

201710 à 201721  
+ 201923 + 201346 +  
201347

~~201710~~  
~~201721~~  
~~201923~~  
~~201346~~  
+

# Deuxièmes journées normandes sur les toxicomanies

## TOXICOMANIES : ENTRE DISCOURS ET REALITE

Faculté des Lettres de CAEN

21 et 22 octobre 1989

Organisées par  
les Centres d'Accueil de :

CAEN	Comité Départemental d'Aide et de Soins aux Toxicomanes et aux Personnes en Difficulté.
LE HAVRE	Association Havraise d'Aide aux Toxicomanes.
ROUEN	Association Rouennaise d'Intervention et de Recherche en Toxicomanie.
ST LO	Comité Départemental d'Information de Défense et d'Accueil des Toxicomanes.
ETRETAT	Association Le Bois des Loges Post-cure.

Association Normande de Recherche de Soins et de Prévention en Toxicomanie

Secrétariat d'Organisation : 45 rue de Bretagne 14000 CAEN - Tél. : 31.85.56.80

*L'Association Normande de Recherche de Prévention et de Soins en Toxicomanie regroupe depuis 1975 la plupart des structures spécialisées et conventionnées de Haute et de Basse Normandie afin de promouvoir, outre une réflexion théorique concrétisée par des congrès bi-annuels, une coordination efficace entre tous les intervenants pour une meilleure prise en charge des toxicomanes, dans la région, de la prévention et de la réinsertion, du centre d'accueil à la post-cure.*

*Notre premier congrès avait pour thème : "Toxicomanie : affaire de spécialistes ?" et s'était tenu à Rouen en Octobre 1987.*

*Les actes de ce congrès sont toujours disponibles à notre secrétariat d'organisation au prix de 50 F.*

*Nous vous présentons ici le second, et nous vous annonçons dès à présent la tenue du troisième le 19 ou le 26 octobre 1991 au Havre sur le thème : "Toxicomanies et réinsertion".*

*Nous vous remercions de garder le contact avec notre association par l'intermédiaire de notre secrétariat.*

## **Nous remercions**

Monsieur ROBA - Président de l'Université de CAEN

Maître GIRAULT - Sénateur Maire de la Ville de CAEN

et Monsieur FERRAGUS - Directeur Régional de l'Action Sanitaire et Sociale  
(représentant Monsieur le Préfet Mr THORAVAL)

d'avoir bien voulu honorer de leur présence et de leur discours l'ouverture de ces journées.

## **Nous remercions**

**pour leur présence et leur participation aux travaux :**

Mr le Docteur GERMAN - représentant Mr D'ORNANO Président du Conseil Général du Calvados

Mme le Docteur DOLLEY - représentant Mme le Recteur de l'Académie de CAEN

Mr LOUVEL - Directeur de la CPAM

Mr le Directeur Départemental de la Jeunesse et des Sports

Mr ROUXELIN - Directeur de la Caisse d'Allocations Familiales

Mr le Doyen de la Faculté de Médecine

Mr le Docteur GODEFROY - Président de la CME du CHS de Caen

Mr COUTIN - Président du Tribunal de Grande Instance

Mr le Président de la Cour d'Appel

Mr GUIMARD - Procureur de la République

Mme JANOCKA - Doyen des Juges d'Instruction

Mr MULLIER - Premier Juge des Enfants

Mr POUCHARD - Juge d'Application des Peines

Mr ILIAQUER - Directeur du Comité de Probation

Mme SABOT - Assistance Sociale Chef de l'Académie de CAEN

Melle SALLIN - Assistance Sociale Conseiller Technique de l'Académie de CAEN

Mme MORISSON - Infirmière Conseil auprès du Recteur.

# SOMMAIRE

**TOXIBASE**  
 Réseau National de Documentation  
 sur les Pharmacodépendances  
 14, Avenue Berthelot  
 69007 LYON  
 Tél. 78 72 47 45  
 Fax 72 72 93 44

	Page	
● Présentation du thème de ces journées . . . . . La drogue entre discours et réalité <i>Monsieur Christian DURAND - CAEN</i>	1 - 5	
● Une expérience de prévention globale de la santé auprès des lycéens . . . . . <i>Madame Bénédicte COULOMBIER</i> CIJAS - AVRANCHES	6 - 9	X 201923
● Politique de l'Education Nationale pour la prévention des Toxicomanies . . . . . <i>Madame DOLLEY - CAEN</i>	10 - 11	X 201710
● L'échec scolaire et la réinsertion . . . . . <i>Monsieur Y. SOUBIEN</i> <i>Monsieur B. BERTOLI</i> GRETA DU BOCAGE - FLERS	12 - 14	X 201711
● Entre discours et réalité : une voix possible . . . . . <i>Monsieur Michel AUGUY</i> Le Bois des Loges - ETRETAT	15 - 19	201712
● Vie et mort d'une institution ou l'histoire du centre Meggido . . . . . <i>Monsieur Dominique FROGER - LA FERTE MACE</i>	20 - 21	
● Evolution des prises en charge en Post-cure : . . . . . les appartements thérapeutiques pour toxicomanes <i>Monsieur Xavier LEGALL</i> Le Bois des Loges - ETRETAT	22 - 31	X 201713
● Fonctionnement du centre d'accueil du Havre . . . . . <i>Madame Chantal LANGLOIS</i> <i>Mademoiselle Marie-Christine SAKALOFF</i> AHAT - LE HAVRE	32 - 35	201714
● Toxicomanie et marginalité . . . . . <i>Madame Dominique LAUNAY</i> CDASTP - CAEN	36 - 39	201715
● Evolution d'un centre d'accueil spécialisé . . . . . <i>Madame Catherine SAMUEL</i> <i>Madame Nathalie BROCHEC</i> <i>Monsieur Gérard ELIE</i> ARIRT - ROUEN	40 - 41	201716
● Mon expérience personnelle auprès des toxicomanes . . . . . <i>Monsieur Jean-Marie AGNES - CAEN</i>	NON PARVENU	
● Actualité des injonctions de soins . . . . . <i>Madame LELANDAIS</i> DDASS - SAINT LO	42 - 44	201344 X
● Evolution dans l'application de la loi de 1970 . . . . . <i>Monsieur OSMONT - CAEN</i>	45 - 47	201345 X

201717

- Fonctionnement de l'Antenne Toxicomanie de la maison d'arrêt de Rouen 48 - 52  
*Madame B. CREVIER*  
*Madame D. MASO*  
*Madame J. BARAT*
  
- Problème des thérapeutes en milieu carcéral . . . . . NON PARVENU  
*Madame le Docteur AM DEYRIS - CAEN*
  
- Communication et prévention des conduites addictives . . . 201346 . . . . . 53 - 68  
*Monsieur DESNOS*  
*Monsieur JEANNIN*  
*CISAT - CAEN*
  
- Presse écrite et discours social . . . . . 69 - 70  
*Madame Nicole STENUIT*  
*Centre NADJA - LIEGE (Belgique)*
  
- Cadre légal et réglementaire de la prescription des stupéfiants . . . . . 71 - 72  
*Madame Anne-Marie ROUCHY - CAEN*
  
- Le développement de l'espoir dans la pratique de la médecine . 201718 . . . . . 73 - 76  
et dans la cure hospitalière de sevrage  
*Monsieur le Docteur BERTRAND - PAVILLY*
  
- La Méthadone, outil thérapeutique . . . . . 201347 . . . . . 77 - 78  
*Monsieur Patrick GREGOIRE*  
*Projet LAMA - BRUXELLES (Belgique)*
  
- Adolescence et Toxicomanie . . . . . NON PARVENU  
*Monsieur le Docteur P. CARRIERE*  
*AHAT - LE HAVRE*
  
- La clinique du toxicomane : une clinique du discours . . . . . 201719 . . . . . 79 - 83  
*Monsieur le Docteur P. MAUGEAIS*  
*CDASTP - CAEN*
  
- Les discours psychiatriques à propos des toxicomanes . . . 201720 . . . . . 84 - 87  
*Monsieur le Docteur M. VIVET*  
*ARIRT - ROUEN*
  
- A propos d'approche systémique et toxicomanie . . . . . 201721 . . . . . 88 - 91  
*Madame le Docteur A. MIALON*  
*CODIDA - SAINT LO*
  
- Toxicomanie et Sida. . . . . 92 - 93  
*Monsieur le Professeur BAZIN*  
*CHU - CAEN*
  
- Sida et Toxicomanie : aspects épidémiologiques . . . . . 94  
*Monsieur le Professeur CZERNICHOW*  
*ORS Haute Normandie - ROUEN*
  
- Toxicomanie et séropositivité : l'alternance. . . . . 95 - 96  
*Monsieur le Docteur Loïc MARGUET*  
*CHU - ROUEN*
  
- Post-cure à l'épreuve du Sida . . . . . 97 - 99  
*Monsieur Richard NAVARRO*  
*Le Bois des Loges - ETRETAT*
  
- Synthèse des Journées (et débat) . . . . . 100-116  
*Monsieur Joao FATELA*  
*PARCOURS - PARIS*

# La drogue : entre discours et réalité

Christian DURAND  
Linguiste - Enseignant  
Formateur en rhétorique et en communication  
CAEN.

**Q**uelques bons amis et anciens stagiaires de l'école d'éducateurs d'Hérouville m'ont convié à venir ici, au sommet de cette colline qui domine la ville, vous présenter le thème de cette rencontre :  
"La drogue, entre discours et réalité."

Tout en vous priant sincèrement de me pardonner, je n'en ferai rien. Je ne saurais parler de leur travail et de leurs objectifs, ou du moins n'en pourrais dire que fort peu de chose, n'étant pas spécialiste de ces graves problèmes.

C'est donc d'une toute autre question qu'il me faut vous entretenir quoique à contre-cœur.

Je ne pourrais pas mériter votre indulgence, si convié à prendre la parole sur un sujet, j'en adoptais volontairement un autre. Mais je ne saurais utilement parler sur une aussi grave question que si je l'avais pénétrée par le chemin de l'expérience. Or, en ce domaine je n'ai aucune expérience significative et, tristement, je dois vous avouer que je ne m'intéresse pas du tout, ou presque, aux travaux qui vont suivre. C'est d'ailleurs, paraît-il, la raison principale de ma présence en ce lieu ; entendez : mon ignorance du sujet.

Si pourtant j'avais argué de cette naïveté lorsqu'on m'a adressé cette invitation et répondu du ton bourru qui me caractérise : "je ne viendrais pas ! je n'ai rien à faire de ces problèmes de thérapeutes et de politiciens", vous m'auriez blâmé, vous trouvant, sans doute, injustement offensés.

Je suis donc venu, dans l'espoir que vous me laisseriez patiemment vous dire pourquoi, en cette circonstance, comme dans beaucoup d'autres, je garde le silence.

En un mot donc, je ne m'intéresse pas à votre question concernant les discours sur la drogue. Je ne m'y intéresse pas parce que vous ne vous y intéressez pas vous-mêmes. Et, vous savez bien que le petit spécialiste du discours que je suis, ne pourra pas vous y contraindre.

Les uns et les autres, vous vous préoccupez de combattre un fléau planétaire qui touche aussi votre région, puisqu'il tue dans le monde entier. Sur ce point je vous admire, car qui que vous soyez, il est clair que vous faites bien.

Ce qu'on fait, voilà l'important ! les discours passent toujours au second plan, n'est-ce pas ? Mais, l'aviez-vous oublié, on peut aussi agir avec des mots.

Saviez-vous que la rhétorique fut inventée par certains philosophes pour combattre les tyrannies ? Toutes les tyrannies, y compris celles qui se forgent sur les discours.

Saviez-vous que ces inventeurs de la démocratie furent calomniés et que leur nom même devint une insulte à tel point qu'aujourd'hui "sophiste" est un autre nom pour trompeur, fourbe et malhonnête.

A ce point de mon discours, on m'accusera sans doute d'être trop intellectuel et de perdre certains de mes auditeurs dans une digression philosophico-historique sans intérêt. J'entends déjà quelques poujadistes me rappeler au bon sens et à la simplicité.

Mais votre serviteur a les idées claires, il ne se laissera pas tenter par les sirènes du bon sens qui le pousse vers le droit chemin, qui, à coup sûr est ici celui du contre sens.

Il faut prendre bien garde que nos paroles n'aillent à l'encontre des buts qu'elles expriment.  
On raconte qu'Esopé, à qui son maître avait demandé d'aller au marché pour acheter la meilleure et la pire des choses, lui ramena de la langue. Car, lui dit-il, avec la langue on peut faire le meilleur comme le pire.

Alors, pendant ces deux jours où vous allez bavardez entre vous, n'oubliez pas Esopé, et souvenez-vous que ce nabo fut lapidé sauvagement pour avoir, entre autre, dit cela.

Je me rappelle avoir lu dans un journal à la mode, que pour que les jeunes se droguent moins, il fallait leur dire la vérité. Ceci est faux. On doit, tout au contraire, cacher aux jeunes certaines vérités, afin que par désespoir, ils ne plongent vers cette illusion mortelle que vous combattez.

Guérir, éduquer ce n'est pas dire la vérité aux désespérés que vous avez à charge d'assister. Ils en savent autant que vous sur la vérité. Ils savent, que nous sommes à nous-mêmes notre propre ennemi.  
Ce qu'ils ne savent pas, en revanche, c'est comment se défendre d'eux-mêmes.  
C'est là un problème d'éducation et de morale.

En ce qui concerne ces deux points on peut reconnaître sans difficulté, que les systèmes sociaux de l'Occident réfléchissent très sérieusement.

- Est-ce un hasard si, aux Etats-Unis, en ce moment même, le Président Bush lance une grande enquête sur la situation de l'éducation ?
- Est-ce par hasard si l'Europe entière planche sur les problèmes du management et de la motivation du personnel dans les entreprises ?
- Est-ce par hasard, si en France tout ce qui touche aux problèmes de l'éducation soulève les foules et les guerres idéologiques ?

Non, désormais tout ce qui touche, au sens large, aux valeurs éducatives fait cruellement problème.  
Dans ce cadre général, je présume que la tâche de réinsertion doit être pour le moins ardue. Car en l'occurrence on aura compris que s'il ne faut pas dire la vérité au malade, la difficulté ici sera plutôt de la cacher. Votre travail requiert donc une humilité et un courage sans faille. Car, devant ce qu'on appelle une tragédie sociale, vous n'avez à proposer que des solutions ponctuelles et individuelles.

Bien sûr, je suppose que vous ne "faites pas la morale" à vos patients. Cependant, vous leur indiquez le seul chemin moral possible : celui de la préservation de chaque vie individuelle. Car, c'est le chemin que vous suivez vous-mêmes.

Vous ne vous préoccupez pas de ce qu'ils sont, ni même de ce qu'ils font. Ce qu'ils sont, les psy le savent, ce qu'ils font, c'est la raison pour laquelle on les soigne.

Non, vous vous préoccupez de ce qu'ils aiment.

Peu importe qu'ils aiment ce qui est bien ou ce qui est mal.

Peu importe que celui-là aime boire s'il trouve le moyen de ne pas boire. Peu importe que cette jeune mère de famille veuille faire le bonheur de son fils, s'il ne veut pas de ses conseils. Peu importe si celui-là joue au football au lieu d'apprendre ses leçons. Nous n'avons plus les moyens de juger.

Nous savons bien que ce qui importe lorsqu'on se mêle d'aider quelqu'un, c'est de le conduire sans le contraindre, de le soutenir sans le porter.

- Le but de l'éducation n'est pas seulement de conduire à faire des choses justes, mais à prendre plaisir aux choses justes.
- Il ne s'agit pas tant de trouver un travail à celui-là que de lui redonner le goût du travail en général.
- de donner à cet autre le moyen de se cultiver, mais plutôt lui faire aimer la connaissance.
- de donner à celle-ci des médicaments, mais essentiellement lui faire aimer la santé.
- d'apprendre la peinture sur soie, que d'apprendre à aimer la peinture en soi.
- enfin, concernant le juste et l'injuste, leur redonner faim et soif de justice avant de leur faire lire l'Esprit des lois ou le Contrat social.

La valeur morale qui fait aujourd'hui descendre dans la rue les foules, c'est le plaisir et l'égoïsme. Profitons-en pour nous amarrer de la seule chose solide qui nous reste en cette fin de siècle désespérée : le bonheur individuel.

Je sens mon auditoire conservateur frémir, il pense aux conséquences de tels propos sur des personnalités faiblement éduquées.

Mais je m'adresse ici à l'élite, je ne parle pas à la télévision. Je parle à des responsables, des éducateurs, des médecins.

Ainsi les choses sont fort simples. La morale c'est aimer le vivant et tout ce qui donne le goût de vivre. Si l'on n'oublie pas ça, je crois qu'au fond du plus terrible malheur on fait son devoir. Et, en plus, on est patriote, parce que c'est là le coeur même de la culture française qui est basée sur le plaisir, le goût et l'intelligence.

A ce point de mon discours, ce ne sont plus les conservateurs qui réagissent et qui murmurent : "allez prendre un éboueur alcoolique, un délinquant qui respire de la colle à la sortie des cinémas et allez lui donner le goût de lire Dante et d'écouter un concert de musique sacrée à l'Abbaye aux hommes, ce chef-d'oeuvre de l'art roman ? Je vous souhaite bien du plaisir !

Cette objection est de taille, et qui plus est, complètement irrécusable. Je n'essayerais même pas, je suis convaincu que le pari est impossible, c'est un pari stupide, comme disait le poète.

Mais, tout de même cet éboueur alcoolique, tentera peut-être un jour une cure de désintoxication ? alors dans un moment de sobriété peut-être que l'un de vous s'approchera de lui et l'emmènera voir un film de Gilles Grangier avec le regretté Bernard Blier. Vous vous amuserez avec lui aux dialogues de Michel Audiard. Et plus tard devant une limonade vous réfléchirez à cette réplique du patron de bistrot mettant ses gouttes dans un verre posé au bord du comptoir : "Faut faire attention mon p'tit pote avec les gouttes, faut respecter la posologie, parce qu'à mon âge : de la santé au veuvage, c'est qu'une question de goutte".

N'y-a-t-il pas là une certaine esthétique inspirée par une profonde générosité de la part d'Audiard ? N'est-ce pas une réflexion propre à faire penser en profondeur la question des substances toxiques, quelles qu'elles soient ?

Toute est une question de posologie, d'équilibre. C'est là tout le sens de toute médecine.

La beauté, le plaisir, l'amour, la laideur, la douleur et la haine, tout est question de posologie.

Et à la manière de Molière, nous devrions nous répéter : "la posologie, la posologie vous dis-je."

Non, vous le savez bien vous qui prenez plaisir à soulager la douleur d'autrui, plus la tâche est difficile, plus elle nous occupe et nous crée de soucis, meilleure elle est. Ce sont les travaux les plus herculéens qui nous protègent de nous-mêmes. Ils sont la drogue des gens normaux. C'est une manière bien morale de nous libérer de nos angoisses que d'aider notre prochain à oublier les siennes.

En vérité, Mesdames et Messieurs, vous avez tout pour être heureux, la sécurité matérielle, un travail divertissant, utile à la société et respecté du corps social. C'est pourquoi vous êtes du côté de ceux qui doivent aider, et non pas du côté de ceux qu'on aide. Vous êtes forts et vous connaissez votre devoir. Le bonheur est donc bien la meilleure garantie de l'ordre moral.

Pardon ! que dites-vous ? : "Ce n'est pas si simple, vous êtes faibles vous aussi, et vous êtes perdus dans ce monde là. Votre travail, loin de lever l'angoisse la ravive. Vous connaissez les causes du problème et vous ne pouvez agir sur ces causes."

Vous voyez en Colombie des gens qui meurent pour combattre les trafiquants de drogue et en Europe des banquiers très respectables qui empochent le fric, arrosant au passage le gratin politique et financier international. Le système est pourri et votre action est récupérée par la société médiatique qui parle de ces horreurs comme si on filmait un polar de James Hadley Chase. Et ça vous fait mal, et je vous comprends.

Eh bien, si vous réagissez ainsi, c'est qu'on vous a appris la soif et la faim de justice, c'est-à-dire l'essentiel, c'est que dans ce monde de fous, vous n'êtes pas fous et que ce monde a besoin de vous.

Vous êtes préparés au pire, vous savez, en partie où va tomber le tonnerre et ce que la foudre va brûler.

Vous n'attendez pas grand-chose de ces colloques sur la toxicomanie, réunissant les intellectuels et les notables de la profession.



Vous n'attendez rien de ce forum, ce cet "endroit de réunion" où les discours s'entrecroisent et s'ébruitent souvent pour rien. Vous vous méfiez de mon discours, et vous avez raison.

La société à besoin de votre révolte et de votre colère, c'est juste une question de posologie.

Sans doute, je sais avec vous que tout ceci n'est que jeu, et je le concède volontiers. C'est l'avantage que nous avons sur d'autres qui, s'exprimant à travers les médias, se grisent de leur discours et portent la bonne nouvelle. Nous n'avons pas de bonnes nouvelles et nous ne savons pas prier en public. Nous avons entendu François Mitterrand à Caracas dénoncer les gens respectables qui tuent si proprement à travers le monde. Ce ne sont que des mots, mais des mots qu'un seul Chef d'Etat a voulu prononcer.

Ce n'est pas que je m'efforce de vous prouver que les discours de ce colloque ne soient pas utiles ; mais au contraire que la parole en soi est une force et que cette force doit être utilisée du mieux que l'on peut. Dans ce lieu si respectable, qui prendra la parole avec indignation, servira le corps social et servira l'institution universitaire. Ceci est la force des démocraties et le fondement de toute dignité humaine.

Mais, vous vous demandez avec impatience en quoi cette métaphysique vous concerne.

Cela vous concerne au plus haut point. Si vous m'avez prié de venir, c'était en connaissance de cause.

C'était pour qu'en présentant le thème de ce colloque que pudiquement vous nommâtes "journées", je vous demande avec éloquence :

"avez-vous l'intention de réfléchir en désespérés ou en bâtisseurs de l'avenir" ?

Voulez-vous construire en désespérés honnêtes ou en bâtisseurs honnêtes ?

Mais étant vraiment et ouvertement soit l'un, soit l'autre, vous n'aimez pas vous entendre poser des questions aussi brutales. Je n'y peux rien, car elles sont autrement importantes que ces deux journées passées à l'Université, visage moderne de la synagogue ou de l'église. Le sacré en moins, bien entendu.

