathe, incarcéré, en recherche permanente de cachets et tentant par tous les moyens de persuader les médecins de ses tendances suicidaires pour avoir plus de Tranxène®, plus de Valium®, plus de tout.

Pour convaincre, il se suspend à quelques centimètres du sol, avec un lacet, lorsque le surveillant s'apprête à distribuer la soupe (au bruit, il sait que la distribution est imminente et que la porte de sa cellule va s'ouvrir)... mais le surveillant, cette fois, commence par distribuer la soupe chaude à l'autre allée de la section. Jean est retrouvé mort, 12 minutes plus tard, étouffé par la cordelette. Il décède de suicide.

S'il avait avalé un stock de médicaments plutôt que choisir la cordelette, il serait mort d'overdose.

Paul est un dépressif chronique, a fait de multiples tentatives de suicide, et a consommé pendant des années, depuis la mort de son frère jumeau.

La famille est toute entière concernée par les problèmes d'usage abusif de médicaments, et

nous qualifierions les rapports avec sa mère de toxiques.

Longtemps pris en charge, suivi par les CSST, en ambulatoire, en hébergement, ou en prison, il finit par trouver un mode de vie plus stable, et disparaît de nos files actives.

C'est presque par hasard que nous apprenons son décès par noyade ; il est mort noyé et nous avons trop peu d'éléments pour prétendre s'il était intoxiqué, ivre, noyade volontaire, ou accident ... uniquement des suppositions.

Ali est un gros consommateur, et gros délinquant, depuis très longtemps ; injecteur, il souffre d'une cirrhose avancée, des suites d'une hépatite C jamais soignée, puisqu'il n'a jamais été assez longtemps suivi par le même centre pour démarrer un traitement.

Lors d'une rixe, et il en a connu beaucoup, il prend un coup de couteau dans le foie : mort des suites d'une bagarre ...

Paul est un géant, habitué à la rue qu'il connaît depuis 20 ans. Alcoolique, il vide les pots d'alcool à brûler, si les éducateurs ne ramassent pas assez vite le matériel à raclette, pour vous dire son niveau de dépendance et d'appétence extrême.

Précaire parmi les précaires, il lui est enfin trouvé des papiers, un revenu (minimum), un appartement ... Il y décède quelques jours après son entrée, d'une rupture d'anévrisme. Mort d'une rupture d'anévrisme ; s'il était mort quelques jours plus tôt, il serait un de ces SDF mort de froid dans la rue dont les médias raffolent en décembre.

Dans un seul de ces cas, la toxicomanie est impliquée directement dans le décès, et pourtant les cinq sont clairement connus comme des consommateurs dépendants.

## Les décès en prison

La situation des prisons est particulière : à peine la moitié des toxicomanes incarcérés est connue de l'administration pénitentiaire (ils entrent pour d'autres motifs) et si le nombre de suicides est connu (et toujours en nombre important 9 en 2009 à Loos : triste record), les causes des suicides sont rarement analysées au delà des « outils » du détenu présents dans la cellule. De nombreuses morts

par ingestion trop massive de médicaments, volontaires ou non, sont assimilées à des suicides, mais pas nécessairement dans le contexte d'une toxicomanie.

Et les passages à l'acte auto-vulnérants, pour des publics souvent psychopathes sévères, intolérants aux multiples frustrations du milieu, idem.

En fait, le contexte et les causes des suicides en prison sont moins la priorité de l'administration pénitentiaire, que l'acte lui-même, d'où une sous-estimation de ceux-ci dans un contexte de toxicomanie.

## Un regard réducteur

Si les TSO, les mesures de réduction des risques, et les traitements des infections ont fait baisser le nombre de décès, il n'est pas sûr que la précocité de la mortalité chez nos publics ait reculé de façon si importante.

Overdose et maladies n'étaient qu'un des facteurs de décès, et les autres éléments participant à l'équation -troubles psychiques, violence du mode de vie, précarité et absence de suivi médical suffisant- continuent à exister et ont même surement pris de l'importance.

La prise en charge de nos patients implique le questionnement de leur rapport aux produits, la prise en compte de leur mode de vie, et de leur personnalité voire de leurs troubles psychiques...