Les valeurs d'aujourd'hui sont celles de la réussite et du succès. Je ne sais pas si mon discours a eu du succès et je m'en moque.

C'est du succès de votre engagement sincère qu'il était question. Car nul ne doute ici que chacun fait de son mieux pour apprendre la posologie qui conduit une belle action.

La Vierge Marie était là pour consoler le monde entier, le succès n'est que pour quelques uns.

C'est là une distinction fatale entre hier et aujourd'hui.

Examinez-la de près, et cherchez votre idéal de la vie humaine.

Cherchez pourquoi ceux dont vous supportez la charge ont choisi le Dieu de l'insuccès et de la mort..

Et pourquoi dans cette "sacrée soirée" de l'Occident industriel tout le monde ne gagne pas à la loterie.

"Prenne qui a la force, et garde qui pourra", voilà l'adage inique de ce monde où la force des mots a remplacé celle des canons.

Pourquoi trouvons-nous encore odieux de profiter de la faiblesse d'un enfant et pas de celle du cerveau ?  
Pourquoi le monde appartient-il aux petits malins ?

- Pourquoi Conan est-il un barbare ?
- Pourquoi à la sortie des Temples nouveaux que sont les Bourses, nos héros achètent-ils de la cocaïne ?
- Pour quoi la vie doit-elle être speedée pour être la vie ?
- Pourquoi la carrière professionnelle se mesure-t-elle à l'argent que l'on gagne ?
- Pourquoi les architectes du monde construisent-ils des banques et des business-centers énormes, et des H.L.M. invivables ?
  
- Les grecs avaient le culte de la Force, mais aussi celui de la Sophia (l'intelligence et la sagesse).
- Le Moyen-Age Européen avait le culte de la Justice, mais aussi celui de la Consolation.
- La Renaissance celui de l'Orgueil, mais aussi celui de la Beauté.

Il nous reste le mythe de la culture, mais nous avons perdu le désir de connaissance.

Il nous reste les droits de l'homme, mais qui sait encore ce que c'est qu'un homme ?

Nous avons l'Orgueil de la Science et de la Technique, mais aussi le mépris de la Terre, notre planète.

Les grecs aiment la Force et bâtissent le Parthénon.

Le Moyen-Age aime la Justice et construit Notre-Dame.

La Renaissance aime la Beauté, elle conçoit Chambord, Venise et Versailles.

Mais voulez-vous me dire ce que nous adorons depuis la révolution industrielle ?  
Voulez-vous me dire ce que nous construisons ?

Nous n'avons plus de religion officielle, mais nous en avons gagné une plus réelle et plus pratique. Nous la soutenons avec ferveur et fanatisme sans même nous en apercevoir : la religion du succès !  
Et c'est au succès que nous bâtissons des temples plus haut que des cathédrales !  
Alors ne vous étonnez pas si les enfants de la Terre se droguent. Nous crachons sur la Terre et nous refusons ses nourritures, pour nous abreuver de ses poisons.

Mesdames et Messieurs les défenseurs des faibles, votre inaccessible héroïsme me paraît être que vous êtes peu payés en échange, mais régulièrement, comme le sont les soldats.

Tandis que les trafiquants, spéculateurs, banquiers et autres hommes d'affaires en apparence bienfaisants, sont payés en revanche très cher pour entretenir la misère du monde. Les voilà les p'tits malins.

Malins, certes, mais pas intelligents, encore moins sages.  
Légaux, mais pas justes.  
Orgueilleux, mais pas beaux.

Ceux qui aujourd'hui savent endurer les coups pour rien, et repartir, comme des chevaliers errants, soutenir l'homme en manque ou le sidaïque, ceux-là ne doivent rien attendre de ce monde présent et doivent reconnaître leur Idéal Humain.

Quand les trafiquants auront fini de brûler le monde qu'ils ont adoré, vous serez là, fiers d'avoir su choisir votre camp.

Ne vous inquiétez pas, cela ne va pas durer, l'ennemi est sans valeur propre :

Réussir - mais à quoi ?

Gagner - mais combien et pour quoi faire ? Avoir l'argent sans la valeur de l'argent, c'est ne rien avoir.

Je n'ai pas, me direz-vous à m'élever contre cet état de chose, puisque je ne peux rien y changer !  
Vous avez raison, je n'y peux rien, parce que je ne suis pas de ce combat, ni de votre armée. Mais vous, vous le ferez ! ou une autre force le fera et le pourra. Un changement viendra, l'histoire le démontre.  
Mais c'est à nous, à vous comme à moi, de déterminer si ce changement se fera vers la vie et le progrès de l'humanité, ou vers la mort.

Enfin, n'oubliez jamais l'adage : "nul ne fait le mal en le sachant".

Pensez et parlez bien. Ne vous laissez jamais emporter dans vos discours avant d'y avoir soigneusement réfléchi.

Tournez 7 fois la langue dans votre bouche avant de parler.

La défaite ou la victoire dépendent bien plus de l'usage des mots que de l'usage des armes ; encore plus aujourd'hui qu'hier.

Et si vous pensez que j'exagère, c'est que vous êtes aussi paresseux qu'ignorants. C'est-à-dire incapables de choisir le camp qui gagne à tous les coups.

Pour tous les paresseux, je conclus par cette sentence de l'Agamemnon d'Eschylle :

"Un boeuf énorme est sur ma langue".

Octobre 1989.



201923

# C.I.J.A.S. Communication Inter-Jeunes pour l'Amélioration de la Santé.

## Une expérience de prévention globale de la santé auprès des lycéens

Bénédicte COULOMBIER  
CIJAS AVRANCHES.

### C.I.J.A.S. HISTORIQUE :

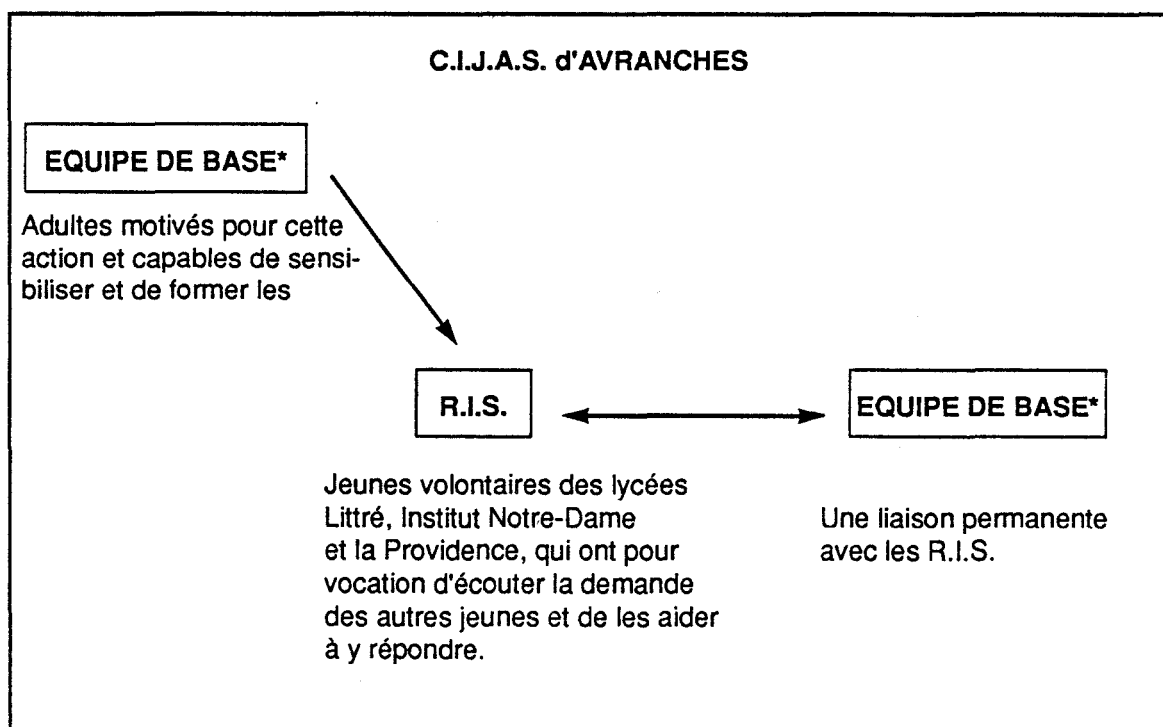
Le C.I.J.A.S. national (Communication Inter-Jeunes pour l'Amélioration de la Santé) est né des recherches menées par le C.R.N. (Comité National pour la Régulation des Naissances) sur la communication auprès des jeunes dans plusieurs villes de France.

VUE EXPÉRIENCE, commencée en février 1988, se déroule actuellement à Avranches, en accord avec les chefs d'établissement des 3 lycées publics et privés de la ville, les enseignants, le personnel médical scolaire et les parents d'élèves.

Cette expérience vise à donner aux jeunes les connaissances nécessaires et le désir de gérer au mieux leur capital santé. Le but est de faire en sorte que les jeunes acquièrent d'eux-mêmes des modes de vie "positifs" permettant une véritable prévention par la réduction des facteurs de risque pour les pathologies liées aux comportements, aux styles de vie.

Avec les R.I.S. (Relais Info-Santé)  
Les jeunes parlent aux jeunes !  
Les jeunes écoutent les jeunes !  
Les jeunes entendent les jeunes !

### C.I.J.A.S. AVEC QUI ?



\* Composition de l'équipe de base d'AVRANCHES :

Adultes appartenant à divers organismes et agissant en commun :

- . Centre de Planification et d'Education Familiale
- . Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme (C.D.P.A.)  
et son Centre d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie d'AVRANCHES (CHAA)
- . Comité Départemental d'Information de Défense et d'Accueil (CODIDA)
- . Comité Départemental d'Education pour la Santé (CODES)
- . Santé Scolaire
- . Centre Médico-psychologique d'AVRANCHES
- . Représentants des 3 lycées et privés d'AVRANCHES (assistantes sociales, infirmières, enseignants, conseillers d'éducation, parents d'élèves...)

L'équipe de base du C.I.J.A.S. d'AVRANCHES est en relation avec le C.I.J.A.S. National.

### **C.I.J.A.S. ... POUR QUI ?**

Le C.I.J.A.S. d'AVRANCHES s'adresse aux lycéens de milieu rural et urbain.

L'équipe de base prend en compte les caractéristiques de l'adolescence dans la conduite de son action.

L'adolescence est, en effet, une période déterminante qui possède ses caractéristiques :

- . Bouleversement corporel et physique déclenché par la puberté
- . Intégration de la sexualité dans la personnalité
- . Remaniement des modèles identifications
- . Modification des relations familiales et sociales
- . Période de crise, passant par des sentiments de deuil, d'angoisse, de dépression, de multiples passages à l'acte...

Des jeunes volontaires des lycées Littré, Institut Notre-Dame et La Providence, sont devenus "R.I.S.", et aident les jeunes dans leurs problèmes de santé.

Ces jeunes relais-info-santé acceptent de recevoir une information leur permettant d'avoir une meilleure écoute de leurs camarades, en vue d'y répondre mieux.

## **C . I . J . A . S . d'AVRANCHES**

**RENDRE LES JEUNES ACTEURS DE LA PREVENTION  
UN BON MOYEN POUR FAIRE PASSER CE MESSAGE**

### **C.I.J.A.S. ... POURQUOI ?**

L'équipe de base, au contact des jeunes, fait les constats suivants :

- . Consommation importante de médicaments
- . Appels au secours pas toujours faciles à repérer et à caractériser
- . Echecs scolaires de jeunes "mal dans leur peau"
- . Dialogue difficile avec les parents et les adultes
- . Problèmes familiaux (divorces, séparations...) mal vécus par le jeune, entraînant un repli sur soi, une non communication, une baisse des résultats scolaires
- . Angoisse vis-à-vis de l'avenir
- . Sentiment de rejet, d'isolement, d'incompréhension, d'inadaptation à la vie scolaire...
- . Consommation importante de tabac, voire, à certains moments, alcoolisation avec ivresse et consommation de drogues illicites.

Ces constats révèlent en fait le "mal-être" des jeunes.

Comment les aider à faire face à leurs difficultés ?

En mobilisant les richesses que recèlent ces jeunes :

- . Recherche d'une écoute
- . Confiance dans certains adultes qu'ils choisissent comme interlocuteurs
- . Besoin d'avoir des références, de se reconnaître, de savoir qui ils sont...
- . Désir de se voir confier des responsabilités, de se prendre en charge.

### **C.I.J.A.S. ... OBJECTIFS**

- . Créer les conditions d'une libre expression par les jeunes de leurs difficultés et de leurs aspirations.
- . Rendre les jeunes acteurs de leur prévention en leur donnant la possibilité de s'exprimer avec les moyens de leur choix.
- . Intégrer l'éducation pour l'amélioration de la santé dans la formation au niveau de l'enseignement.
- . Amener les parents et les adultes à s'intéresser à la réalisation des jeunes, et à s'interroger sur la manière dont ils communiquent. (communication au sein de la famille, au sein de l'établissement).
- . Développer chez les parents et les enseignants une meilleure prise en compte de la communication et de la revalorisation des jeunes comme moyen de lutter contre l'échec scolaire.
- . Amener les jeunes, en tant que Relais Info Santé, à communiquer avec les jeunes des autres classes et des autres établissements scolaires que les leurs.
- . Créer les conditions, par les R.I.S., d'une aptitude à l'écoute, au savoir-faire, au savoir-être.
- . Favoriser la découverte des mécanismes de communication.

Tous ces objectifs doivent concourir à, progressivement, modifier les comportements des jeunes en matière d'hygiène de vie, pour l'instauration d'un "mieux-être".

### **C.I.J.A.S. ... COMMENT**

Le C.I.J.A.S. propose une stratégie de communication permanente entre les jeunes R.I.S. et l'équipe de base, qui permet, de recevoir des informations complémentaires ou de réajuster les objectifs en commun.

Cette stratégie de communication passe par différentes étapes :

- . 1e phase : Réalisation d'une enquête-sondage sur la santé diffusée auprès des jeunes.
- . 2e phase : Mise en place dans chaque établissement d'un "groupe pivot" (adulte relais) désignant une personne de référence assurant la liaison entre l'établissement et l'équipe de base.
- . 3e phase : Dépouillement et diffusion des résultats du sondage avec le concours des jeunes R.I.S.
- . 4e phase : Réajustement des objectifs en fonction des résultats de l'enquête-sondage, grâce à une meilleure connaissance des besoins exprimés.
- . 5e phase : Constitution de groupes de jeunes R.I.S. : à partir du questionnaire, sont dégagés les thèmes qu'ils souhaitent aborder et approfondir avec l'appui du groupe de base.
- . 6e phase : Recherche avec les jeunes R.I.S. et les adultes de moyens d'expression, et mise en oeuvre de leurs réalisations en accord avec les établissements.
- . 7e phase : Retransmission pour les jeunes R.I.S. de leurs réalisations aux autres jeunes.

. 8e phase : Présentation de la réalisation aux adultes et recherche d'un dialogue jeunes-adultes.

Exemple : une réunion publique d'information préparée, organisée et animée par les jeunes R.I.S. sur le thème de la santé et du sport.

	NOMBRE	DURÉE	ADULTES	JEUNES		OBJECTIFS
				RIS	AUTRES JEUNES	
Présentation du sondage de 1 125 lycéens d'Avranches sur le thème de la santé	7 3 12	14 h 3 h 15 h	280	25	200	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Lancer l'action des R.I.S. (relais-info-Santé).</li> <li>. Faire connaître les réponses des jeunes à d'autres jeunes, à leurs parents, professeurs mais aussi à des professionnels de la santé, du service social, à des associations.</li> </ul>
Réunions plénières et commissions de l'équipe de base adulte	5 10	40 h	2 à 14			<ul style="list-style-type: none"> <li>. Constituer une équipe d'adultes volontaires, complémentaire dans ses compétences, non hiérarchisée.</li> <li>. Aider au fonctionnement de l'action.</li> </ul>
Réunion avec les jeunes	6	18 h	3 à 5 1 à 3	12 à 23 1 à 12		<ul style="list-style-type: none"> <li>. Information sur les thèmes de la santé choisis par les jeunes dans l'enquête</li> <li>. Réflexion - action</li> <li>. Connaissance du tissu social et associatif</li> <li>. Connaissance de soi, des autres</li> <li>. Dialogue- communication</li> <li>. Repas pris sur place</li> </ul>
Commissions jeunes	8	11 h	1 à 3	1 à 12		<ul style="list-style-type: none"> <li>. Préparer les actions (ex. le sommeil) et les réunions publiques.</li> </ul>
Réunions publiques	2	5 h	+ 200 personnes			<ul style="list-style-type: none"> <li>. "Le rêve" présenté par 3 jeunes.</li> <li>. Salle polyvalente "Santé et Sport" présenté par 2 jeunes avec 3 sportifs et 2 médecins (théâtre d'Avranches).</li> </ul>

### C.I.J.A.S. ... ET L'AVENIR ?

Le C.I.J.A.S. d'AVRANCHES reste à l'écoute des jeunes et de leurs besoins, de l'actualité et de leurs actualités...

Le C.I.J.A.S. d'AVRANCHES fort de sa méthode, est prêt à former des R.I.S. sur tous les thèmes en rapport avec l'amélioration de la santé des jeunes...

Ils sont plus de 2000 lycéens à être concernés par cette action à AVRANCHES.

A suivre...●

201710

# Politique de l'Education Nationale pour la prévention des Toxicomanies

Madame DOLLEY.  
Médecin Conseiller du Recteur  
CAEN.

**D**epuis de nombreuses années, le Ministère de l'Education Nationale a décidé de mettre en place, au niveau académique, dans les établissements scolaires, une structure de lutte et de prévention contre les polytoxicomanies et les conduites déviantes. Ce travail est soutenu et encouragé par la Mission Interministérielle de Lutte contre la Toxicomanie.

Avant de commencer, je dois préciser que ces structures que je vais vous exposer sont là pour prévenir ce qu'il est convenu d'appeler "conduites déviantes". Il est vrai, en effet, que la toxicomanie n'est qu'un des modes d'expression du mal-être des jeunes, au moins à l'âge où ils fréquentent les lycées et collèges, mais qu'elle est loin d'être la préoccupation majeure, dans bien des endroits. Alcoolisation, prise de médicaments, violence, fugues, tentatives de suicides et bien d'autres comportements à problème, sont des modes d'expression aussi préoccupants, et les structures que nous mettons en place sont également destinées à prévenir ces types de comportements et à aider nos élèves à s'en sortir.

## LES STRUCTURES

Elles se mettent donc en place progressivement. Le schéma est le même pour l'ensemble des académies, avec sans doute quelques particularités locales.

Dans l'Académie de Caen, le plan est donc le suivant :

Le Recteur a placé à côté de lui une équipe rectorale de responsables formée de personnes choisies en raison de leur fonction : le médecin conseiller du recteur, l'assistante sociale et l'infirmière conseillère, l'IPR de la vie scolaire, l'IPR d'EPS. Les inspecteurs d'académie font partie de droit de cette équipe de responsables, et y ont délégué un représentant.

Cette équipe se réunit une à deux fois par an (ou plus si le besoin existe). Elle a pour mission de donner son avis sur les projets éducatifs de prévention dans les établissements, surtout lorsqu'il est fait appel à des organismes ou des personnes étrangères à l'Education Nationale. Elle est là aussi pour apporter aide et soutien aux établissements en cas de difficulté grave se rapportant à la toxicomanie ou aux autres conduites déviantes. Mais elle a surtout pour mission la formation des responsables de district, et des adultes relais, le suivi de leurs actions, et la réactualisation régulière de leurs connaissances.

## LES RESPONSABLES DE DISTRICT :

Ce sont des personnes responsables d'un secteur géographique donné, désignées par les inspecteurs d'académie. Ils sont les animateurs d'une équipe de district.

Cette équipe sera composée de membres délégués des équipes relais des établissements du district. Ils peuvent être les intermédiaires entre les établissements et l'équipe rectorale. Ils aident à résoudre en concertation les problèmes qui ne peuvent être résolus à l'échelon de l'établissement. Ils conseillent, informent, donnent des impulsions à toutes les actions entreprises dans ce domaine, et suscitent des vocations d'adulte relais, qu'ils aident à former.

Les responsables de district ont donc réuni une équipe pour former des programmes locaux d'action. Ils sont directement en lien avec l'inspecteur d'académie du département, l'équipe rectorale et les adultes relais sur le terrain ; ils peuvent ainsi prendre connaissance des projets académiques, s'y intégrer et les faire connaître localement.

## LES ADULTES RELAIS :

Interlocuteurs privilégiés des élèves, il était demandé de mettre en place un adulte relais par établissement. Ces adultes sont à l'écoute des élèves comme du personnel, pour tout ce qui concerne la drogue ou les autres conduites déviantes. Ils sont chargés d'aider, d'alerter, de conseiller, d'organiser ou de participer à toute action de prévention. Ils doivent être vigilants par eux-mêmes, mais ils doivent aussi étudier les cas qui leur sont signalés par d'autres. Ils n'agissent pas seuls, mais avec les autres membres de l'équipe éducative de l'établissement. Ils peuvent à tout moment demander aide et conseil auprès du responsable du district (après accord de leur chef d'établissement). Toute personne volontaire et désireuse d'agir dans ces domaines peut être adulte relais, mais il est nécessaire d'avoir une certaine disponibilité, et de donner confiance, principalement aux élèves. Une certaine durée dans le même établissement est indispensable.

Cette organisation se met en place petit à petit, mais on s'est vite aperçu que l'adulte relais, élément important de prévention dans un établissement, ne pouvait travailler seul. Il lui est difficile d'assumer cette charge et cette responsabilité en plus de ses fonctions habituelles. Au hasard des mutations, des établissements se sont trouvés dépourvus, d'autres ne l'ont jamais été, faute de volontaires. C'est pourquoi, à présent, on axe le travail de formation sur des équipes relais de trois à quatre personnes d'un même établissement, qui se soutiennent et s'encouragent, et dont le travail peut entraîner d'autres vocations.