Il n'est donc pas étonnant que le regard porté sur les décès, lorsqu'ils surviennent de façon prématurée, implique les mêmes questionnements, et les mêmes prises en compte.

Mais la complexité des situations rend alors toute étude, aussi pertinente soit elle, forcément parcellaire, car réductrice :

- réductrice par les champs pris en compte,
- réductrice par les événements enregistrés,
- réductrice par la capacité de repérage et d'attribution des causes.

La source sanitaire seule, ou policière seule ne suffisent pas pour décrire le phénomène de façon complète ... même la lecture médico-sociale ne permet pas toujours de repérer le décès, de l'inclure ou non dans une enquête, ni de savoir quel est son lien

direct ou indirect avec une histoire de vie, un présent, un événement.

## Notre propre rapport à la mort

Et ce constat nous interroge directement : quelle part prenons-nous dans la lecture réductrice du phénomène ?

Dans quelle mesure avons nous vraiment envie de savoir combien de nos patients, de nos anciens usagers sont morts prématurément ?

Combien d'entre nous -qui avons participé au recueil de données de cette recherche- n'ont pas été étonnés, choqués du nombre de dossiers que nous faisons remonter vers Laurent Plancke ?

C'est le problème de notre rapport à la mort (des autres) qui est posé.

Un mode de vie précaire, dans un contexte de difficultés existentielles est probablement un facteur de mortalité précoce

La toxicomanie et l'alcoolisme sont souvent des facteurs associés à cette vie précaire, et en sont aussi une des causes ... le risque de décès précoce est donc renforcé ... ceci est accepté théoriquement.

Mais lorsqu'il s'agit de personnes, nommées, connues, avec qui nous avons établi des liens professionnels, donc aussi personnels ?

Devant cette complexité, interrogeons nous sur l'intérêt d'une telle recherche, d'une telle envie de savoir ... (ou ne pas savoir...)

La complexité des facteurs entrant en jeu ne permet pas de proposer des solutions radicales pour y faire face.

Les préconisations de prise en charge globale, de relais plus assurés, de maillage du champ social pour un meilleur suivi et une prise en compte des besoins, concernent déjà tous nos patients, tous nos usagers, toutes nos institutions. Comment faire plus ou plus efficace ?

Par ailleurs, celui qui entre dans une spirale morbide, ou qui traverse un moment difficile, sait se mettre à l'abri de nos institutions s'il ne tient pas à ce qu'on interfère avec son projet, ou sa situation présente ; il nous est alors difficile de le rencontrer, et d'agir....

Nous consacrons notre énergie à tenter d'écartier les personnes que nous accompagnons de cette trajectoire morbide.

Le décès d'un patient nous plonge toujours dans un grand moment de désarroi, et est vécu comme un échec personnel, qui interroge nos pratiques.

Ce travail présenté par Laurent Plancke nous questionne donc autant au niveau institutionnel qu'au niveau personnel ... peut-être même plus encore à ce niveau : si, pour d'autres, il n'est qu'un toxicomane mort jeune, ce qui était inévitable au vu de ce qu'il avait fait de sa vie, pour nous il s'agit d'un accompagnement qui ne s'achève pas, un raté dans la prise en charge, une appréciation des difficultés du patient qui a manqué de réalisme, de clairvoyance ... un échec personnel violent et douloureux, qui nous renvoie à notre impuissance, à nos limites, et provoque découragement et anxiété.

Il percute notre capacité à gérer et dépasser nos émotions, individuellement et collectivement, et l'ancienneté dans le métier ne rend pas forcément plus fort face à cela, mais multiplie les occasions d'en souffrir.

Laurent Plancke propose dans sa conclusion l'adoption d'un recueil spécifique, autour des notifications des centres d'addictologie. Cette proposition est de bon sens, mais mieux mesurer, mieux connaître nombres et modalités de ces morts impliquera aussi, et peut-être même en préalable, une meilleure préparation des équipes au choc que ces décès provoquent, un accompagnement des personnels impliqués auprès du patient, avec une meilleure conscience que c'est, ici plus qu'ailleurs, un des aboutissements possibles de leur parcours de vie ... comme cela se fait avec les infirmiers et personnels soignants dans les services hospitaliers les plus exposés.

Notre capacité de poursuivre notre chemin avec des sujets à tendance mortifère précoce en est l'enjeu.