Dans l'académie de Caen, la formation des responsables de district est désormais terminée. Douze districts ont été déterminés (5 pour le Calvados, 3 pour la Manche, 4 pour l'Orne). Les douze responsables de districts sont chefs d'établissements ou conseillers d'éducation. Ils reçoivent chaque année un à deux jours de formation continue ou d'approfondissement. Ils se réunissent une fois par an avec l'équipe rectorale pour faire le bilan de l'année écoulée et un programme pour l'année à venir.

Les équipes de district sont presque toutes formées. Le recrutement d'adultes relais volontaires pour cette mission est important. Le travail demandé en supplément nécessite un grand désir d'action auprès des jeunes, une disponibilité et une capacité d'écoute pas toujours faciles.

Les équipes relais et les adultes relais se forment petit à petit dans le même temps. Les volontaires ne manquent pas, malgré le surcroît de travail que cela impose, et les qualités personnelles que cela exige. La plupart des catégories professionnelles, au sein de l'Education Nationale sont représentées : bien sûr, les chefs d'établissements, les conseillers d'éducation, les médecins scolaires et les infirmières se proposent tout naturellement, leurs fonctions les désignant quasi-obligatoirement pour ce rôle, qu'il y ait déjà ou non une équipe dans l'établissement. Mais, les enseignants, les documentalistes, et tous les autres personnels des établissements participent également aux équipes relais, pourvu qu'ils le désirent.

## CONCLUSION

Cette immense toile d'araignée jetée sur l'académie fonctionne de façon à la fois stricte et souple. Chacun peut travailler sur un établissement, un district, un établissement ou l'académie, en s'intégrant aux projets élaborés en commun. Chacun peut demander aide et soutien aux équipes voisines, aux responsables départementaux ou rectoraux, avec toute la confidentialité souhaitée. Les réunions annuelles de responsables permettent de faire le point des réalisations, des difficultés et des besoins dont sont, bien évidemment, tenus au courant les responsables naturels que sont les Inspecteurs d'académie et le Recteur.

Pendant cette description idéale mérite quelque nuance : les équipes relais ne sont pas encore en place partout, même si de gros efforts sont faits. Des équipes en place sont sujettes à de multiples remaniements en fonction de l'arrivée ou du départ des membres qui la composent. Le travail de prévention n'est pas simple, la confiance des adolescents n'est pas si facile à capter, et l'effort d'encouragement et de formation continue de ces équipes est continuellement à renouveler.

C'est à quoi les services académiques s'emploient.





201711

# L'échec scolaire et la réinsertion

Y. SOUBIEN  
B. BERTOLI  
Le GRETA du BOCAGE  
FLERS

## LE CONTEXTE DEPARTEMENTAL

L'Orne a la "chance" d'être un département rural mais fragilisé par la proximité de la ceinture parisienne qui en a fait, dans le passé, un lieu propice de distribution et d'utilisation de produits toxiques illicites. Depuis les "grosses affaires" judiciaires qui ont secoué le département de l'Orne entre 1985 et 1987, les travailleurs sociaux et les services de Police et de Gendarmerie notent une apparente diminution de la vente des produits illicites sur la place publique. L'intervention de la Police et de la Justice a donc eu un certain effet positif dans le sens du rappel de la Loi.

Toutefois diverses données viennent contre-dire ce constat optimiste : l'Orne est le département français où le nombre de suicides est le plus élevé au regard de la population. L'alcoolisation y est une donnée extrêmement présente et enfin s'il est vrai que certains toxicomanes ont modifié leur consommation à la fois à cause des arrestations et incarcérations et du risque du SIDA, ces toxicomanes sont pour certains entrés dans un processus de polytoxicomanies licites (médicaments psychotropes, solvants, alcools,...).

Notons enfin que ce phénomène de grande consommation de calmants, somnifères... ne touche pas que la population toxicomane repérée et est mise en évidence par des personnels médicaux et sociaux.

## LES ORIENTATIONS DE NOTRE ASSOCIATION

DROG'AIDE 61 (Alençon) a été créée, en 1986, de la rencontre de professionnels très divers, confrontés dans leur pratique à l'augmentation de la consommation de produits toxiques illicites dans l'Orne.

Dès décembre 1987, différentes institutions se sont mobilisées pour soutenir cette initiative unique dans le département. C'est ainsi qu'un local a été mis à notre disposition et est aujourd'hui totalement aménagé et fonctionnel, à la fois pour un travail d'aide et d'entretiens individuels et pour des actions de formation de personnes-relais.

Le soutien très concret apporté par des services tels que DDASS, Inspection Académique, Education Surveillée, Mutualité de l'Orne, CAF, Administration Pénitentiaire, Jeunesse et Sports, est d'une grande originalité et constitue une énorme richesse par la complémentarité des personnes et des institutions constituant le réseau avec lequel travaille DROG'AIDE 61, dans une dynamique globale de prévention.

## LA PREVENTION

Dès sa création, l'association a mis en place, avec le concours de ACCUEIL INFO DROGUE 72, des actions d'information auprès de publics divers : adultes, jeunes, professionnels. Après bientôt deux années d'animation de groupes, nous avons fait le choix de privilégier la prévention par rapport à l'information.

- Avec des groupes d'adultes (15-20 personnes), cette approche consiste à les aider à mener une réflexion en profondeur sur le type de relations et de communication qu'ils ont avec leurs enfants

et leur environnement proche, et les aider à évaluer l'ouverture et l'espace d'écoute dans les réponses qu'ils donnent dans des situations douloureuses ou conflictuelles (durée moyenne de ces rencontres : 3 heures par groupe).

- Avec des groupes de jeunes (10-15, toujours demandeurs), nous cherchons à faciliter leur parole et au travers de leur discours et de leurs préoccupations, à les aider à mieux comprendre leur mode de fonctionnement et de réponse dans des situations de souffrance.

En effet, dans le cadre des polytoxicomanies, les personnes utilisent des produits pour fuir et essayer d'oublier leur mal-être.

Notre souci est donc d'aider ces adolescents à ne plus avoir peur, puis à apprivoiser les difficultés de la vie, à les dépasser, et par là même à "grandir dans leur tête".

Cette approche globale les aide également à sentir que parler de choses douloureuses ne provoque pas de catastrophe mais permet au contraire de mieux comprendre la situation qu'ils vivent et de se sentir mieux. Cette démarche menée avec les jeunes semble correspondre à un énorme besoin de parole et d'écoute, car de nombreux groupes demandent une seconde rencontre.

Signalons également que cette prévention menée auprès des jeunes reçoit toujours l'adhésion des établissements scolaires qui nous permettent d'intervenir dans le temps scolaire (durée moyenne de chaque rencontre : 2 heures par groupe).

Dans cette démarche de prévention globale, nous avons intégré la problématique du SIDA. En effet, en complémentarité de la consultation hospitalière et de la campagne de prévention menée par la mutualité de l'Orne, notre association sera à même de répondre à de nombreuses demandes (actuellement réorientées) dès que les moyens en personnel lui seront accordés.

Cette prévention globale, au regard de la réalité socio-culturelle de l'Orne et des nombreuses demandes que nous recevons, correspond à environ 75 % du travail de l'association.

## **L'AIDE THERAPEUTIQUE AMBULATOIRE**

Comme nous l'avons indiqué précédemment, nous avons constaté un relatif déplacement dans l'utilisation des produits psychotropes (des produits illicites vers les produits licites) ; il n'en demeure pas moins que la problématique psychologique et affective de ces toxicomanes reste la même : ils restent dépendants de substances psychotropes aux effets "magiques".

Actuellement notre service accueille en suivi thérapeutique (ambulatoire) des polytoxicomanes qui ont posé une demande. Ces personnes sont reçues régulièrement. Il paraît nécessaire d'être à même de leur proposer une fréquence d'entretiens plus rapprochée, prenant en compte l'adéquation entre leur souhait et notre évaluation. Des demandes sont en attente, et ne peuvent actuellement être prises en considération faute de moyens en temps et en personnel.

En complément de ce suivi individualisé, le Conseil d'Administration de l'association a établi un réseau d'employeurs (artisans, entreprises,...) disposés à accueillir, dans une optique de réinsertion sociale et professionnelle, les personnes prêtes à cette démarche.

Ce travail d'aide thérapeutique, commencé avec quelques uns d'entre eux (avec le soutien d'un superviseur pédo-psychiatre analyste), y compris au sein de la Maison d'Arrêt d'Alençon, représente environ 15 % du travail potentiel de notre service.

## **LA FORMATION DE PERSONNES-RELAIS**

En parallèle du travail de prévention, DROG'AIDE 61 développe depuis plusieurs mois une dynamique de formation de personnes-relais.

Ces stages - de 3 à 4 jours - se construisent à partir de la demande et des préoccupations professionnelles de ces personnes-relais (travailleurs sociaux, médecins et professions para-médicales,...) autour des thèmes "adolescence, déviance, polytoxicomanies".

Ces formations ont pour objectifs :

- d'aider les professionnels à mieux comprendre les situations de souffrance et de mal-être à l'intérieur desquelles les personnes vont parfois se réfugier dans une consommation de produits aux effets "magiques".
- de permettre à ces professionnels de se situer face à la dépendance, à la souffrance et à la demande.
- de permettre à des professionnels intervenant dans le même secteur et auprès des mêmes personnes, de constituer un réseau de partenaires complémentaires.

Ce travail de formation de personnes-relais représente actuellement environ 10 % des demandes adressées à notre association.

Les orientations prises et développées par notre association depuis plusieurs mois et adaptées au contexte de notre département, se révèlent aujourd'hui en complète adéquation avec les nouvelles orientations de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Toxicomanie qui souhaite donner la priorité à une prévention primaire englobant toutes les consommations de substances toxiques (tabacs, alcools, médicaments, solvants, produit illicites,...).

Cependant le volume des demandes et des besoins exprimés dans l'Orne (qui situe l'ampleur du travail à accomplir) ne peut plus être assuré par les seuls moyens (de quasi-bénévolat) dont dispose notre association.

La prévention primaire ressortant des Collectivités Locales (tandis que les soins aux toxicomanes relèvent de l'Etat), nous sollicitons les élus ormais pour obtenir une subvention permettant l'embauche de professionnels qui pourront mener à bien les actions de prévention et de formation de personnes-relais dans tout le département.



# Entre discours et réalité : une voix possible

Michel AUGUY.  
Educateur  
Le Bois des Loges  
ETRETAT

## PAROLES DE TOXICOMANES

- Je suis très bien, mais il faut que cela continue.
- Je sens profondément que je ne peux rester ainsi.
- J'ai beaucoup détruit, mais je refuse de baisser les bras.
- Je suis seul, désabusé, dupé par la dope, qui est ma raison de vivre.

Ici, tout commence de cette façon.

Il leur a fallu écrire ces mots pour entamer le dialogue.

Nous demandons à toute personne qui souhaite être accueillie au centre de formuler par écrit sa demande.

Les prémisses d'un séjour sont : être sevré et partie prenante de l'engagement qui est proposé.

Premier contact, première réalité.

Mais quelle réalité recouvre ces paroles ? Qu'exprime ce langage ?

Nous pouvons entendre,

quand Didier nous dit : "Je voudrais être accueilli, je pense avoir de graves problèmes".

ou Bernard : "Je vous demande le désir et la conviction profonde que j'ai de suivre une post-cure".

ou Jacques : "Passer un éventuel séjour dans votre centre pour voir si nous nous convenons mutuellement".

entendre par là qu'il y a nécessité à passer par un centre spécialisé ! Essayer d'y être un moment.

Même si la formulation comporte ambiguïté, hésitations, balancement entre l'envie et l'inquiétude.

Et puis, il faut que pour un temps, ils s'éloignent du produit, des copains, du milieu.

- "Je suis submergé par les événements, dope, boulot, parents. Je n'arrive plus à faire surface à ces problèmes.
- "J'ai peur de l'échec, il me faut un temps de réflexion active, pour me renforcer face aux tentations de rechute".

De là où ils nous parlent, c'est la noyade, tout effort pour refaire surface est épuisant.

- "Il me faut quitter l'entourage pour ne pas retomber".

Les liens qui les entraînent vers le fond s'appellent : la Peur, l'Echec, la Tentation.

L'éloignement devient la bouée de sauvetage, la lettre prend l'allure d'un appel au secours.

Frédéric : "L'appel au secours d'un toxicomane qui veut vraiment s'en sortir".

Un lieu à l'abri du produit, sans produit.

Pour cela ils seront prêts, prêts à tout.

Nous parlons contrat, nous tenterons de mesurer avec eux l'engagement possible. Il faut être deux à ce moment-là, et si nous avons la force de notre position, ils ont la faiblesse de la leur.

Ainsi Gélian écrivait : "Je voudrais travailler toute la journée pour ne plus penser, je suis décidé à être aidé, appuyé, donc à me réinsérer, je suis prêt à tout cela pour vraiment m'en sortir".

Il y aura là pour nous, une grande importance à suivre l'évolution de leur position envers cet engagement initial réciproque. Car s'ils sont prêts à tout, c'est un tout encore obscur d'où il faudra dégager les nuances, affiner les contenus.

Enfin dans cette demande, ils veulent faire ce qu'ils n'arrivent pas à réaliser : arrêter seul.

- "Je veux sortir de l'enfer de la drogue, je ne suis pas assez fort".
- "Pouvoir comprendre à vivre normalement".
- "Je vous écris, la voie dans laquelle je me suis engagé me mène vers la déchéance et la mort".

Ils parlent de la galère, de la dureté de ce monde relationnel, du mensonge qui colle à la peau, de l'isolement dans lequel ils se retrouvent, du désordre engendré partout autour d'eux, en eux.

De là, à ne plus avoir confiance en soi, c'est un pas qu'ils ont franchi depuis longtemps.  
De là, à ne même plus croire en soi, ils savent trop bien que c'est le prix qu'ils payent.  
Il n'existe plus que ce cri résonnant dans le vide d'une solitude profonde.

Quand la lettre est écrite, il semble que l'autre n'existe plus, ils s'adressent à une institution, ils se racontent en vrac, les mots disent tout, et ne disent rien.  
La lettre arrive, comme ultime message, bouteille lancée à la mer.

Qui la lira ? que pourra-t-il en être fait ?  
Ces incertitudes incluraient la fragilité du geste.

Je ne sais si je peux être entendu. Alors, je ne sais si ce que je dis ou rien, ce n'est pas du pareil au même.

Ils ont fait un geste, mais dans le reflet des miroirs de l'impossible qui les entoure, cela compte si peu.

Ils sont enclins à croire que tout s'efface, se répète, qu'il ne sert à rien de vouloir modifier le cours des choses, que ce qu'ils tentent à nouveau est bien futile, fragile, presque "irréel".

## **LE CADRE DE NOTRE INTERVENTION**

Nous nous proposons de les aider à :

- retrouver un niveau de santé physique satisfaisant.
- se départir d'un mode d'être toxicomane en abordant avec eux leur dépendance et les conséquences qu'elle entraîne au niveau relationnel. Nous leurs présentons le cadre suivant, qui nous permettra de les questionner sur la répétition de ce mode de fonctionnement lié à la drogue, au sein de l'institution.

Le centre de post-cure entreprend son action dans le cadre de la Loi du 31.12.70. Sa capacité d'accueil est de dix lits.

Nous y accueillons des personnes majeures des deux sexes, sans limite d'âge supérieure. Chacun est logé en chambre individuelle.

Le fonctionnement est continu sur toute l'année, 24 H/24 H, avec la présence de deux éducateurs en permanence.

Au plan national, l'accueil est le plus ouvert possible.

Nous demandons aux résidents de s'impliquer aux divers niveaux de la vie quotidienne. Quotidien régi par une organisation bien définie, dont chaque résident est informé. Nourriture, activités : menuiserie, poterie, expression corporelle, sports, photos... sorties, liens avec l'extérieur, soins médicaux, rythmes, réunions. Chaque résident, durant les trois premières semaines de son séjour, est vu en bilan, une fois par semaine, afin d'estimer le travail possible à faire ensemble. Il est suivi également en entretien individuel par un éducateur qui le voit régulièrement toutes les semaines.

## **UNE VOIE POSSIBLE**

Nous voici donc arrivés dans cette rencontre, au déroulement quotidien du séjour, teinté d'ordinaire et d'habitudes. Nous nous connaissons mieux au travers de cette vie partagée, de ces réunions, de ces bilans, de ces entretiens. Au-delà des premiers pas de la demande, nous nous parlons.

Il serait long, et le but de ce texte n'est pas là, d'aborder tous les versants des réalités auxquelles nous sommes confrontés (diversité des problèmes judiciaires, problématiques liées à la sérologie, aspect des liens sociaux et familiaux, sexualité...)

Je tenterai ici de souligner l'importance d'un travail sur le "réel", au sens littéral du terme, à savoir : qui produit des effets, qui agit, qui existe actuellement, et qui constitue la matière de la connaissance, en liaison avec le discours comme expression verbale de la pensée, un exercice de la faculté du langage.

## DES REALITES

La première réalité que nous maintenons comme base de nos relations, est : l'absence de produits.

Il est souvent surprenant, autant pour eux que pour nous, de constater comment ils arrivent à vivre cet état de fait. Alors que les histoires sont "lourdes" et "longues", que les alternances de drogue ou produit de substitution (alcool, médicaments...) ont occupé tant d'années. Voici des jours, des semaines, des mois qui s'écoulaient sans prise de produit.

Les effets sont multiples : que cela soit la santé qui réapparaît ou les troubles qui étaient anesthésiés (maux dentaires, diverses infections non soignées...) les rythmes veille/sommeil qui se réorganisent, le corps qui est redécouvert dans ses besoins et dans sa nature.

Tout cela est, ici et maintenant, dans ce séjour.

Séjour qui a lieu dans cette institution avec son mode de fonctionnement, les personnes qui la composent. C'est un centre de post-cure, un centre sanitaire de moyen séjour : une institution spécialisée.

Les résidents n'y sont pas venus par hasard.

S'il sont là et non ailleurs aujourd'hui, je pense qu'ils espèrent, en ce lieu sans produit, qu'il est encore possible de s'interroger sur leur prise de drogue.

Une autre réalité qu'il ne nous faudra pas oublier.

Il y aura un long combat. Vivre sans produit dans une institution spécialisée, soit. Mais ils n'y vivent pas seuls, ils sont dix. Hommes et femmes, à chacun son histoire, sa culture, ses modes de fonctionnement.

Si tel mode de relation est possible avec les éducateurs, il existe des codes, des règles propres au fonctionnement du "milieu" des toxicomanes. Il n'est pas simple de vivre ainsi en collectivité 24 heures sur 24, et de louvoyer entre deux pôles où les façons d'être s'opposent dans leur finalité. Drogue comme recours ultime, pour le toxicomane, rappel de ce qui engage la présence du résident pour l'éducateur.

Le passage est difficile entre l'appartenance à un groupe et une position autonome envers ce groupe et l'institution.

Si en entretien et en bilan un résident parle de lui en disant : Je, en groupe, en réunion, au moyen de "on" "nous" "en général", il se fonde dans une globalité, tente de trouver un consensus tacite qui efface les différents, les différences.

Difficulté d'autant plus ardue, qu'au travers d'une telle démarche, il s'agit de se redécouvrir sous un aspect gommé depuis longtemps. Là, ressurgissent des émotions, des pensées, des angoisses auxquelles ils s'étaient déshabitués. Un regard qui apparaît comme nouveau. Ils se redécouvrent, démolissent les apparences et se retrouvent perdus au présent, angoissés d'un avenir qu'il n'imaginaient pas, inquiets d'un passé soudain "pesant". Dès lors un double mouvement a lieu : progresser et se défendre ; Colère, refus, angoisse, frustration, le chemin de l'acceptation et de la confiance en soi est ainsi pavé.

Plus on la regarde, plus la réalité semble perceptible.

Lorsque les modes de défense s'atténuent, alors le discours devient de plus en plus opérant.

## DES ASPECTS DU DISCOURS

Une des dominantes à laquelle nous aurons à faire face durant le séjour sera le déni, comme refus de reconnaître une réalité dont la perception serait traumatisante.

A l'admission : ils ne se souviennent que très rarement des termes énoncés lors des entretiens d'admission. Ce dont ils acceptent de se souvenir, c'est qu'il ne doit pas y avoir de drogue. Mais, c'est tellement évident, que cela n'est pas vraiment spécifique à ce lieu, d'ailleurs n'est-ce pas la loi ? Donc, une telle spécificité pourrait bien être caduque, un leurre, une illusion de plus.

De toutes façons, ce qui était important, c'était de venir, après on verra... Que pour cela il faille engager sa parole, paraît secondaire, il suffit de dire ce que l'on pense que l'institution attend de la demande. Car ce qui est demandé est tout à la fois réel et incertain : arrêter la drogue. Cela s'inscrit d'une manière précaire dans le temps. De là, à penser qu'au fond ce sont les autres qui lui demandent quelque chose, il n'y a qu'un pas. Ils inversent ainsi le processus de leur demande, annulant la réalité de celle-ci, s'éloignant du questionnement qui les a conduit ici.

Durant le séjour, il faudra une attention particulière pour tenter de modifier ce système de défense/inversion.

Quelques moments clés d'un séjour permettent de mettre en évidence ces aspects. Lors d'ateliers ou de tâches telles les courses, ménage, nourriture, nous assistons à toute une pléiade d'arguments et de conduites, qui auront pour but d'éviter d'y être, et de faire. La plupart du temps c'est la dérision qui est employée, ce qui est accepté le plus facilement, l'est sur le mode de la contrainte ludique. Mais y être et faire en temps qu'acteur réel en s'y impliquant est difficile.

Si le jeu est une sorte de repérage et d'investigation où l'acteur joue avec sa condition pour la réaliser, ici, il y a refus de cette condition de résident en centre de post-cure, et le jeu tend à être ailleurs que sur scène.

"J'en ai marre des médecins, des psychologues et des éducateurs, vous voulez tous que je me pose des questions, et voilà où j'en suis", disait dernièrement Bernard.

Pour Nadia être ici, c'est éviter l'ennui de l'extérieur, où il n'y a pas de projet actuel, mais s'il y a des choses envisageables, cela ne peut se réaliser qu'à l'extérieur, où là elle fait faire par ses parents, ou par des services sociaux.

A entendre un résident dire "qu'il se fait un film", je pensais que le conflit entre discours et réalité était une histoire d'images : Celle qui est, Celle que l'on voudrait qui soit, Celle que l'on pense être, Celle que l'autre perçoit. Tout ne se dit pas, de la manière dont nous voudrions entendre, ce qu'il y aurait à dire. Le discours ne rendant jamais compte de la réalité absolue, n'est jamais entièrement explicite. Du coup, il n'y a que des pans de discours et des pans de réalité. Chaque image est un morceau choisi, et l'exercice de la pensée est périlleux pour le toxicomane déjà si morcelé dans la sienne. L'imperfection de ces discours et l'illusion des images ne sont pas un fait rassurant en soi, il faudra en tenir compte pour réactiver le mouvement de sa propre pensée.

Yannick écrivait : "Ma conscience s'est finalement décidée à repérer ce que ma pensée ignorait alors". Il est important à ces moments de la pratique de voir et d'accompagner ces fragiles liaisons entre ce qui se vit sur le registre du besoin (souvent répétitif, consommable, onirique...) vécu de manière expérimentale, ce qui se vit sur le registre du désir (domaine du tâtonnement, de la pensée, de l'inscription dans le temps,) mode d'être plus identificatoire, afin d'asseoir une base d'où pourra commencer à s'élaborer une façon de se penser un monde.

C'est à l'apparition de ces liaisons que nous constatons une modification dans les manières de se positionner. Le discours devient plus fréquent, plus engagé. Il semble avoir pris de la consistance, de la valeur à leurs yeux. La parole peut être une référence et une limite. Ils parviennent à se nommer (ils rédigent des formulaires administratifs, écrivent, téléphonent, renouent des liens extérieurs...) à se positionner en situation de groupe, parole sur la drogue, la maladie, les émotions...) Alors qu'ils pensaient que : "parler ne sert à rien", que : "parler ne changerait pas les choses".

Un lien apparaît entre discours et réalité, un lien qui ouvre d'autres perspectives.

## EN FORME DE CONCLUSION

Nous pourrions dire aujourd'hui, que, dans la mesure où tout être humain est constamment écartelé entre la reconnaissance de son désir, et le désir de reconnaissance, les forces qui l'animent seront obligées pour trouver satisfaction d'en passer par l'existence d'autrui.

Autrui constituant le tribunal de toute réalité pour discuter, informer, ou vérifier ce que je crois voir. Si cette confrontation n'a pas lieu, c'est laisser la conscience coller ou coïncider avec l'objet dans un éternel présent (le tout, tout de suite, du toxicomane).

Le langage permettra là de différer la réalisation de l'énoncé. Dès lors tout est possible, puisqu'il n'y aura pas dans l'immédiat de mise en oeuvre de tout ce qui se dit, mais un espace pour penser encore et encore.

Ainsi la réalité de ces existences si insupportablement étouffée avec un produit devient audible, si ce n'est encore discible.

Autrui serait alors l'existence du possible.

Le langage, la réalité de ce possible.

Dès lors, pourquoi pas une nouvelle voix possible ?

Octobre 1989.





# Vie et mort d'une institution ou l'histoire du centre Meggido

Dominique FROGER  
Assistant social  
ex-chef de service du centre MEGGIDO

**L**e centre de post-cure MEGGIDO a été créé en 1988 à Juvigny sous Andaine dans l'Orne, il faisait partie des projets agréés dans le cadre du plan Chalandon de lutte contre la toxicomanie. Il était une émanation de l'association "MAAVAR", association juive non confessionnelle qui comprend par ailleurs un restaurant coopératif, un "SOS écoute juive" et un centre d'accueil d'urgence.

C'est un projet fou : il prévoit une "communauté thérapeutique juive" accueillant 35 toxicomanes encadrés par 11 personnes dont 6 éducateurs. En plus, cette communauté prévoit la réinsertion sociale des toxicomanes comme ligne directrice. On peut dire, sans caricaturer que le dossier technique est très sommaire puisque derrière de grandes déclarations de principe sur l'autonomisation des toxicomanes n'apparaît que peu d'éléments concrets. Un seul exemple suffit à en préciser l'ineptie : si le prix de journée est extrêmement faible (220 F par jour et par personne accueillie), il ne comprend pas non plus les charges patronales sur les salaires, soit une incidence approximative de 50 F par jour et par prix de journée !

Pourtant toutes les autorités compétentes ont donné leur aval pour l'ouverture du centre.

Le directeur de l'association MAAVAR s'installe donc à MEGGIDO et tente d'embaucher une équipe éducative. Malgré les annonces dans la presse spécialisée ou locale, aucun travailleur social ne s'embarque dans le projet, effarouché par la distance entre l'ambition démesurée et le peu de moyens.

Devant le peu d'enthousiasme qu'il suscite, le directeur de MAAVAR retourne à Paris et embauche pour MEGGIDO une directrice et deux psy (psychiatre et psychologue) à qui il confie la tâche de crédibiliser le projet.

Une nouvelle mouture voit le jour à partir d'avril 88 qui est bien différente (il faut dire aussi qu'à ce moment là, bien qu'ouvert depuis plus de 4 mois, le centre n'accueille que 2 résidents).

La capacité d'accueil est réduite à 16, le personnel éducatif passe à 8 personnes plus un coordinateur d'équipe, les modalités d'admission, de prise en charge et de durée de séjour sont précisées et rendues conformes à ce qui se fait dans les autres centres. Le prix de journée s'en trouve multiplié par 2,5 avec l'accord de la DDASS. Une équipe éducative voit le jour, constituée de professionnels qui donnent leur adhésion au projet.

L'originalité maintenue est la prééminence du projet professionnel. Chaque résident accueilli doit pouvoir lors de son admission en déterminer les contours. Dans le cadre de la post-cure, il est ensuite affiné, souvent il disparaît confronté à la réalité pour en voir naître un autre, mais il sert de ligne directrice au séjour qui peut durer jusqu'à un an.

Un relais déterminant existe localement avec l'équipe de formateurs du GRETA du Bocage, organisme de formation qui accepte d'entrée de travailler avec nous. Ils sont intervenus dans la commission n° 1 sur le thème "échec scolaire et réinsertion" où ils relatent notre expérience commune.

Je ne décrirai pas plus longuement le fonctionnement du centre, il n'avait pas de caractéristiques si novatrices qu'elles méritent d'être citées en exergue. Il est fondé sur des règles de vie (interdiction de la drogue et de la violence) sur un accueil et un travail de validation de rupture avec le produit allant de pair avec une réinsertion sociale et professionnelle par des formations qualifiantes.

Le temps "nominal" passé au centre se décompose en trois périodes :

- 1 - une période d'accueil dans l'institution pour un travail à l'intérieur tant au niveau thérapeutique que physique (ateliers, tâches de la vie quotidienne, sport, etc...)
- 2 - un temps alterné formation extérieure, présence au centre
- 3 - un temps de préparation au retour soit dans le milieu d'origine soit dans un autre choisi par le résident avec mise en place d'un service de suite et de relais sociaux sur l'extérieur.

Les relations créées tant avec les autres professionnels (centres de cure, associations de lutte contre la toxicomanie, etc...) et les partenaires (services sociaux, DDASS, etc...) laissent augurer d'un bon développement. Le centre est plein avec liste d'attente.

Pourtant la situation s'infléchit brutalement quand le directeur de MAAVAR veut "reprendre en main" cet enfant non conforme à ses désirs (sic)". Les reproches se fondent sur deux choses :

- 1 - vous n'accueillez pas assez de juifs et vous n'êtes pas en phase avec cette identité culturelle. (le projet a toujours été "l'accueil de toxicomanes juifs ou non").
- 2 - vous édictez des règles de vie trop contraignantes "contraires aux droits de l'homme".

L'équipe éducative refusant de modifier le fonctionnement, le conflit prend toute sa dimension lors du dépôt de budget pour 89. La DDASS donne son agrément au budget présenté par la directrice de MEGGIDO (établi en collaboration avec le directeur de MAAVAR) quand ce dernier décide unilatéralement de le modifier complètement.

En même temps il demande la démission de la directrice et souhaite le départ du chef de service "qui ne comprend rien à l'identité juive".

En leur interdisant toute décision éducative, le directeur de MAAVAR obtient le départ de la directrice en mars et du chef de service en mai et cumule les deux fonctions depuis Paris.

La situation est réglée en moins de deux mois.

- le centre devient ingérable, toutes les règles de vie sont annulées, des demandes d'admission sont rédigées de la main du directeur pour accueillir des résidents juifs, l'équipe éducative est discréditée par le directeur en présence des résidents, etc...
- la drogue rentre dans le centre
- la DDASS retourne sa décision : l'agrément reconduit au budget était opérationnel pour 6 mois puisque d'une tutelle justice (liée au projet Chalandon) le centre devait repasser sous tutelle santé. Des engagements avaient été pris tant au niveau de la MILT (Mission Interministérielle de Lutte contre la Toxicomanie) que des ministères concernés via la DDASS.

Les arbitrages budgétaires s'ajoutant au disfonctionnement, le centre MEGGIDO est déconventionné en juillet 89.

- le personnel est licencié
- les résidents sont orientés vers d'autres centres ou se retrouvent seuls dans la nature.

Les faits suffisent sans en dissenter davantage.

Simplement en forme de conclusion je poserai deux questions :

- 1 - comment peut-on ouvrir un centre de post-cure alors qu'on est notoirement incompetent ?
- 2 - qu'en est-il de la responsabilité des tutelles ?

En attendant voilà un outil de travail détruit.

Quel gaspillage ! ●

2017/13

# Evolution des prises en charge en post-cure : Les appartements thérapeutiques pour toxicomanes

Xavier LEGALL  
Educateur  
Post-cure Le Bois des Loges  
ETRETAT

## PRÉAMBULE

### 1 - LES BESOINS : QUI DEMANDE ?

- A) les centres intermédiaires de la région
- B) les résidents de la post-cure
- C) la prise en charge des malades du SIDA

### 2 - RAPPEL DU TRAVAIL EN POST-CURE

### 3 - PROJET - LE TRAVAIL DANS LES STUDIOS

- A) le suivi individuel
  - 1- les appartements, contrat d'occupation
  - 2- le suivi individualisé
  - 3- l'équipe et la spécificité de l'accompagnement
- B) le travail avec les partenaires sociaux
- C) le local administratif et d'accueil

### 4 - PROJET - LE TRAVAIL EN LOGEMENT COLLECTIF

- demande
- objectifs
- moyens

### 5 - CONCLUSION

## PREAMBULE

Depuis plusieurs années, nous constatons un accroissement des demandes d'aides et de suivi de la part de personnes qui ont entamé une démarche de rupture par rapport à leur toxicomanie. Cette demande s'articule autour des problèmes de l'hébergement et réclame un accompagnement dans la réinsertion effective.

Le besoin se fait ressentir à plusieurs niveaux :

- Les structures de la région, qui rencontrent des consommateurs de produits toxiques, sollicitent la création d'appartements thérapeutiques. Cette réponse matérielle et le suivi qui l'accompagne correspondent aux demandes individuelles et aux besoins de personnes en difficulté : toxicomanes "avérés ou occasionnels", "jeunes ou vieux", originaires de la région ou non.

- Pour les sortants de post-cure en milieu rural, afin que puisse se réaliser le projet d'accès à l'autonomie. Le besoin d'un relais qui amortisse le retour en milieu urbain, qui assure le suivi et la consolidation du travail effectué dans ce type d'institution est fortement ressenti. Un soutien individualisé dans l'insertion et une médiatisation de la relation d'aide par un travail réel ou une action de formation sont à mettre en place.
- D'autre part, la séropositivité est venue faire effraction dans les institutions spécialisées dans l'accueil des toxicomanes (centre d'accueil, post-cure en milieu urbain), bousculant les pratiques des intervenants, mais surtout dans l'histoire de nos clients. La survenue chez certains d'un A.R.C. ou d'un S.I.D.A. avéré nous amène à mettre en place les moyens de réponses nécessaires à une demande qui sera de plus en plus forte (cette tendance ne peut que s'aggraver si on accepte les projections statistiques actuelles).

La position des équipes de soins hospitaliers, notamment du Dr HUMBERT à Charles Nicolle (Rouen) nous conforte dans l'idée que la mise en place d'appartements thérapeutiques qui prennent en considération la prise en charge, le suivi et l'accompagnement des malades du S.I.D.A. répond à un besoin (voir le deuxième versant du projet).

Il s'agit donc d'un projet de création d'un service d'appartements thérapeutiques relais. Celui-ci est envisagé en deux secteurs spécifiques liés par une même logique : la constitution d'une "stratégie de liens". Cette dénomination nous semble la plus expressive de la dimension de solidarité qu'elle permet d'exprimer. Elle se caractérise par une dynamique relationnelle avec la plupart des acteurs de la vie sociale et économique, par la mise en place de réseaux de soutien et de partenariat avec les divers intervenants du secteur médico-social.

Les deux secteurs :

- mise en place d'appartements thérapeutiques, sous forme de studios pour accompagner des toxicomanes sortant de post-cure ou non, qui souhaitent consolider la rupture avec les produits toxiques.
- mise en place d'un appartement collectif (studios séparés dans un même immeuble) pour des toxicomanes malades du S.I.D.A. ou en crise par rapport à leur séropositivité.

## 1 - LE BESOIN D'APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES : QUI DEMANDE

### A) LES CENTRES INTERMÉDIAIRES DE LA RÉGION.

Une des vocations du projet est de répondre aux personnes prises en charge ou suivies pour des problèmes de toxicomanie par les différents services d'accueil ou de prévention du secteur social. Il viendra compléter et prendre le relais du travail effectué par les acteurs institutionnels que rencontrent les toxicomanes dans leur parcours. Les intervenants du service médico-psychologique régional et l'antenne toxicomanie de la prison, par exemple, sont aussi attentifs à ce type d'initiative.

Les centres spécialisés dans l'accueil des jeunes et tout particulièrement de la région rouennaise (ARIRT) font régulièrement part des besoins et carences en matière d'hébergement qu'ils rencontrent :

- Il est dans la logique des toxicomanes de mettre de la distance géographique, métaphore d'une impossible distance psychique, entre eux et leur lieu de "défonce" quand ils veulent s'en sortir. Les normands ont donc plutôt tendance à vivre un temps de post-cure à l'autre bout de la France.

Un service d'appartements thérapeutiques peut permettre d'amortir le retour, en offrant des possibilités de soutiens aujourd'hui inexistantes.

- Certains jeunes consommateurs de toxiques, suivis par les centres de la région font la demande d'un lieu de rupture avec l'environnement immédiat (famille, milieu...), mais ils ne désirent pas ou ne peuvent pas rompre avec leur environnement social et le contexte urbain.

Un hébergement avec suivi individualisé pourrait pour nombre d'entre eux avoir autant de valeur que la post-cure en milieu rural.

Pour ces équipes qui suivent des personnes dont la problématique est le produit, le lien avec des interlocuteurs différenciés afin de vivre une étape autre est souhaité, quand la rupture de la pratique toxicomaniaque a été travaillée et demande à s'affermir.

C'est dans cette suite de la prise en charge que nous prévoyons notre action, pour que puisse se réaliser le projet qui consiste en un accès à l'autonomie. Il est donc nécessaire qu'existe un relais, un accompagnement individualisé qui se réduira progressivement.

#### B) LES RÉSIDENTS DE LA POST-CURE.

Nous constatons que bon nombre de résidents formulent des demandes de suivi afin de poursuivre un travail amorcé en post-cure en souhaitant un soutien à l'extérieur.

- La recherche de tremplins ou de relais qui puissent proposer une aide englobant le psychologique, le professionnel, l'administratif, le judiciaire, le matériel se heurte au manque de place existant dans les structures organisées sur ce mode.

- Pour beaucoup, la perspective d'un retour dans les quartiers d'origine, les retrouvailles sulfureuses tant avec les anciens "pairs" qu'avec les proches, est souvent synonyme de nouvelles difficultés relationnelles et de risques de rechute. Pour ceux qui n'ont aucun hébergement à leur sortie de post-cure, la réinsertion socio-professionnelle est fortement compromise dans le cercle "pas de logement-pas de travail".

- Les résidents demandent aussi souvent à vivre une période dans un nouvel environnement urbain, qui serve de référence et de sas pour un retour dans leur région d'origine, armé d'une expérience d'intégration préalable.

#### C) LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES MALADES DU SIDA. (abordée dans le second versant du projet)

## 2 - RAPPEL DU TRAVAIL DE POST-CURE :

Le travail de la post-cure des Loges est inscrit entre le sevrage et une réinsertion effective.

Il permet aux résidents de faire le point sur leur vécu, sur la place des produits dans leur itinéraire passé, offrant ainsi des possibilités d'orientations nouvelles. Ce travail de recentrement ouvre une perspective sur les situations de dépendances. Il s'effectue par un retour à l'histoire personnelle de chacun et permet des alternatives qui envisagent les différents possibles à venir. Le moment de la post-cure est un temps de réaménagement personnel important, de remise en question occasionnée par la rupture ou la mise à distance du produit, d'intégration de nouveaux rythmes et de limites, tout comme la recherche de nouvelles légitimités.

Dans l'institution, investie comme lieu de rupture avec les milieux antérieurs (drogue, famille, banlieue, etc...) comme instance protectrice et sécurisante, le résident retrouve des relations qui sont de l'ordre de l'échange avec les intervenants qui préfigurent une vie sociale ordinaire. Néanmoins l'extérieur reste vécu comme menaçant et générateur d'angoisses.

Le travail en post-cure met l'accent sur la mise en accord d'un individu avec lui-même.

Il est question essentiellement d'une estime de soi précaire, d'une image de soi dévalorisée que venait pallier le produit en introduisant un sentiment de toute puissance et d'auto-engendrement. Le lent mouvement intérieur qui va vers la découverte du sentiment de sa propre valeur et vers une raison d'être sans béquille psychique passe par la disparition de l'égoïsme du toxicomane. C'est dans ce registre que le soutien psychologique des résidents dans ce service devra s'organiser, en posant l'intérêt d'une relation médiatisée par une inscription effective dans la réalité sociale et professionnelle.

La durée moyenne de séjour dans le centre est d'environ trois mois. Ce temps relativement court au regard des années passées dans la conjugalité avec la drogue et la façon d'être au monde qu'elle suscite permet néanmoins de préciser la spécificité de l'engagement demandé dans l'institution.

Le choix thérapeutique de cette équipe est de concevoir la post-cure comme un lieu de passage transitoire, fait pour que l'on puisse en sortir. Un attachement excessif à l'institution ne doit pas se substituer à la dépendance aux produits.

Il faut aussi différencier les temps et lieux nécessaires qui à partir d'une implication forte liée aux bouleversements personnels, doivent conduire la démarche à se confirmer dans une confrontation plus directe aux réalités sociales à l'extérieur.

Cette clarification qu'implique le projet thérapeutique de la post-cure, sur la fonction du séjour pour chaque résident, peut être un élément de compréhension du nombre de demandes de suivi à la sortie. Quand, fort des acquis de son séjour un résident pense, en collaboration avec l'équipe, qu'il est temps de mettre un terme à sa présence dans le lieu et d'envisager une vie indépendante, le départ est souvent difficilement préparé à partir de la post-cure.

### **3 - PROJET : LE TRAVAIL DANS LES STUDIOS**

Il s'agit de compléter les réponses déjà données, par une approche particulière, appropriée à l'évolution des personnes suivies, sans se substituer à ceux qui dès à présent, sont intervenants sur le terrain.

Il est donc nécessaire de mettre en place un accueil en appartements (7 studios). Ce service répond aux demandes de la post-cure, aux centres d'accueils intermédiaires et aux partenaires locaux qui nous incitent à prendre part aux actions et réponses envisagées dans la région.

#### **A) LE SUIVI INDIVIDUEL**

##### **1° Les appartements, le contrat d'occupation :**

- . Les appartements répartis dans l'agglomération rouennaise sont de type F1 ou F2 situés indépendamment les uns des autres.
- . Ils sont loués par l'association à un organisme bailleur (O.P.A.C.) ou à l'office de H.L.M. sous l'appellation appartements thérapeutiques.  
Ceci permet de "sous-louer" ces logements, pour une période déterminée, aux personnes suivies et permet à celles-ci de bénéficier de tous les droits liés à leur statut de sous-locataire.
- . Ces logements sont proposés aux jeunes, meublés et habitables de suite.  
L'entrée dans un appartement est l'occasion d'une signature conjointe d'un contrat d'occupation et d'usage.
- . Ce lien contractuel minimum est aussi point de repère, arbitrage, rappel de la loi. Il offre l'occasion de préciser et de négocier avec le résident ce qu'implique l'appartement : les engagements réciproques dans un cadre déterminé, les modalités de nos rencontres, les limites et contrôles et l'accompagnement souhaité.
- . Une aide alimentaire est envisageable le premier mois, période pendant laquelle devra se préciser le projet personnel et se mettre en place une recherche active d'un emploi ou d'une formation.
- . Le contrat de séjour est signé pour trois mois renouvelables deux fois.
- . Le maintien dans le logement est subordonné à l'obtention d'un travail ou d'une formation rémunérée.

## 2° Le suivi individualisé :

Il s'agit ici de trouver la distance féconde par laquelle la problématique du résident est entendue sans le déresponsabiliser, d'être disponible et impliqué sans prendre tout en charge (la tentation est fréquente !), d'être stimulant sans confisquer la possibilité du choix.

L'éthique de l'intervention et le choix relationnel devront se vérifier, se confronter et mesurer ses limites aux degrés de l'accompagnement précis qui est envisagé :

- Aider à la recherche d'emploi, stage, formation.  
Si l'emploi ne résoud pas "tous les problèmes", pour le toxicomane qui veut consolider sa démarche de soin, il est considéré comme une étape nécessaire et indispensable au travail de rupture avec son mode de vie antérieur. Pour beaucoup la (re)mise au travail n'est pas chose évidente, elle suppose le renoncement à "l'argent facile" procuré par les actes délictueux ou le trafic, au "tout, tout de suite" qui n'accepte pas le différé.
- Régler son passif avec l'administratif, le juridique.
- Avoir recours aux services et équipements existants, avoir connaissance de l'environnement social et culturel (afin de sortir de l'assistanat).
- Gérer son temps libre et vivre le quotidien. C'est là que s'expriment les difficultés où se croisent la morsure de la solitude, le sentiment de béance et de vide, l'angoisse et les velléités de désertion.
- Qu'à l'isolement succède la relation, avec l'aspect anxiogène que représente la confrontation à l'inconnu qu'est l'autre, d'autant que la drogue ne vient plus faire écran d'indifférence ou conforter l'illusion de toute puissance.
- Etre dans une démarche dynamique de consolidation des acquis et de réflexion par rapport à soi-même.

## 3° L'équipe et la spécificité de l'accompagnement :

Ces actions rendent nécessaires la constitution d'une équipe, pour assurer le bon fonctionnement du service, s'impliquer dans le travail de suivi et de (ré)insertion en collaboration avec les institutions existantes.

Elle sera composée de :

- 1 directeur adjoint
- 3 éducateurs
- 4 heures/semaine de vacations psychiatre/psychanalyste
- 1/2 de secrétariat
- 1/4 temps d'homme d'entretien

L'expérience de notre pratique nous autorise à postuler la spécificité d'un fonctionnement du service à mettre en place.

Le travail des éducateurs va s'organiser autour de moments différenciés et complémentaires :

- un temps d'entretien où on fait le point sur ce qui se vit,
- un accompagnement concret (un faire-partagé, démarches, loisirs et sortie communes).

La difficulté relationnelle avec le toxicomane réside dans le fait que ses diverses attitudes et comportements (déli, défi, provocation, rejet, manipulation, retournement, indifférenciation, séduction), entraînent fréquemment une mise en échec de la communication et de la rencontre avec les interlocuteurs.

Autant de particularités qui, parmi d'autres, sont à décoder, décrypter avec la prise de recul nécessaire afin de proposer des réponses spécifiques.

L'intervenant est souvent pris ici dans un ordre paradoxal qui va de "séduis-moi" à "ordonne-moi".

Il se doit de concilier plusieurs impératifs souvent opposés :

- faire preuve de souplesse, d'engagement, de présence chaleureuse et d'empathie.
- ne pas reproduire une relation de type toxicomaniaque caractérisée par une manipulation incessante de la réalité, incarner la limite, avoir une épaisseur suffisante sur laquelle on puisse "buter", être un véritable interlocuteur spécialiste et professionnel, tant éducatif que thérapeutique.

Il ne faut pas occulter que le recours au produit a été le réflexe compensatoire passionnel et tragiquement opératoire pour annuler la souffrance et la dépression chez les personnes que nous prenons en charge. La spécificité de notre approche se construit autour de l'effraction possible de cette donnée-là.

Le professionnalisme, l'évaluation et le contrôle mis en place par l'équipe seront la garantie d'une intervention pertinente.

Un travail en doublet est souhaité pour tout début de prise en charge, offrant une possibilité d'appréciation objective des situations.

Chacun des quatre éducateurs aura en charge un secteur particulier dont il sera responsable, qu'il aura à développer tout en effectuant le même travail de suivi individuel que les autres membres de l'équipe.

Quatre secteurs se dégagent :

- santé
- emploi-formation
- logement-culture-loisir
- justice, administration.

L'éducateur en charge d'un de ces dossiers devra construire une "stratégie de lien" avec les institutions, établir de bonnes relations avec les professionnels et agir avec les partenaires spécifiques du secteur dont il sera l'interlocuteur privilégié.

Chaque éducateur sera donc un gisement de connaissance et de relations auprès des autres membres de l'équipe, la spécialisation de chacun faisant la richesse collective.

Une aide ponctuelle sera apportée quand, au terme du séjour, le résident souhaitera occuper son propre logement ; un suivi ambulatoire moins "cadre" pourrait alors s'organiser.

## B) LE TRAVAIL AVEC LES PARTENAIRES SOCIAUX

Il s'agit, comme décrit plus haut, d'avoir les moyens de répondre aux demandes d'aides individuelles et particulières dans le cadre du service d'appartements.

Il y aura donc écoute et évaluation de la demande à se situer dans un projet de réinsertion, puis accord ou non, enfin mise en place d'un projet contractuel.

Pour atteindre nos objectifs, un nécessaire travail de partenariat doit être mis en oeuvre avec les secteurs médico-sociaux et les acteurs économiques de la région. On veillera à participer aux débats des intervenants pluridisciplinaires, en matière de santé, d'insertion et de communication.

En ce sens, de multiples contacts ont déjà été pris avec les institutions publiques ou privées, afin de conjuguer les réseaux existants, les compétences et spécialités susceptibles d'offrir leur support et de réclamer notre appui.

- La collaboration avec les centres intermédiaires et les partenaires spécialisés concernés par les jeunes doit être accentuée, dans un esprit de complémentarité.
- Les relations avec les responsables du secteur de l'emploi et de la formation, se doivent d'être étroites et satisfaisantes, alliées à une compréhension de notre action qui sensibilise et associe le plus grand nombre de ces personnels (A.N.P.E. Entreprise intérimaire, Centre de Formation, P.A.I.O., etc...).



- des liens doivent nous unir aux organismes de gestion des logements sociaux que nous solliciterons, une convention doit être passée précisant les engagements réciproques.
- Une collaboration doit aussi s'engager avec les associations dont la mission est de favoriser la recherche et l'obtention d'un logement (A.G.L.).
- Poursuivre nos rencontres avec les médecins généralistes du secteur libéral, les médecins du secteur psychiatrique et les dispensaires, les médecins du secteur hospitalier.
- Consolider les rencontres déjà effectuées avec les pouvoirs publics, les collectivités locales, les administrations, C.A.F., C.P.A.M., Justice, etc...
- D'une façon générale, nous participerons aux groupes, collectifs, comités, cherchant dans leur concertation à promouvoir les actions d'insertions.
- Participation aux rencontres du réseau des travailleurs sociaux, aux actions de formation des personnels.
- Contacts et coopération avec les institutions, structures ou organismes solidaires des préoccupations liées au travail des appartements thérapeutiques et de leur objectif d'insertion.

### C) LE LOCAL ADMINISTRATIF ET D'ACCUEIL

Ce lieu est tout d'abord le secrétariat du service. La comptabilité et la gestion courante y seront assurées en liaison avec le secrétariat du siège social, mais les informations liées au travail du service de suite y seront prioritairement concentrées.

C'est dans le local (ou antenne administrative) que s'effectuera la synthèse de notre travail ; pôle référent pour nous-mêmes et ceux qui seront en contact avec nous. Ce sera le lieu de régulation, de coordination et de contrôle.

C'est aussi le lieu où se feront les premiers entretiens d'admission et d'accueil, où nous écouterons, échangerons pendant les moments difficiles.

Il ne sera ni lieu de consultation médicale ou nommément thérapeutique, ni lieu de rencontre informel. Une permanence y sera cependant assurée dont les modalités seront organisées une fois l'équipe recrutée.

Ce lieu sera aussi un moyen de rencontre et de réunion avec les différents partenaires qui collaboreront, apporteront leur diversité disciplinaire ou pratique, ou qui nous offriront leur soutien.

Ce sera aussi là que pourront se concerter les différents bénévoles, volontaires ou spécialistes en contact avec les malades du SIDA, que se dérouleront les formations réciproques des intervenants de ce domaine.

## 4 - PROJET : LE TRAVAIL EN LOGEMENT COLLECTIF

### LA PRISE EN CHARGE DES MALADES DU SIDA. LA DEMANDE.

Le problème du SIDA est venu, depuis son apparition en France dans le paysage médical, bousculer aussi un certain nombre de secteurs institutionnels, dont celui de la prise en charge des toxicomanes.

La toxicomanie reste le principal vecteur de contamination et le nombre de séro-positifs rencontrés ou accueillis dans les centres spécialisés pour toxicomanes de la région ne cesse d'augmenter de façon inquiétante.

Pour la post-cure des "Loges", la question des relais nécessaires au terme d'un séjour est là tout-à-fait cruciale.

Il était impensable d'éluder la question de l'aide aux toxicomanes malades dans la réalisation du projet. Ceci s'inscrit dans la dynamique actuelle d'une mise en oeuvre de solutions concrètes dans l'aide aux personnes malades par l'importante mobilisation d'initiatives privées tendant à apporter leur concours et à entraîner les responsables vers ces solutions.

Les toxicomanes atteints de SIDA nous ont mis en évidence les problèmes psychologiques et sociaux qui sont ceux de personnes confrontées à une affection dont l'issue est fatale et dont la portée sociale est cruciale.

On constate alors des déséquilibres importants : la prédominance de troubles de la relation d'un sujet à lui-même, aux autres et à la réalité.

Il s'ensuit des réaménagements personnels, un travail de restructuration psychologique et spirituel dans une temporalité accélérée qui est aggravée par plusieurs facteurs :

- Les ruptures anciennes avec le milieu familial les privent de la mobilisation souvent constatée autour des malades et des possibilités d'avoir des objets d'investissements affectifs particulièrement importants à ces moments.
- La situation de ces personnes est donc souvent marquée par un isolement affectif et social qui ravive la tentation toujours présente de réactualiser la conduite toxicomaniaque dans une fuite en avant mortifère et une abdication nihiliste. Certains sortants de post-cure nous ont fait repérer à plusieurs reprises la nécessité d'un relais et d'un accueil chaleureux pour ces malades.

La nécessité de coordonner les diverses interventions, d'un complément au système de soins existant tout comme l'accompagnement et le soutien de ces personnes en situation de crise (financière, psychologique, médicale et sociale) s'est imposée à nous, tout comme elle est souhaitée par les partenaires mobilisés (A.R.I.R.T, Le Bois des Loges, C.H.R.U de Rouen, A.I.D.E.S Normandie). Le second versant du projet est donc plus spécifiquement orienté vers les personnes qui souhaitent un soutien à la fois pour affermir la rupture avec la toxicomanie mais aussi par rapport aux difficultés créées par le SIDA.

#### LES OBJECTIFS.

L'objet de ce secteur est de proposer à des personnes vivant des situations d'effondrement de retrouver une certaine autonomie, d'envisager la réinsertion dans le champ social.

Sa vocation est de lutter contre les phénomènes de marginalisation en aidant les intéressés à maintenir des liens avec le tissu social. La chaleur de l'entourage, la possibilité d'être en contact avec les intervenants nécessaires doivent conforter les résidents dans la certitude de pouvoir être soutenu et aidé. La présence régulière des personnes constituées en réseaux de solidarité auprès des résidents dans les moments de détresse, doit éviter l'émergence de sentiments d'abandon trop péniblement ressentis et l'aggravation de l'état de crise, en apportant des possibilités de solutions.

D'autre part, nos contacts avec les équipes hospitalières qui prennent en charge cette pathologie, font ressortir la nécessité d'un mode de prise en charge jusqu'ici inexistant dans la région et probablement adaptable à d'autres personnes que d'anciens toxicomanes.

La création d'un lieu d'accueil permettrait notamment de débloquer des situations pour des personnes dont le maintien dans l'univers hospitalier n'est plus requis.

- Il se doit d'être lieu de vie transitoire avec assistance sociale simple, base d'une nouvelle ouverture sociale, aidant à résoudre les problèmes administratifs qui rendent possible l'installation des personnes dans leur logement propre.
- Lieu de séjour accueillant des malades qui demandent un soutien et une assistance somatique, psychologique ou sociale.
- Lieu de soutien et d'accompagnement de situation de crise liée au S.I.D.A. et aux risques de rechutes graves dans la toxicomanie.

- Le lieu doit permettre en tenant compte des histoires singulières et des facteurs spécifiques de gérer des situations en état de "ré-organisation", en "travail avec elles-mêmes" afin de favoriser le retour des personnes à la vie sociale (dans le respect de la personnalité).

Toute personne accueillie aura préalablement été hospitalisée ou aura consulté dans un établissement hospitalier. L'admission sera faite en liaison avec les autres partenaires et sera le moment d'évaluation des situations personnelles et de la mise en place de formules de soutien adaptées à la réalité de chacun.

#### LES MOYENS

Ce secteur à créer est un supplément et non un substitut à l'équipement traditionnel, ce n'est pas une unité de soins palliatifs, ni un mouvoir, ni un sidatorium. Il s'inscrit dans la logique de l'ensemble du service d'appartements et doit profiter de son organisation comme des réseaux qui y seront attachés. Ce secteur a donc aussi vocation d'être un relais entre les résidents et les environnements.

Il est dans nos soucis d'établir là aussi des relations de partenariat avec des institutions publiques et privées désireuses de promouvoir ce type d'action. Ce travail doit convoquer une logique disciplinaire, à l'articulation du social, du médical et du psychologique.

L'expérience de l'hospitalisation à domicile (HAD) et les tentatives de re-socialisation alternatives et complémentaires aux systèmes de soins habituels pour ce type de malades en France ont fait leurs preuves. Dans l'avenir, cette forme d'accompagnement doit être privilégiée.

L'intérêt manifesté pour la mise en place de ce service sur l'agglomération rouennaise par le secteur médical (médecins libéraux, secteur psychiatrique, secteur hospitalier) laisse présager une coopération étroite et indispensable.

#### LE LIEU

Une maison individuelle dans un habitat banalisé et de standing acceptable, située dans l'agglomération rouennaise.

Le rez-de-chaussée de cette maison sera aménagé pour devenir le local administratif et d'accueil.

L'étage supérieur sera séparé en trois studios individuels et en divers modules de vie collective.

Le tout meublé et équipé par nos soins.

Ces logements devront répondre aux normes d'hygiène en vigueur pour ce type d'utilisation.

Ce modèle de structure, respectant à la fois des espaces privés tout en offrant la possibilité de rencontres et d'échanges pourra éventuellement être répliqué en servant d'expérience référentielle.

#### LE PERSONNEL

Un des éducateurs\* du service de suite chargé du secteur santé sera plus particulièrement détaché pour le suivi des résidents de ces appartements. Il devra, assisté du directeur-adjoint, être coordonnateur de cette partie du service afin de prévoir et de planifier l'intervention des différents partenaires engagés dans l'action.

Ces deux coordonnateurs devront avoir un rôle d'information et de lien avec les différents intervenants : hôpital, spécialistes, médecins libéraux, équipe de soins à domicile, infirmières privées, organismes sociaux, bailleurs, etc...

Ils devront être capables d'établir des relations à la fois avec les résidents en prenant compte des différentes dimensions de la personne, mais aussi avec les institutions intéressées.

Leur action sera soutenue et appuyée par les volontaires du groupe AIDES, le service du Dr Humbert et de façon plus générale par les membres d'un réseau de solidarité avec lequel ils seront en liaison.

\* Un infirmier diplômé d'Etat, expérimenté dans le domaine psychiatrique sera prioritairement recherché pour remplir ce rôle.

Un comité technique et scientifique sera constitué pour rassembler et étendre ce réseau de solidarité. Les universitaires, les techniciens, les travailleurs sociaux, les représentants d'associations, etc... qui sont d'ores et déjà attentifs à la mise en place du projet, formeront à l'intérieur de ce comité une instance de soutien, de conseil, d'observation et d'évaluation de la situation mouvante à laquelle nous avons à faire.

## CONCLUSION

Le projet d'appartements thérapeutiques relais pour toxicomanes et malades du SIDA en situation de crise, a créé un mouvement synergique qui exprime et renouvelle une volonté d'échange par delà les cloisonnements disciplinaires, institutionnels ou les spécificités praticiennes. Cette dynamique démontre, si il en était besoin, la mobilisation des acteurs médico-sociaux pour favoriser les réponses sociales aux problèmes des toxicomanes en voie d'insertion et des personnes atteintes par l'infection à VIH et le SIDA. La réalité des faits exige que nous unissions nos efforts pour que la solidarité s'organise tant au niveau des professionnels du terrain que des pouvoirs publics. Ce n'est que dans le creuset d'une coopération intelligente, d'un partenariat cohérent que nous participerons à préserver les droits des personnes et leur dignité. Celle-ci passe par la nécessité d'avoir une place dans la société, parmi les autres hommes et femmes qui la constitue. C'est l'idée maîtresse de notre projet.

Notre présence aux différentes rencontres organisées par l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie dont nous sommes membres, nous a permis d'échanger, de confronter et de tirer l'enseignement des expériences acquises en d'autres lieux. La rencontre avec différents services d'appartements thérapeutiques (collectifs ou individuels) existant sur le territoire français nous a aidés à préciser notre propre projet.

Ces rencontres préalables ont facilité la réflexion sur notre projet en dégagant les axes principaux qui seront :

- 7 studios (7 résidents accueillis)
- 1 antenne administrative
- 1 logement collectif (3 résidents accueillis)
- 6 intervenants (4 temps plein, 1/2 temps, 1/4 temps)

Pareille structure devrait permettre non seulement le suivi des personnes déjà impliquées dans la situation dramatique actuelle mais aussi l'évaluation prospective de défis que nous réserve l'avenir.



201 714

# Fonctionnement du centre d'accueil du Havre

Mme Chantal LANGLOIS  
Melle Marie-Christine SAKALOFF  
Educatrices spécialisées.

A.H.A.T.  
Société Havraise d'Aide aux Toxicomanes  
15, rue du Maréchal Galliéni  
76600 LE HAVRE  
Tél. : 35 21 55 00

## HISTORIQUE DE L'ASSOCIATION

En 1980, un groupe de bénévoles crée une structure : fonctionnement Loi 1901, Association Havraise d'Aide aux Toxicomanes, dont l'objectif est d'informer, de prévenir, de soutenir, toute personne concernée par les problèmes de la drogue ou confrontée à ses difficultés.

A l'origine, l'équipe mise en place était une équipe de prévention dont le but était d'accueillir les toxicomanes, mais aussi d'aller à leur rencontre dans un travail de "rue".

Après avoir traversé un certain nombre de difficultés, l'association décide de faire le point sur le fonctionnement (du centre) et fait appel à une équipe chargée d'évaluer la situation.

C'est ainsi que se met en place une action-recherche conduite par le Docteur CARRIERE, médecin psychiatre, et monsieur Bernard RAME, Sociologue.

Cette action-recherche aboutit à une complète restructuration du service afin de pouvoir apporter une réponse plus adaptée aux problèmes repérés.

## LA TOXICOMANIE AU HAVRE

Actuellement, le local de cette association se situe en centre ville et l'équipe est constituée de deux éducateurs, une assistante sociale, un psychiatre à temps partiel, une secrétaire à mi-temps.

Nos dernières statistiques mettent en relief les points suivants : les femmes représentent un tiers de la population, alors que les hommes représentent deux tiers de toxicomanes.

On note également une forte prédominance de la population comprise entre vingt et trente ans, bien que les consultants femmes soient plus jeunes que les hommes.

La situation économique de l'ensemble reste, quant à elle, assez précaire. On constate en effet que :

- 59,3 % sont sans ressources
- 11,6 % sont salariés
- 7 % vivent de stages rémunérés
- 14 % vivent d'allocations
- 8,1 % sont scolarisés.

Le produit utilisé le plus fréquemment reste l'héroïne, bien que les intoxications médicamenteuses augmentent considérablement.

## ACCUEIL

Assurer l'accueil et la prise en charge thérapeutique des adolescents, jeunes adultes toxicomanes ou usagers de produits toxiques : tel est le premier objectif fixé à l'A.H.A.T.

Le premier contact est pris le plus souvent lors des permanences qui se tiennent cinq jours par semaine, du lundi au vendredi, de 12 heures à 18 heures.

Pourquoi des permanences et non pas un fonctionnement sur rendez-vous ?

Il nous apparaît que la manière d'être du toxico, dans l'agi immédiat, dans le passage à l'acte, ne lui permet pas, du moins dans un premier temps, de se plier à la règle de l'attente. Ceci peut être envisagé plus tard, lorsque la situation de détresse initiale est un peu plus en recul, que des repères sont posés dans l'Institution et auprès des différents intervenants.

Cela suppose une évolution psychologique suffisante, un rétablissement des repères spaciaux et temporels, qui ne peut s'effectuer qu'après un certain travail auprès du toxicomane.

Les toxicos nous arrivent quelquefois par le truchement de l'hôpital.

Là le travail ne se positionne pas de la même façon. Nous intervenons dans une situation où le jeune a déclenché une prise en charge par le système hospitalier, dans l'urgence, et sans notion de contrat avec l'Institution. Dans ce type de démarche, on note :

- tout d'abord une reconnaissance tacite de la toute puissance de la structure hospitalière, vécue comme chargée de le "débarasser" du produit.
- ensuite, non implication du sujet en tant que personne capable d'établir un accord bilatéral avec l'Institution, qui fera l'objet d'un "contrat" avec des modalités particulières et bien définies.

Illusion du toxico que l'Institution va pouvoir régler son problème de toxicomanie sans qu'il ait "quelque chose à voir" avec celui-ci. La toxicomanie devient alors une "maladie" et le toxico s'en remet aux médecins qui ont pour fonction d'"extirper" de son corps l'objet mauvais qui le rend dépendant.

C'est là que réside toute la démarche, si difficile pour le toxicomane, de refaire l'unité entre son corps et sa psyché, de ne plus se sentir exister seulement à travers le symptôme toxicomane, ne plus se vivre comme objet, mais comme sujet.

Le corps est devenu l'objet du plaisir, de l'attention, de la souffrance, objet qui dénie toute autre forme d'existence autre que celle du corps jamais assouvi, répétant à l'infini l'acte orgastique.

L'hôpital est alors vécu comme lieu rédempteur où, grâce au prix payé par le tribut de la souffrance de l'abstinence, le rachat pour une vie nouvelle peut s'opérer. Mais là encore, le toxico se place dans une situation où il est passif, position où il reçoit, où il se "remplit". Désir jamais satisfait de retrouver l'unité perdue.

En revanche, lorsque nous avons commencé un travail auprès du toxico, la demande de sevrage ne se formule plus de la même manière. Mais avant le sevrage, ce qui nous semble important, c'est d'évaluer la demande et de participer à son émergence derrière les différents détours qu'elle utilise pour se dissimuler (exemple : la demande stéréotypée de départ en post-cure après un sevrage ou le sevrage lui-même). L'essentiel de notre travail se joue au travers du décodage de cette véritable demande et de son évolution.

Lorsqu'un sevrage est envisagé, il ne se fait qu'à certaines conditions : tout d'abord, il ne se fait pas dans l'urgence mais à la suite de plusieurs entretiens.

Cette demande, pour pouvoir se concrétiser, fera l'objet d'un contrat d'hospitalisation : huit jours d'hospitalisation, pas de violences, ni d'apport de drogues ou de quelconque produit médicamenteux. Pas de coups de téléphone, ni de visites. Les sorties sont interdites. Les cures chimiothérapeutiques restent classiques (catapressan, noctran, etc...)

Il nous paraît important que cette hospitalisation soit préparée, afin qu'elle ne réponde pas à un coup de tête, à l'espoir de reprendre l'intoxication avec des effets accrus, ou de sortir de problèmes judiciaires, d'une pression familiale, conduisant à des échecs qui peuvent être lourds de conséquences sur l'avenir.

De plus, évaluer le moment propice pour envisager l'hospitalisation reste primordial. En effet, il faut choisir la période de l'hospitalisation lorsqu'elle pourra permettre au sevrage psychologique de prendre le relais, faute de quoi le sevrage physique reste inopérant.

On retrouve l'hypothèse précédemment émise selon laquelle il est essentiel que le toxico retrouve un sentiment d'unité, à savoir un lien entre son corps et sa psyché, pour que le symptôme toxicomaniaque ait quelque chance de disparaître.

## **EVALUATION DE LA DEMANDE**

De la même manière, lorsque les toxicomanes formulent une demande de soins alors qu'ils sont incarcérés, cette demande peut apparaître "forcée" : c'est plus pour le patient l'occasion d'une prise de contact que le début d'une véritable prise en charge thérapeutique.

Le toxico incarcéré subit souvent différentes pressions qui l'incitent à faire appel à nous : désir d'écouter une peine par une négociation visant à faire apparaître sa bonne volonté. Enfin, l'absence de relations avec l'extérieur l'incite à prendre contact avec nous.

Face au sevrage forcé par les conditions de détention, il a souvent besoin d'une aide, d'un soutien.

Souvent, on est tenté de croire qu'une demande, parce qu'elle s'exprime hors de toute contrainte, permet seule d'envisager un travail thérapeutique. L'influence de la démarche analytique classique, nous incite à envisager le problème sous cet angle. Or, les choses ne sont pas aussi simples que cela, et, derrière une demande qui peut apparaître spontanée, se profilent souvent le désir et les pressions qu'exerce l'entourage à l'égard du toxico.

Il faut souvent beaucoup de temps, et un suivi régulier, avant que la véritable demande puisse s'exprimer. Notre travail se situe dans les moyens mis en oeuvre pour déclencher chez le toxico cette prise de conscience. Il nous faut être prudents dans l'évaluation de la liberté souvent très relative qui l'amène à nous rencontrer.

En revanche, un toxico arrivé par le biais de l'injonction thérapeutique, trouvera par celle-ci l'occasion de voir émerger un désir latent, mais qui n'avait pas pu prendre forme. La contrainte extérieure a permis au désir de se révéler.

## **POLYINTOXICATION MEDICAMENTEUSE**

Actuellement, de plus en plus, le centre d'accueil ne reçoit plus le toxico classique, l'héroïnomanie, mais des patients manifestant une polyintoxication médicamenteuse. On peut y voir l'expression de la pénalisation des drogues -(opiacés) - mais ceci ne peut représenter en soi une explication suffisante.

Il est indispensable de replacer le produit dans son contexte socio-économique : comme A. EHRENBURG le commente dans l'un de ses articles intitulé : "l'individu sous perfusion" - "cette toxicomanie d'intégration correspond aux liens qui se sont instaurés entre la concurrence et la sensibilité individualiste des années 80." Le phénomène de concurrence accrue en période de crise dans les entreprises, implique que les ressources individuelles de chacun doivent être démultipliées.

Si, comme le disait Pierre GRELLIER, Directeur des ressources humaines d'APPLE-FRANCE, qui a créé un centre de remise en forme pour ses salariés, et qui déclarait à l'Express : "Le développement de l'entreprise passe par l'épanouissement de l'individu mais il faut qu'il s'épanouisse", on imagine à quel point cette situation typique de l'injonction paradoxale génère des facteurs anxigènes.

Un rapport fait par des médecins du travail de la région parisienne, dans cet article, montre une montée des dépressions nerveuses, des troubles psychosomatiques, et un développement de l'anxiété.

Dans l'esprit de compétition qui anime les entreprises, chacun doit se fabriquer une carapace pour survivre, parce que nous vivons à une époque, ainsi que le souligne EHRENBURG, où le changement est indispensable, "parce que nos représentations de l'avenir sont déstabilisées, parce que les notions d'imprévisibilité, de chaos, font partie d'un rapport normal à la vie, l'individu se sait contraint d'assumer, de faire face, coûte que coûte, et solitairement".

"Les psychotropes nous assistent dans toutes les épreuves de l'existence, ils sont les dopants d'une société concurrentielle où chacun doit pouvoir se prendre en charge. Les psychotropes parlent des formes du lien social dans une société qui est de plus en plus une société d'individus, qui pousse chacun à construire sa propre liberté, à conquérir son identité, jusqu'à s'égarer dans ces étranges chemins familiers qui ne mènent nulle part".

"Vivre pour ne devenir que soi-même, voire plus que soi-même, c'est la face dépressive et anxieuse de l'individualisme triomphant. C'est aussi l'individu réalisé jusque dans son excès.

Individu "accro" qui, cherchant à tout prix à rencontrer autrui, ne rencontre plus personne, seulement lui-même.

Il est possible que le "soi" devienne un jour notre partenaire unique et polyvalent, le "produit" auquel on s'accroche, l'autre ayant disparu, celui-ci n'existant plus que pour permettre de se mesurer à un individualisme forcené."

## FORMATION - INFORMATION

L'ensemble des professionnels qui se sont attardés à prévenir le problème croissant et très actuel de la pharmaco-dépendance, a pris rapidement conscience que le discours sur la drogue pouvait se révéler de pratique délicate.

Jean Bergeret, dans son article "La rumeur drogue", a tenté de rapprocher la globalité du problème drogue de ce que, en mathématique moderne, on appelle "la théorie des ensembles".

"Lorsque, au sein d'un ensemble donné, on fait progresser l'une des composantes de cet ensemble, la valeur totale de l'ensemble augmente automatiquement. On peut donc supposer qu'il en est de même pour "l'ensemble-drogue". Le discours tenu sur la drogue représente l'une des composantes de l'ensemble du problème. Son amplification, même dans un souci qui se voudrait informatif, voir préventif, risque donc, dans une certaine mesure, d'amplifier aussi le phénomène drogue dans sa globalité."

En matière d'information, le problème est d'aborder le phénomène de la pharmaco-dépendance, avant que les sujets ne soient dépendants.

Sous le couvert de campagnes d'information, des entreprises naïves risquent d'augmenter chez certains jeunes l'attrait représenté par une transgression, à la fois angoissante et fascinante. Nous ne sommes pas à l'abri d'abonder dans ce sens dans nos propres démarches d'information. Il est fréquent de transporter, comme le dirait Jean BERGERET : "un virus imaginaire, parfaitement opératoire, le mot "drogue".

En effet, on constate la difficulté éprouvée par les uns et les autres pour ne pas alimenter un discours sur la drogue, opérant comme une véritable rumeur, avec toutes les caractéristiques bien connues de celle-ci.

En qualité d'intervenants en toxicomanie, il nous paraît simple, à première vue, de parler de notre pratique. Cependant, il nous faut être sans cesse vigilants quant à la manière de retraduire notre expérience.

En fait, nos interlocuteurs attendent bien souvent que nous répondions à la demande du mystérieux, du spectaculaire. La drogue, objet d'un fantasme collectif, ne peut être répertoriée dans le quotidien souvent teinté de banalité.

Hors de toute dramatisation, il sera important de répondre en évitant de se centrer sur les toxiques, leur utilisation, mais plutôt en valorisant une approche de type psychosocial.

Enfin, il est indispensable de démystifier le produit : la drogue vécue comme parée d'une toute puissance dont l'individu, la société, deviennent l'objet.

Il est important de rappeler, selon la célèbre citation de Claude OLIEVENSTEIN, que les toxicomanies résultent d'une rencontre entre un terrain psychologique, un moment historique, et le produit. ●



201715

# Toxicomanie et marginalité

Dominique LAUNAY  
Psychologue  
C.D.A.S.T.P. CAEN  
45, rue de Bretagne  
14000 CAEN

## INTRODUCTION

L'idée qui a présidé à la création du Centre d'Accueil et de soins de la rue de Bretagne était bien de créer un lieu spécifique à la prise en charge des toxicomanes.

Mais dès son origine, il y a 9 ans, le centre a eu le souci de ne pas se limiter aux toxicomanes seuls et d'accueillir aussi tous ceux qui ne trouvaient pas leur place dans les institutions existantes, à savoir ces personnes marginalisées, dites en "difficulté d'adaptation sociale".

- Prudence de notre part, sans doute à l'époque, car il était difficile d'apprécier le nombre de toxicomanes qui aurait recours à une telle structure, dans une ville de moyenne importance.
- Conviction maintenant du bien fondé d'une telle idée, qui consiste à ne pas isoler le toxicomane dans une structure créée pour lui afin de ne pas l'identifier à son symptôme, qui serait la prise de produits.

## EVOLUTION D'UN CONCEPT

Ces préoccupations répondent à un questionnement actuel, alors même que le concept de "toxicomanie" est interrogé.

- Ainsi, pour ZAFIROPOULOS, "le toxicomane n'existe pas" : c'est un produit de la Loi de 70, qui repose sur un "arbitraire culturel, clivant en deux classes opposées l'univers des produits (licites et illicites)". Dans cette optique, la consommation de drogue est un symptôme qui se déduit d'un bougé de la culture.
- Pour OLIEVENSTEIN et son école, le toxicomane reste original et particulier, en ce qu'il est détenteur d'un savoir, d'une connaissance liée à la prise de drogue. Son expérience est ineffable, irréductible à toute autre. La force, les propriétés du produit expliqueraient l'intensité de la rencontre.

De ces différentes approches on peut déduire les propositions suivantes :

Certains s'affolent que le toxicomane puisse se réduire à n'être qu'un névrosé, un pervers ou un psychotique.  
D'autres s'accommodent du fait que le toxicomane puisse aussi être un névrosé, un pervers ou un psychotique.  
Soit : la maladie, un + ou un - pour le toxicomane, c'est-à-dire une chance ou un risque ? Tout dépend de la façon dont il s'en arrange.

ou encore, cette alternative :

le toxicomane fait la drogue/ c'est la drogue qui fait le toxicomane. Quel est l'effet, quelle est la cause ? Il est bien difficile de trancher mais à trop vouloir prendre la défense des défoncés (faute peut-être de leur défonce), à trop vouloir leur reconnaître une spécificité, ne risque-t-on pas de les laisser dans la marge, alors qu'ils demandent la norme ?

Mais, revenons à des considérations plus prosaïques.

Volontairement donc, le centre a choisi de s'ouvrir à une pluralité de discours, autour de la marginalité, émanant d'individus qui viennent demander une écoute, que la souffrance évoquée soit liée ou non à une consommation excessive de produits.

Psychotiques ou pré-psychotiques peuvent donc côtoyer héroïnomanes avérés, fumeurs de shit ou délinquants, ainsi qu'anciens toxicomanes s'alcoolisant épisodiquement.

Les limites de cette cohabitation sont faciles à percevoir, et nous avons parfois affaire au prosélytisme du toxicomane cherchant à exercer son influence sur une personnalité mal structurée.

A l'inverse, le statut de "handicapé mental" invalide et titulaire d'une pension, va pouvoir tenter l'héroïnomanie à bout de souffle qui cherche à se ranger.

Entre ces deux écueils, des aménagements sont possibles, qu'il faut bien entendu respecter.

Ainsi en est-il de l'identité de toxicomane revendiquée par le sniffeur de solvants qui sans cela risquerait bien de n'être rien, ou par le consommateur de sirop Nivert qui sans cela risquerait bien de basculer dans la folie, sans oublier ceux qui sans rien prendre, se prennent pour toxicomanes, cette pseudo-identité colmatant un vide vertigineux.

On voit donc que le "marquage" toxicomanie rallie une multiplicité d'individus et autorise certains d'entre eux à s'emparer de cette identité pour exister (moins mal) et venir consulter.

Cette pluralité de discours interroge l'institution qui, si elle se cherche souvent, ne se veut ni un hôpital de jour, ni un dispensaire, ni un centre social, encore moins un centre "anti-drogue".

On y parle toutes les langues, sorte de tour de Babel où le toxicomane ne règne pas en seigneur et maître, avec son jargon stéréotypé et son look d'enfer générateur de séduction ou de répulsion.

Il n'y a pas de réponse type qui serait contenue dans la question du "je suis toxicomane" donc... donc il faut désintoxiquer !

On ne désintoxique pas l'intoxiqué, pas plus qu'on ne socialise l'asocial... si ce qui le fait vivre c'est sa toxicomanie ou sa marginalité.

L'institution laisse à chacun le choix de sa propre destinée, et la liberté d'exprimer ou non une demande.

## **EVOLUTION D'UN DISCOURS : "La dope a changé de mains"**

C'est l'opinion de François (33 ans).

"La dope a changé de mains : je veux dire que les nouveaux toxicos sont des pauvres types. Les années 80 sont pourries.

- Nous, dans les années 70, on se défonceait mais ça voulait dire quelque chose, on était contre le système et on attendait des lendemains meilleurs. On croyait que c'était possible, on faisait ça dans l'espoir de... on arrêterait alors, c'était provisoire.

- mais, on s'est trompé, on est déçu, on se retrouve à 30-35 ans cons, accros au Néocodion.

- les gens du centre sont plus les mêmes. Ils sont malades ou pauvres types. ça me fait flipper de voir ça, ça me fout les boules, entre l'H.P. et leur pension".

Le discours n'est plus ce qu'il était, parce que précisément, il n'est plus énoncé comme un, entier, total, original. Et c'est peut-être ce qui déçoit François.

Il n'est plus tout entier appel à la subversion, révolte contre un ordre établi, revendication d'une jouissance sans limite : "vivre sans temps mort, jouir sans entraves"... tels étaient les mots d'ordre qui "à l'instar du surmoi, fouettaient les corps" (sic) en 68.

Le discours n'est plus ainsi ordonnancé.

Il semble s'être diversifié, en même temps que singularisé : autant de toxicomanes, autant de façons et de raisons de se défonce. L'expérience est unique, et le produit ce que chacun en fait. Au discours tonitruant des années 70, répond une polyphonie de voix.

Et parmi ces voix, il y en a de plus sourdes, qui paraissent vidées de leur souffle, de leur contenu subversif, comme banalisées.

L'expérience n'est plus, pour elles, marquée du sceau de l'indicible, le produit souvent frelaté, devenant controversé, distancié voire délaissé, en tout cas décrit comme défaillant. Le toxicomane semble avoir conscience que l'évasion est une thérapeutique de la douleur d'exister.

La fin de l'illusion marquerait-elle le début du malaise ?

## EVOLUTION D'UNE PRATIQUE

Il s'ensuit que les demandes adressées sont elles-mêmes très diversifiées, et ne se situent plus seulement dans un contexte de manque, ou de pression familiale et judiciaire, impliquant un sevrage précipité.

A ce propos, il est à noter que dans les deux dernières années, nous n'avons reçu aucun toxicomane, au titre de "l'injonction thérapeutique".

Elles sont aussi demandes d'aide, ancrées dans une réalité sociale difficile, où le produit sert tout au plus à supporter la loi de la rue.

Le recours aux institutions (spécialisées ou non) marque la trajectoire actuelle de certains toxicomanes qui, au hasard de leur errance, s'installent dans les centres, y cherchant un étayage à la fois médical, psychologique et social.

On assiste en effet à une recrudescence des hospitalisations qui s'effectuent moins dans un contexte de crise aiguë que de profond désarroi.

Avoir un lieu où se poser, un lit et un couvert, des soins à l'occasion - et même des bilans de santé, deviennent des exigences non méprisables.

La fermeture d'une post-cure dans un département voisin vient par exemple de nous amener quatre toxicomanes originaires de la région parisienne, qu'il a fallu "héberger", car en rupture de produits, d'amis et de logis.

La recherche d'une socialisation même prolétaire est maintenant revendiquée, par le biais du revenu minimum d'insertion. Les demandes d'accompagnement social sont multiples : recherche de stages, de foyers de vie, d'appartements plus ou moins gérés par le centre (sous forme de prêts, de tutelle partielle), constitution de dossiers d'ASSEDIC et parfois d'AAH, demande de prise en charge médicale pour des soins intercurrents à la toxicomanie.

Bref, aides de toutes sortes, où la notion d'anonymat perd son sens, les patients eux-mêmes nous demandant d'intervenir nommément auprès d'un employeur, d'un organisme social, voire de l'entourage familial. ... autant de façons de rentrer dans le rang.

Vivre "sans toit ni loi" n'est plus le défi que de quelqu'uns qui prennent le risque de la transgression et se retrouvent souvent en prison.

Les demandes enfin de soutien psychologique et même psychothérapique deviennent plus fréquentes. Et à titre de boutade, comme le faisait remarquer récemment un psychiatre de l'institution : "on aura tout vu, ils demandent même qu'on les aime !"

Comment faire ?

Après que la majorité de l'équipe ait vécu un temps dans l'illusion que tout le monde pouvait tout faire, l'identité professionnelle et personnelle de chacun s'est peu à peu imposée, ce qui nous autorise maintenant à intervenir tant au niveau duel qu'institutionnel, sans risque de confusion.

Face à une clientèle dont encore une fois, la caractéristique est d'être diverse et en perpétuelle mouvance, l'équipe ne peut proposer de réponse unique et immuable.

Quoi de commun entre :

- le schizophrène stabilisé qui vient parler quotidiennement de tout et de rien,
  - le marginal qui crée des liens pour mieux les rompre, qui disparaît et puis revient,
  - le "dissocié" prêt à tomber,
  - le toxico de longue durée, réinséré,
  - le vieil anar, grand alcool, grand alcool,
  - le faux défoncé, vrai prostitué,
  - le vrai défoncé, venu défoncé pour décrocher,
  - le jeune égaré ne sachant où se loger,
  - le grand mégalo, braillant très fort qu'il ne veut rien, qu'il est le roi de l'héroïne à tout jamais...
- ... and so on.

La prise en charge au centre est à la fois collective et individuelle :

collective en ce sens que la dimension de l'accueil y est primordiale : certains patients y passent des journées entières, et cela pendant plusieurs mois. D'autres plus occasionnellement, pendant plusieurs

années. L'organisation des permanences fait qu'ils s'adressent alors à tout le monde, et à travers des demandes ponctuelles, nous conduisent à répondre. Si le personnel est interchangeable, le lieu semble très investi, fonctionnant différemment suivant les besoins :

- véritable refuge où l'on se niche, sorte de "contenant" pour certains qui font confiance à l'institution dans son ensemble, et manifestent leur frustration aux heures et jours de fermeture.
- lieu de transit et de rencontre où l'on dépose sacs, messages, souvenirs et parfois textes, poèmes ou mélodies.
- point de repère, d'ancrage à tous ceux qui continuent à y recevoir leur courrier, longtemps après même qu'ils aient élu domicile ailleurs. Lieu devenu lien symbolique dans une trajectoire souvent insensée.

prise en charge individuelle aussi, en ce sens qu'un interlocuteur de référence est toujours nommé, référence qui peut être durable, et déboucher sur une relation suivie.

Il n'en reste pas moins qu'avec les toxicomanes une prise en charge spécifique est difficile, et qu'il faut sans cesse s'adapter, s'engager, inventer, redéfinir un projet.

La notion de contrat par exemple, si chère aux intervenants en toxicomanie, s'est assouplie dans nos têtes et dans notre fonctionnement, parce qu'énoncée souvent trop formellement : c'est la règle, et on n'en parle plus. Or, on peut parfois parler d'une cuite aigue ou de deux nuits d'absence, et sanctionner la découverte de quelques Valium... Parce que chaque contrat est singulier, et la notion de limite est ce qui constituera peu à peu le sujet.

Le fonctionnement du centre se veut donc souple : s'il est en effet compliqué que tout le monde voit tout le monde, ce à quoi nous contraint le toxicomane, il ne s'agit pas de refuser le dialogue.

Ce qui semble primordial, c'est que le soignant ne soit pas dans l'oubli, c'est-à-dire qu'il puisse se souvenir :

- qu'il y a un interlocuteur de référence
- et aussi qu'il y a eu avant lui, d'autres intervenants, d'autres institutions dans l'histoire du sujet... c'est-à-dire qu'il serve de mémoire à quelqu'un qui a souvent oublié, ou qui refuse de se rappeler.

C'est le cas de Patrick et de beaucoup d'autres, qui ont derrière eux, un long passé institutionnel, datant de l'enfance ou de l'adolescence.

Patrick a rencontré la défonce à l'âge de 16 ans, et depuis rien que la défonce et la délinquance associée (aucune insertion sociale, professionnelle ou familiale).

Parcours jalonné de séjours en centres ou familles d'accueil, hôpitaux, post-cures, communautés religieuses. Temps ponctué de périodes d'accalmie, suivies de rechute.

Il nous arrive à 30 ans pour une énième cure de sevrage et un énième essai de post-cure, et l'illusion que c'est la première fois qu'il tente quelque chose, et le désespoir de sentir qu'il risque de tout faire échouer.

Une partie du travail avec Patrick consiste à l'aider à imaginer un autre monde, un monde sans drogue, vis-à-vis duquel il oscille entre l'horreur et le merveilleux.

C'est aussi essayer de redonner un sens à une existence marquée de répétition, de ruptures, en tenant compte de ce qui s'est déjà passé.

Car, les souvenirs, c'est aussi ce qu'on a oublié.

## CONCLUSION

Faut-il conclure comme François :

"Les gens du centre sont plus les mêmes, ce sont des malades ou des pauvres types ?"

François lui-même n'est plus le même, après dix ans de défonce : une toxicomanie "légale" à la Codéine, une chambre financée par le RMI, et un discours amer qu'il répète : "la dope a changé de mains".

Qui s'en est emparé ?

Des individus séparés, la Société... ?

Le toxicomane est-il un symptôme social qui s'adapte ?

Il semble en tout cas qu'il se soit banalisé, et que circulant à visage découvert, il prenne plus les traits d'un malade ou d'un marginal que d'un extra-terrestre.

Aurait-il gagné en subjectivité, ce qu'il a perdu en originalité ? ●

# Evolution d'un centre d'accueil spécialisé

Catherine SAMUEL  
Nathalie BROCHEC  
Gérard ELIE  
Intervenants de l'A.R.I.R.T.  
ROUEN

**L'**intitulé de cette intervention "évolution d'un centre d'accueil spécialisé" ne se nourrit pas d'un intérêt historique, mais s'inspire du cheminement qu'il nous a été donné de suivre de par nos réflexions cliniques, réflexions qui nous ont conduits à des remaniements au niveau de notre pratique même.

Notre propos sera donc de faire sentir, en quoi le cadre institutionnel a été amené à se modifier par rapport au fonctionnement originel.

A sa création, l'A.R.I.R.T. proposait des permanences, où la disponibilité de l'équipe garantissait l'accueil du toxicomane dans l'immédiateté, sous forme d'entretiens duels.

Cette modalité répondait à cette époque, au souci d'échapper à la confrontation du regroupement des toxicomanes, par crainte d'un débordement ; notre idée d'alors reposant sur une conception du toxicomane, véhiculée par le discours médiatique... à savoir pervers, manipulateur, toujours au-delà de la loi.

Chaque toxicomane avait son référent, chaque référent avait son toxicomane !

Ce cloisonnement invalidait toute possibilité d'interférence et de lien dans l'équipe, compromettant de ce fait, un écho unitaire tant théorique que pratique.

L'enseignement que la clinique nous a donné à voir, ainsi que notre questionnement théorique, a permis l'abandon progressif de cette rigidité de fonctionnement.

Ce qui nous amène à pointer l'importance du travail d'équipe et la nécessité de se confronter, lors de la réunion clinique hebdomadaire, à l'évolution des suivis, pour permettre la réflexion, le doute, les interrogations. Assurer par la-même aux membres de l'équipe et à l'institution, la possibilité de penser, éviter la saturation psychologique, mesurer et se dégager des investissements passionnels et trop massifs, pour faire exister, au regard de notre population, le cadre institutionnel comme contenant.

Entre discours et réalité, la nécessité de moduler l'accueil nous est apparu au regard de la clinique.

Ainsi, se met actuellement en place un accueil informel permettant au toxicomane de passer, prendre un café, rencontrer l'autre, sans pour autant être pris dans l'obligation de parler à son référent, dans le cadre de ses repères habituels.

Souplesse de la rencontre, où le choix est laissé entre la relation duelle, qui peut faire violence à l'occasion si la démarche est fragile, et une relation de groupe, favorisant une autre communication au sein d'une même identité collective.

Dans ce lieu, il n'est pas question de "plans-drogue", mais un effort d'authenticité, d'échanges sur leur difficulté et de soutien mutuel, fort de leur expérience particulière.

De là, le projet d'exploiter cette situation à travers l'idée de rencontres régulières d'un groupe cinéma, sur la base de ce support audio-visuel, nous échangeons sur des thèmes tels que l'amour, la mort, la crise adolescente, l'errance, les relations humaines, ceci dans un contexte différent de celui qu'offre les lieux qu'ils fréquentent habituellement.

L'accueil des familles présente également un terrain de remaniement de notre pratique, ce à la lumière de notre expérience clinique, qui nous a engagé à le penser et le mettre en pratique.

En effet, l'A.R.I.R.T. à sa création a fait fonctionner un accueil des personnes touchées par la toxicomanie d'un de leurs proches, dans la perspective d'une ouverture sur la question susceptible d'apporter une mutation quant à la compréhension de la problématique ; l'association se définit actuellement un nouveau versant d'activité en inaugurant des entretiens comptant tous les membres de la famille.

A entendre la toxicomanie en résonance avec la dynamique familiale comme symptôme de son dysfonctionnement, il s'agit d'écouter, de faciliter la verbalisation de l'angoisse et des conflits familiaux. D'apprécier par ailleurs la répartition des rôles, la place du toxicomane, sa fonction dans le système-famille et la circulation

de la communication pour tenter de dénouer les liens et les noeuds de l'histoire individuelle et commune. Le travail avec les familles peut se limiter à quelques entretiens visant à replacer le symptôme à sa juste valeur, sans dédramatiser mais dans un processus de déculpabilisation. Il n'exclut, en aucun cas, dans le même temps, le suivi individuel du sujet toxicomane avec un autre référent de l'équipe.

Par ailleurs, l'A.R.I.R.T. a saisi l'opportunité d'une collaboration avec une association de réinsertion pour jeunes délinquants à vocation humanitaire auprès des pays en détresse.

Ce projet de mission humanitaire en Arménie a ouvert à notre institution une optique particulière quant à la prise en charge de la population toxicomane.

D'une relation avec 2 jeunes adultes basée sur la parole et balisée par des repères stables (rendez-vous hebdomadaires, pas d'interférence avec la réalité), il s'est agi de suivre un groupe hétéroclite et de mener à bien une mission, avec toute l'insécurité que suppose une telle aventure.

Cette association a assuré la formation au permis poids-lourd et à la mécanique, leur a permis de penser des perspectives d'avenir en ce domaine et d'attester de solides références professionnelles.

Voici quels points ont motivé notre décision de participer à une telle initiative :

- vivre au quotidien des rapports autres avec des personnes issues d'horizons différents, en rupture avec l'environnement familial et familial (notamment le milieu de la drogue).
- se confronter à des réalités culturelles et sociales inconnues, se confronter sur place à une souffrance humaine qui amène au questionnement de sa propre souffrance ; le contact avec la population arménienne ayant induit, le temps du voyage, une relativisation de leurs interrogations sur leur malaise existentiel pour "donner" aux autres pressentis comme moins nantis.
- prendre en charge une fonction, assumer les responsabilités qui y incombent, se faire une place en gérant ses relations, que ce soit dans le conflit ou la convivialité = vivre la palette relationnelle et entrevoir l'ambivalence.
- au niveau du suivi plus spécifique, se ménager des moments opportuns permettant de penser le voyage, les rapports inter-individuels, les difficultés et les errances intérieures, en résonance avec le travail psychique amorcé à l'A.R.I.R.T. et dans la continuité de la relation instaurée.

Ce projet est soutenu au retour, par un maintien de l'investissement = proposition de participation à d'autres missions, démarches de recherche d'emploi.

Du point de vue du continuum à l'A.R.I.R.T., si la mission a été choisie et définie comme une parenthèse quant à ses modalités habituelles, le retour a été marqué par une reprise des entretiens où le voyage n'est plus que parlé et s'inscrit positivement dans la dynamique relationnelle qui retrouve ses repères antérieurs.

Afin d'illustrer cette évolution des modalités de prise en charge je vous propose de vous parler de Rose que je rencontre à l'A.R.I.R.T. depuis près d'un an à raison de 2 ou 3 fois par semaine.

Rose est une femme jeune de 35 ans qui a vécu depuis l'âge de 14 ans un très lourd passé institutionnel. Foyers, hôpitaux généraux et psychiatriques, post-cures.

C'est également à cet âge que Rose commença à utiliser les drogues : hashish, LSD, héroïne, cocaïne, anxiolytiques, alcool, champignons hallucinogènes, etc...

A l'heure actuelle Rose est encore prise en charge mais dans une structure beaucoup plus légère telle qu'un hôpital de jour ; elle vit seule dans un appartement.

N'étant pas entourée 24 h/24, Rose a une demande massive auprès de moi ; la relation transférentielle est de type maternel.

Les entretiens sont tout-à-fait particuliers. Assises toutes deux sur des coussins, sa tête posée sur mon ventre, Rose parle sa souffrance, sa difficulté à être.

Sa demande à mon égard est envahissante et dévorante et là, l'équipe s'avère importante pour m'épauler activement de par sa présence et la mobilisation générale face à l'avidité de la demande.

La présence de l'équipe me permet à chaque instant de parler de ma relation à Rose, ce n'est plus moi qui devient ce corps maternel désiré mais toute l'institution.

En conclusion, nous pouvons dire que le fonctionnement de l'A.R.I.R.T. aujourd'hui, ne se soutient pas d'un discours extérieur à la réalité clinique.

Réalité à laquelle nous tendons à nous adapter...

En résumé, au fil des discours, un métier à tisser... ●

201344

# Actualité des injonctions de soins

Mme V. LELANDAIS  
Psychologue DDASS Saint Lô.

## LA LOI DE 1970

Les injonctions thérapeutiques existent depuis 1970, mais un texte de 1953 prévoyait l'injonction de soins. L'injonction de soins a été remise en place en 1987, auparavant, elle était peu ou pas appliquée.

Cette loi précise que toute personne usant de stupéfiants est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire. Ce placement concerne :

- . Les personnes signalées par le Procureur de la République.
- . Les personnes signalées par les services médicaux et sociaux.
- . Les personnes qui se présentent spontanément aux services de prévention et de cure.
  
- . Les personnes signalées par le Procureur :

Le Procureur enjoint à une personne de suivre une cure de désintoxication et en informe l'autorité sanitaire.

L'autorité sanitaire fait procéder à un examen médical et à une enquête sociale, familiale et professionnelle. S'il apparaît que cette personne est intoxiquée, elle l'enjoint à se présenter dans un établissement agréé pour suivre une cure. Le toxicomane doit envoyer à l'autorité sanitaire un certificat médical précisant le début des soins, la durée probable de ceux-ci.

Enfin l'autorité informe le Parquet de la situation médicale et sociale de la personne.

Si le processus de soins est interrompu, le médecin-soignant doit prévenir l'autorité sanitaire qui en informe le Parquet. Lorsque la personne n'est pas intoxiquée, elle est placée sous surveillance médicale.

- . Un médecin, une assistante sociale saisit l'autorité sanitaire.

Un examen médical, une enquête sociale sont effectués, la personne doit suivre une cure ou est placée sous surveillance médicale. Elle doit envoyer un certificat médical de suivi de soins à l'autorité sanitaire.

Lorsque l'injonction thérapeutique provient du Procureur de la République, la personne peut la refuser. Si elle accepte l'injonction, les poursuites judiciaires sont suspendues. En cas d'arrêt des soins avant la fin, les poursuites judiciaires reprennent.

La loi de 70 prévoit la répartition des dépenses de prévention, ainsi que des soins et de l'hospitalisation des personnes intoxiquées, entre l'état et le département.

## LE DECRET DE 1977

Ce décret définit ainsi la cure de désintoxication :

- . soit hospitalisation continue ou partielle avec des périodes dans une famille d'accueil
- . soit cure ambulatoire
- . soit une surveillance médicale effectuée par un médecin agréé.

Les médecins sont agréés par le Préfet du département et tous les médecins psychiatres des services hospitaliers publics sont agréés d'office.

## **LES INJONCTIONS THERAPEUTIQUES DANS LE RHONE, EN GIRONDE, A PARIS.**

La loi de 70 est un cadre pour l'application des injonctions, mais il existe des différences dans le mode de fonctionnement des différents services.

### **LE RHONE :**

Est un département pilote dans l'application de cette loi.

L'organisation est la suivante :

Tous les soirs, un médecin DDASS effectue une permanence au commissariat de police. Son rôle est de procéder à l'examen médical (obligatoire toutes les 24 heures) des toxicomanes en garde à vue. Ce médecin, suite à l'examen, indique s'il y a lieu à une injonction thérapeutique. Cet avis est repris - ou non - par le Procureur.

Un coordinateur, lorsque l'injonction est décidée, contrôle le suivi ou non des soins. Ce coordinateur n'a aucun rôle soignant. Un rendez-vous est pris trois mois après l'injonction, afin d'évaluer la situation du toxicomane.

### **A BORDEAUX :**

Le Procureur donne connaissance au toxicomane de la loi, en présence d'un médecin DDASS. Si le toxicomane accepte les soins, un point sur sa santé et les possibilités de soins sont faits. Un engagement entre l'intéressé, l'autorité sanitaire et le Parquet est pris et signé. Si les soins sont interrompus, les poursuites sont exercées.

Le service DDASS est l'intermédiaire entre le toxicomane (qui lui remet les certificats médicaux) et la justice. Une liaison hebdomadaire DDASS - Justice règle ce mode de fonctionnement.

Il est à préciser que lorsqu'il y a rupture des soins, le médecin DDASS recherche la cause de cet arrêt des soins. Il contrôle avec les soignants si cette rupture fait part du processus thérapeutique ou bien si le toxicomane teste l'équipe et la loi. Dans ce dernier cas, le Procureur rappelle la loi au toxicomane.

### **A PARIS :**

Les injonctions existent depuis 1969.

Il existe un bureau DDASS dans le Palais de Justice.

Une enquête sociale est effectuée puis le Procureur décide si l'injonction doit être prononcée, ou bien l'avertissement ou encore le jugement.

La personne sous injonction rencontre le médecin DDASS qui émet un avis :

- hors injonction
- cure hospitalière
- cure ambulatoire
- refus de la mesure

Ce médecin effectue le suivi de la mesure et envoie au Procureur un bilan-type qui indique la poursuite des soins, l'arrêt des soins ou encore la fin des soins.



## NOTRE PRATIQUE DANS LA MANCHE :

Il y a très peu d'injonctions dans la Manche. Cependant, nous avons mis en place une procédure après concertation avec les Procureurs de la Manche.

- . Le Procureur signale la mesure d'injonction au service DDASS.
- . Nous prenons un rendez-vous avec le toxicomane et réalisons :
  - une enquête sociale, professionnelle et familiale rapide
  - le médecin effectue un examen médical
  - nous proposons les différents modes de soins existants dans la manche
    - . médecins généralistes agréés
    - . hospitalisation en hôpital général
    - . hospitalisation en hôpital spécialisé
  - nous proposons les solutions hors département
    - . centres de cure.
- . La personne choisit parmi les propositions, elle doit prendre rendez-vous avec le médecin, ou le centre choisi.
- . Après quatre mois, la personne doit envoyer au service la fin des soins.

Le service informe le Procureur de la situation de la personne après quatre mois et en fin de traitement. Si les soins ne sont pas suivis, le médecin soignant informe le service qui en informe le Procureur. Les informations circulent entre le service DDASS et le Procureur, sous forme de lettres types qui précisent uniquement le suivi, la fin ou l'arrêt des soins. Aucune information médicale n'est donnée dans ces documents.

Une possibilité de familles d'accueil existe dans la Manche, ces familles sont agréées et ont fait l'objet d'une convention avec l'association CODIDA.



# Evolution dans l'application de la loi de 1970

A. OSMONT  
Juge d'Instruction  
CAEN.

201345

**Q**uelque soit le jugement que chacun porte sur la loi de 1970, tout le monde s'accorde à reconnaître qu'elle traite le problème de l'usage et du trafic de stupéfiants de façon globale. Paradoxalement, c'est à partir de 1970, année de cette loi, que le nombre d'usagers a augmenté très régulièrement comme le montrent les différentes statistiques des services de Police ou celles du Ministère de la Justice.

Les interpellations pour usage illicite sont ainsi passées en France de :

2 053 en 1973 à 9 965 en 1985 et 21600 en 1986 ;

pour les usagers trafiquants, et pour les mêmes années les chiffres sont :

546 , 3 054 et 4 540 (sources : OCRTIS).

L'institution judiciaire a, en 1986, condamné plus de 4 000 personnes pour les usagers simples et plus de 4 200 pour les usagers revendeurs.

Puisqu'il s'agit d'activités à caractère illégal, les chiffres qui évaluent l'importance du phénomène sont discutés et nécessairement approximatifs. Si le nombre des utilisateurs de cannabis est d'environ 500 000 (deux à trois millions de français en auraient utilisé occasionnellement), les cocaïnomanes seraient 400 000 et les héroïnomanes entre 20 000 et plusieurs centaines de milliers, chiffres variant selon les sources.

Face à un phénomène aussi important, l'institution judiciaire a dû s'adapter en fonction :

- . des textes à appliquer (la loi de 1970 a été "lue" différemment selon les périodes et les lieux. En pratique, l'étendue de cette loi a été parfois limitée par de simples circulaires).
- . de la politique pénale que les gouvernements et les ministres de la Justice ont souhaité mettre en oeuvre.
- . des réactions du corps social et de l'opinion qui n'a, semble t-il, plus le même comportement à l'égard des stupéfiants, distinguant très nettement le toxicomane du trafiquant, ce qui n'était pas aussi net au début des années 1970.
- . des moyens mis à sa disposition (on ne peut avoir que la politique pénale de ses moyens). Il ne s'agit pas que de moyens matériels, mais également des règles de procédure et de droit pénal adaptées aux différentes infractions en rapport avec les stupéfiants.

Pour la clarté de l'exposé, et pour ne pas être trop long, je n'évoquerai l'évolution depuis la loi de 1970 que pour trois situations juridiques différentes : l'usager-simple, l'usager-revendeur et le trafiquant.

Je rappellerai brièvement les spécificités de la loi de 1970 pour chacune de ces catégories et, partout, les modifications qui ont été introduites par des textes ou la jurisprudence postérieurement à 1970. Les brèves remarques qui vont suivre n'ont évidemment pas la prétention d'être exhaustives.

## L'USAGER-SIMPLE :

La loi de 1970 a créé le délit d'usage (y compris solitaire) de produits stupéfiants, ce qui a posé aux juristes des problèmes de principe (s'agissait-il d'une atteinte à certaines libertés fondamentales, telles le droit de chacun pour son propre corps, le droit au respect de la vie privée ou l'inviolabilité du domicile), mais aussi des difficultés d'application (comment constater de telles infractions).

Pour bien montrer que l'utilisateur était un malade et pour lui permettre de se soigner, ont été créées les injonctions thérapeutiques (si le malade se soigne, il n'est pas poursuivi), controversées à la fois dans les milieux médicaux et judiciaires (peut-on être, pour un même fait, malade ou délinquant).

En outre, le système de l'injonction était paradoxal pour le cannabis : une cure de désintoxication n'est pas, en effet, justifiée pour la consommation de hashich et de marijuana, et ce toxicomane n'ayant pas, selon les médecins, besoin de soins importants, se trouvait davantage pénalisé que l'héroïnomanie qui, en se faisant soigner, pouvait donc échapper aux sanctions pénales. La circulaire du ministre de la Justice du 17 mai 1978 a largement dépénalisé l'usage du cannabis en recommandant aux parquets une procédure de mise en garde.

Ce texte, d'une valeur juridique très juste (il peut être modifié par une autre circulaire) a pourtant marqué un tournant important dans le droit de la drogue dont la loi de 1970 est le texte de base.

Cette évolution peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- . la difficulté pratique de faire appliquer la loi pour un usage qui se répandait et la nécessité de concentrer la répression sur des infractions considérées comme beaucoup plus graves (revente, trafic).
- . la dépénalisation de fait de la consommation des drogues dites "douces".
- . les variations considérables de jurisprudence des différents Cours d'Appel pour l'infraction d'usage simple.

## L'USAGER-REVENDEUR :

L'utilisateur-revendeur pose un problème particulier puisqu'il ne peut être assimilé, le plus souvent, au trafiquant (il ne revend que pour consommer lui-même), mais favorisant la consommation, il est un facteur de développement de la toxicomanie.

Compte-tenu, d'une part, de la loi de 1970 et d'autre part, d'un texte créé en 1986 spécifiquement pour ce type de délinquance, l'utilisateur revendeur a la particularité de pouvoir être poursuivi sous plusieurs incriminations :

- 1° comme usager simple (L. 627 du Code de la Santé Publique) punissable de deux mois à un an d'emprisonnement et/ou une amende de 500 à 15 000 F.
- 2° comme trafiquant (L. 628 du C.S.P.) punissable de deux à dix ans d'emprisonnement et/ou une amende de 5 000 F à 50 000 000 F.
- 3° pour provocation à l'usage (L. 630 du C.S.P.) un à cinq ans d'emprisonnement et/ou amende de 5 000 F à 500 000 F.
- 4° depuis la loi du 17 juin 1986 pour "fourniture de stupéfiants à des personnes pour leur consommation personnelle" (nouvel article L. 627-2 du C.S.P. qui prévoit les mêmes peines que pour l'infraction précédente).

Ce dernier a été créé pour permettre d'utiliser la procédure dite de comparution immédiate, c'est-à-dire le jugement devant un Tribunal Correctionnel immédiatement après la période de garde à vue. Cette procédure de comparution immédiate n'est possible que dans l'hypothèse où la peine encourue est de deux ans minimum et de cinq ans maximum (ce qui exclut les délits d'usage simple et celui de trafic).

Une nouvelle infraction a donc été créée pour sanctionner rapidement les "dealers".

Concrètement, les Cours et Tribunaux jugent sévèrement les usagers revendeurs qui sont plutôt considérés comme trafiquants plutôt qu'usagers même si, pour leur défense, ils insistent davantage sur leur qualité d'usager (qui est souvent réelle). Le revendeur occasionnel est parfois considéré comme usager mais la lecture des différentes circulaires ministérielles de 1977, 1984 et 1987 montre que la politique pénale a été assez fluctuante sur ce point précis.

Il faut noter au passage que le toxicomane qui, sous l'emprise de stupéfiants, commet des infractions (trafic mais également vols, coups et blessures, etc...) ne peut, selon la jurisprudence, être considéré au moment des faits comme dément ou ayant agi sous une contrainte à laquelle il ne peut résister. Il ne peut donc invoquer l'Article 64 du Code pénal qui prévoit que dans cette hypothèse l'infraction n'existe pas.

Le fait d'être commis sous la dépendance de stupéfiants ne constitue pas, pour l'auteur d'un crime ou d'un délit, une circonstance aggravante, ni une circonstance atténuante (ce point est cependant discuté par la doctrine).

## LE TRAFIC :

Le trafic est logiquement beaucoup plus réprimé que le consommateur ou celui qui incite à l'usage (ce délit d'incitation n'a pas été examiné dans ce bref exposé).

Je souhaiterais en dire quelques mots pour rappeler que des sanctions exceptionnelles (au sens premier de ce terme) ont été créées par la loi de 1970 et ont été renforcées depuis.

L'évolution, sur les vingt dernières années montre que le législateur a alourdi les sanctions possibles contre le trafiquant, alors même qu'il constatait qu'il était impossible d'enrayer l'augmentation régulière de la toxicomanie. Certains textes auraient ainsi davantage une fonction incantatoire, selon certains auteurs, qu'une efficacité réelle.

L'infraction de trafic de stupéfiants (art. L. 627 du C.S.P.) est un véritable "délict criminel", c'est-à-dire, une aberration juridique puisque les peines encourues correspondent à des sanctions réservées aux infractions qualifiées crimes alors qu'elles sont prononcées par des tribunaux correctionnels (ainsi un trafiquant qui importe ou produit des stupéfiants, encourt, en état de récidive, quarante ans d'emprisonnement).

Des lois postérieures à 1970 ont encore alourdi les sanctions (en créant ainsi une période de sûreté de dix huit ans comme les crimes) et une loi particulière (loi du 31 décembre 1987) a prévu des exemptions ou des atténuations de peines au profit des trafiquants délateurs ou repentis (Article 627-5 du C.S.P.).

Ces textes s'ajoutent à des règles de procédure exorbitante du droit commun (possibilité de perquisition la nuit, garde à vue, qui peut être portée à 96 heures) et la possibilité de cumuler les sanctions pénales et les sanctions douanières.

Pour conclure, je préciserai que dans un tribunal comme celui de Caen, les magistrats ont davantage à connaître des infractions commises par des toxicomanes (vols simples ou avec violence, cambriolages, coups et blessures voire meurtres) plutôt que des délits relatifs à l'usage, la vente ou le trafic de stupéfiants. Les délinquants toxicomanes réagissent alors souvent comme les délinquants alcooliques ("j'ai agi ainsi parce que j'étais en manque" ou "je planais") espérant ainsi bénéficier de circonstances atténuantes.

Mais il ne s'agit plus, fréquemment, de toxicomanes utilisant une seule drogue mais plusieurs et l'utilisation de "drogues du pauvre" (produits solvants, mélange de médicaments) est fréquente. Pour cette raison, il est difficile de quantifier et de mesurer, même localement, un phénomène qui est beaucoup plus éclaté que ne l'indiquent généralement les statistiques.



201 717

# Fonctionnement de l'Antenne Toxicomanie de la maison d'arrêt de Rouen

B. CREVIER  
J. BARAT  
D. MASO

## HISTORIQUE

L'augmentation massive des toxicomanes incarcérés dans les années 1980 a conduit les Pouvoirs Publics à mettre en place une structure spécifique au sein des Maisons d'Arrêt : les Antennes de Toxicomanie.

Il s'agissait de "profiter" de l'incarcération pour sensibiliser ces toxicomanes à l'idée d'une prise en charge spécialisée pendant leur séjour carcéral et à l'issue de la peine de préparer leur sortie.

En effet, il avait été constaté (R. INGOLD, "les toxicomanes incarcérés") que la grande majorité des toxicomanes incarcérés n'avait non seulement jamais été prise en charge à l'extérieur mais que ceux-ci n'avaient pas non plus connaissance des structures de soins.

Il s'agissait donc de permettre à ces sujets de prendre conscience que leur toxicomanie pouvait être abordée avec des spécialistes et qu'une issue personnelle, sociale, psychologique pouvait exister.

Cette idée a été concrétisée par la mise en place par l'Administration Pénitentiaire et le Ministère de la Santé de quatre Antennes de Toxicomanie expérimentales en février 1986.

Quatre sites furent choisis : Fleury Mérogis et Bois d'Arcy (dans la région parisienne car on sait que cette région est particulièrement concernée), Lyon et Varcès, pour voir quelle était l'ampleur du phénomène dans une importante Maison d'Arrêt de province et dans une Maison d'Arrêt de dimension plus restreinte.

Ces quatre antennes expérimentales devaient fonctionner pendant un an, faire leur bilan ; à partir de celui-ci on aurait décidé de l'avenir de ces antennes et leur éventuelle extension.

En fait, devant l'immédiat succès de ces antennes et surtout l'importance du phénomène toxicomanie sur le plan politique, la création d'autres antennes sur le territoire fut décidée en 1986 (avant le bilan des 4 expérimentales) et on vit ainsi 12 antennes naître en 1986 et 1987 dont celle de Rouen (décembre 1987).

Aujourd'hui, il en existe 18.

## FONCTIONNEMENT

Une Antenne de Toxicomanie est rattachée à un Service Médico-Psychologique Régional et se trouve placée sous la responsabilité du médecin chef du S.M.P.R.

A Rouen, l'antenne comprend :

- . 2 psychologues à temps plein : Madame MASO et Monsieur LE MALEFAN.
- . 1 assistante sociale à temps plein : Madame BARAT,
- . 1 secrétaire médicale à temps plein : Mademoiselle CARRE.

Avant d'envisager le fonctionnement actuel de l'antenne, il faut rappeler les conditions particulières à l'antenne de Rouen :

- . L'antenne a été mise en place avant la création officielle du S.M.P.R. Celui-ci ne comprenant qu'un praticien temps partiel et un cadre infirmier, ce qui a amené l'antenne à "renforcer" le S.M.P.R. et concrètement à prendre en charge des détenus non toxicomanes.
- . La mise en évidence d'un grand nombre de détenus ayant un problème avec l'alcool a conduit Pascal LE MALEFAN à travailler en direction de ces patients dans le cadre d'un projet de création d'une antenne spécifique d'alcoologie. Concrètement, cela a signifié que l'Antenne de Toxicomanie ne disposait plus que de 3 temps plein (au lieu de 4).

Le fonctionnement des Antennes de Toxicomanie est défini par un cahier des charges qui précise notamment les missions des antennes, assurer :

- l'accueil de tous les entrants en vue du dépistage,
- le recueil des données,
- l'orientation vers la structure appropriée pour le sevrage,
- les entretiens individuels ou collectifs permettant d'informer les détenus de l'existence du dispositif de soins et des structures spécialisées publiques ou privées et les inciter à prendre contact avec elles,
- la prise en charge socio-éducative en collaboration avec l'équipe socio-éducative de l'établissement pénitentiaire,
- les interventions éventuelles en direction des familles des détenus toxicomanes en liaison avec les services déjà concernés,
- la recherche d'un hébergement, d'une insertion sociale et professionnelle, d'une post-cure ainsi que le suivi en liaison avec le C.P.A.L. compétent,
- la coordination des actions de l'ensemble des équipes appelées à intervenir.

Concrètement, le dépistage et l'accueil des entrants est assuré pour l'ensemble S.M.P.R. - Antenne Toxicomanie - Antenne d'Alcoologie par un membre de l'équipe (c'est-à-dire membre d'une des trois structures).

Lors de cet entretien d'accueil, le détenu est informé de l'existence de l'Antenne de Toxicomanie. On lui remet un document présentant les noms et fonctions des membres de l'antenne en lui proposant de leur écrire afin d'obtenir un rendez-vous.

Par retour du courrier, le détenu est informé de la date de son rendez-vous.

Suivant le courrier reçu par l'Antenne Toxicomanie, l'assistante sociale ou la psychologue se rend auprès du détenu.

Selon la demande qui apparaît à ce moment, c'est soit un suivi social, soit un suivi psychologique, soit les deux en complémentarité (en parallèle ou consécutivement) qui va être entamé. En effet, nous tenons à conserver notre spécificité professionnelle. Il s'agit donc là de suivis individuels spécialisés à la demande du détenu.

L'antenne a d'autres moyens d'actions :

- les groupes de paroles,
- les activités liées à l'Antenne Toxicomanie (sport, théâtre, peinture, musique),
- la formation auprès des surveillants ou d'autres professionnels.

#### **QUELQUES CHIFFRES EXTRAITS DE NOTRE BILAN D'ACTIVITES 1988-1989 :**

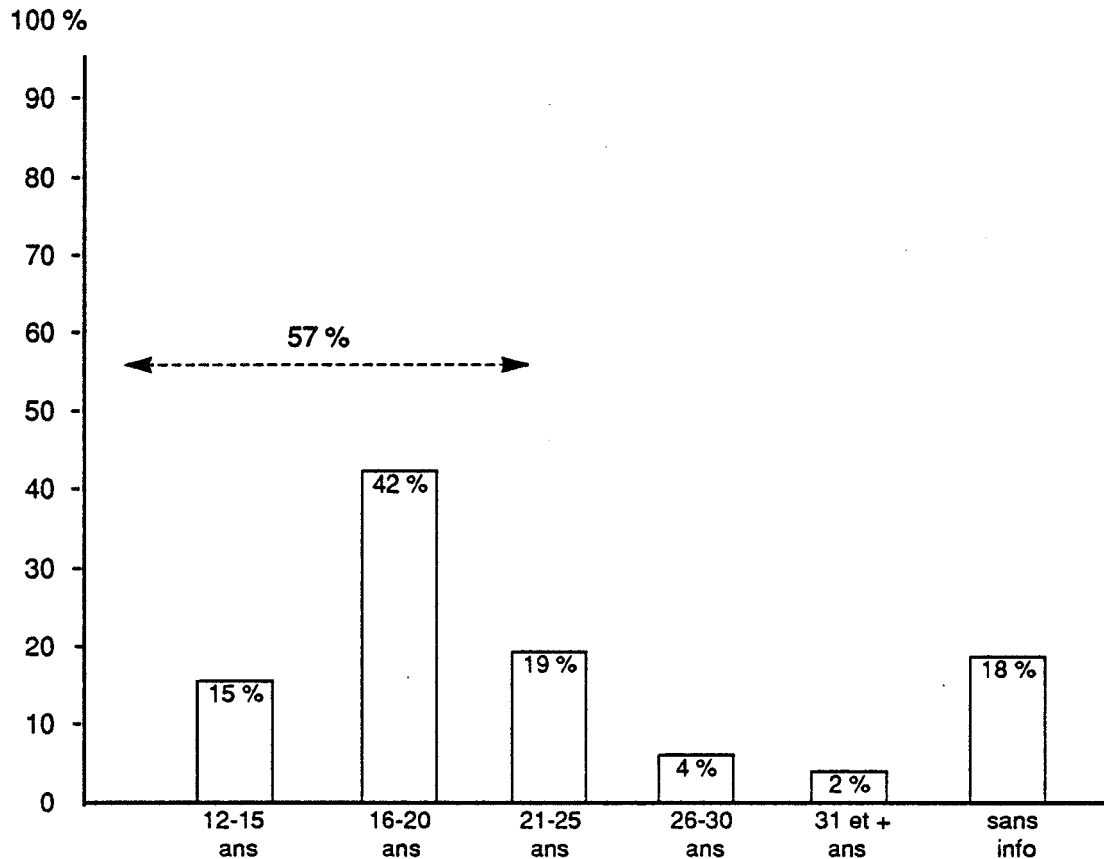
Depuis la création de l'Antenne Toxicomanie de Rouen, 319 personnes ont été suivies. Ce qui nous permet de dégager :

A) Un type de pratique toxicomaniaque :

1 - produits utilisés :

dans 45 % des cas : héroïne  
dans 12 % des cas : cocaïne  
dans 19 % des cas : cannabis  
dans 20 % des cas : pharmaco-dépendance avec ou sans alcool,  
dans 4 % des cas : nous sommes sans informations assez fiables.

## 2 - âge du début de la dépendance :



Dans 57 % des cas, la dépendance s'est installée entre l'âge de 12 ans et 20 ans (sans compter les "sans information").

## 3 - constance des pratiques :

a) Durée de la pratique toxicomaniaque au moment où la personne fait appel à nos services :

74 % des personnes suivies par l'antenne toxicomanie ont entre 1 an et 10 ans de pratique toxicomaniaque.

Dans la majorité des cas, on constate que la période d'intoxication va de 1 an à 5 ans.

b) Arrêts volontaires dans cette pratique :

54 % n'ont jamais fait d'arrêt volontaire.

Pour 3 % nous n'avons pas d'information.

Pour 43 % il y a eu au moins un arrêt volontaire.

## B) Des parcours thérapeutiques antérieurs :

1 - pour ce qui est d'un suivi spécialisé en toxicomanie :

64 % n'ont eu aucun suivi spécialisé pour la toxicomanie antérieurement, qu'il s'agisse de cure, post-cure ou accueil et suivi par une association spécialisée.

3 % ne nous ont pas fourni d'informations fiables à ce sujet,

33 % ont fait au moins un essai de suivi avec une structure spécialisée en toxicomanie.

2 - pour ce qui est d'un suivi en psychiatrie :

67 % n'ont eu aucun suivi antérieur en psychiatrie,

3 % ne nous ont pas livré d'informations fiables à ce sujet,

30 % ont eu au moins un essai de suivi en psychiatrie.

De surcroît, à partir de l'analyse des dossiers, nous pouvons déclarer que cette population traitée à l'Antenne Toxicomanie est le plus souvent :

- . de sexe masculin,
- . âgée de 21 à 25 ans,
- . incarcérée pour un délit d'infraction à la législation des stupéfiants (43 %) ou d'atteinte aux biens (40 %),
- . subit pour la première fois une incarcération,
- . est héroïnomane,
- . a débuté la dépendance durant l'adolescence,
- . sa pratique dure depuis 1 à 3 ans,
- . c'est la première occasion de sevrage,
- . elle n'a jamais fait d'arrêt volontaire,
- . elle n'a jamais eu de parcours thérapeutique spécialisé non plus.

## RESULTATS DES SUIVIS :

Dans 81 % des cas, les personnes traitées par l'antenne obtiennent un résultat :

- . Le plus souvent (32 %) : il y a débouché sur une reconstruction d'un statut social (par une nouvelle formation ou par le choix d'une insertion professionnelle).
- . Souvent également (30 %) : la personne est prête et décidée à adopter un relais à la sortie pour continuer le travail de remise en question effectué en détention (relais par un psychiatre ou un psychologue), ou le travail direct sur son problème de toxicomanie (structures spécialisées en toxicomanie, soit centres d'accueil, soit post-cure).
- . Dans un nombre non négligeable des cas (19 %), la personne n'a fait que commencer un travail de sensibilisation qui devrait pourtant lui permettre de modifier son mode de vie.
- Il existe d'autres cas (19 %) qui, à notre avis, n'ont pas manifesté de réels changements au contact de l'antenne :
  - . ce sont les personnes qui avaient posé une demande inadéquate (orientation vers d'autres professionnels),
  - . celles qui supportent le moins la détention et n'arrivent pas à y construire un espace de changements,
  - . et également, celles avec lesquelles la relation inter-individuelle n'est pas arrivée à se mettre en place.

Il est important de souligner que les résultats de ces suivis s'inscrivent dans une durée de temps, dont nous ne sommes pas maîtres, ni nous-mêmes, ni le détenu.

Ce temps possible où peut se développer la demande, le suivi, le projet est d'un ordre variable. On constate que dans 96 % des cas, les personnes qui ont fait appel à l'antenne ont un temps d'incarcération supérieur à 1 mois et le plus souvent compris entre 3 et 6 mois. C'est donc un temps relativement long qui permet effectivement un réel travail dans notre dispositif.



## CONCLUSIONS

Certaines questions nous semblent devoir être approfondies, c'est pour cela que nous allons améliorer le recueil de nos données en établissant une fiche épidémiologique qui est en cours d'informatisation.

Elle concerne 5 axes de recherche :

- . Au plan de l'histoire familiale du sujet, peut-on formuler des hypothèses sur des facteurs déterminants de la toxicomanie ?
- . Au plan de l'histoire de son cursus scolaire et de formation professionnelle, quels sont les éléments qui ont pu faire défaut ?
- . Au plan de la demande de changement qui va se formuler dans le temps de l'incarcération, peut-on identifier des facteurs déclenchants ?
- . Au plan post-pénal, du devenir et de la réalisation des projets de reconstruction d'une identité (sphères psychologique, sociale et professionnelle), quels sont les dispositifs qui nous sembleraient les plus adéquats ?
- . Le profil du public toxicomane rencontré dans les associations et centres de post-cure est-il le même que celui qui va être dégagé par les Antennes Toxicomanie ? La pratique de celles-ci est encore trop récente pour pouvoir affirmer s'il y a ou non une différence de profil.

Octobre 1989.

• • •

201346

# Communication et prévention des conduites addictives

Elvar DESNOS  
Jean Paul JEANNIN  
Formateurs C.I.S.A.T.

C.I.S.A.T.  
Centre d'Information Sur l'Alcool et les Toxicomanies CAEN

---

## MOTS-CLES :

Etat de crise  
Stratégies anti-souffrance  
Systèmes  
Prévention  
Groupes  
Organisations  
Modèles de communication  
Approches traditionnelles  
Approches émergentes.

## RESUME :

A la relation traditionnelle médecin → malade ou expert → profane, l'approche émergente, en prévention propose un schéma de communication systémique dans laquelle le symptôme quelqu'il soit est à considérer comme ultime moyen d'expression.

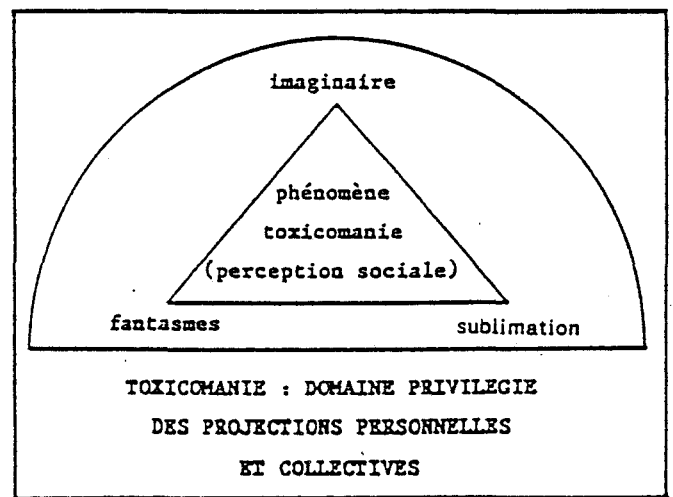
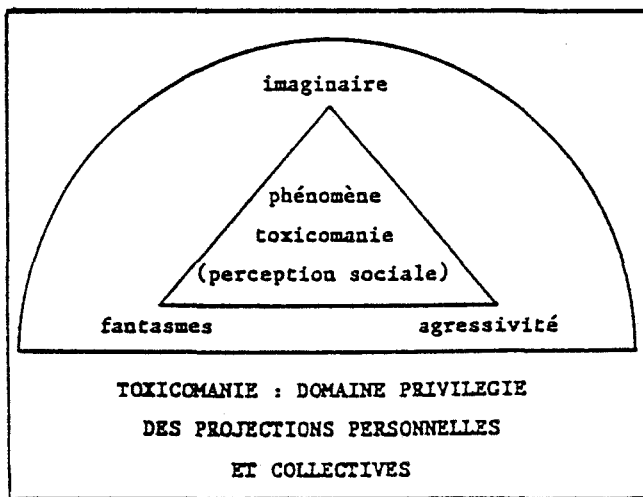
## ENTRE DISCOURS ET REALITE ...

### Communication et prévention des conduites addictives ...

Entre discours et réalité ... Discours, de quel discours est-il question sur la toxicomanie ?

Discours de sens commun - discours des média - discours politique - discours de spécialiste ?

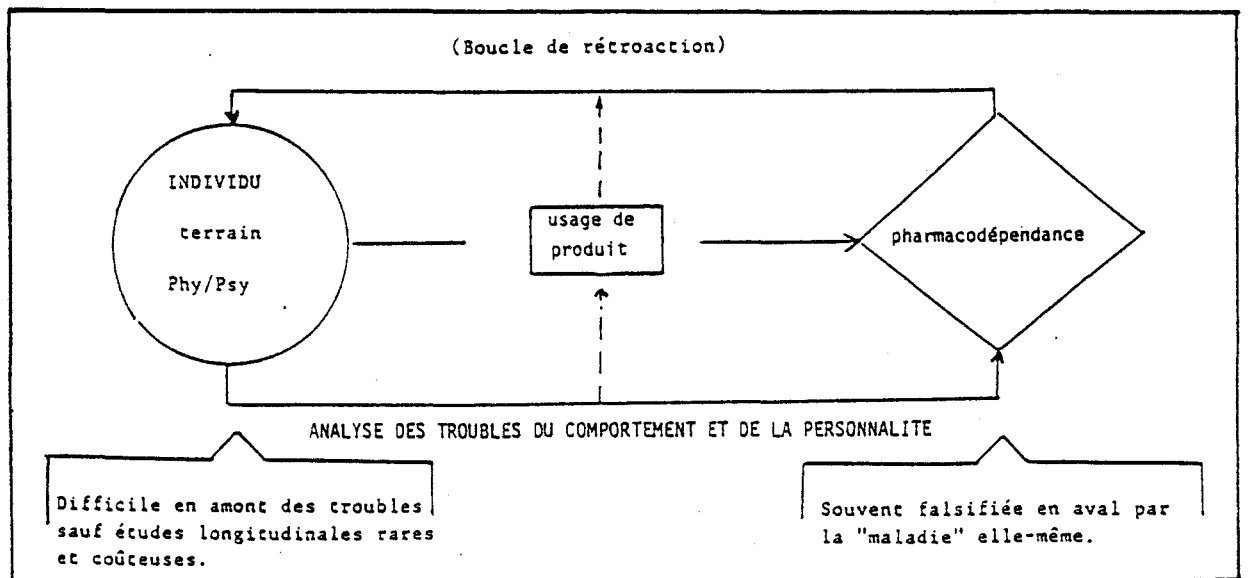
Le discours de sens commun est réputé subjectif, fantasmatique ... et celui du spécialiste ?



(Les projections sur la toxicomanie sont différentes s'il s'agit de profanes ou de spécialistes, mais il y a, de toutes façons, projection : imagerie, fantasmes et "fonctions" du phénomène ...)

Réalité ... Qu'est-ce que le réel et comment se construit-il ?

Le C.I.S.A.T. ne part pas d'une pratique clinique de la toxicomanie (l'aboutissement qu'est la pharmacodépendance ne rend compte en rien du champ d'intervention de la prévention).



En ce qui nous concerne, au plus, peut-on parler d'une "clinique des individus, des groupes, des organisations, des systèmes... en crise ou en souffrance" !

Notre propos concerne la communication - la prévention - les conduites de dépendance à des produits.


Prenons les 3 concepts un par un, en commençant par le dernier.

## I - CONDUITES DE DEPENDANCE A DES PRODUITS :

### \* De quels produits parle-t-on ?

- Des drogues licites : Alcool - Tabac - Anxiolytiques ?

UNE RECENTE ENQUETE DU C.R.E.D.O.C. MONTRE QUE 90 % DES FRANCAIS UTILISENT AU MOINS UNE DROGUE ...  
... légale (alcool - tabac - tranquillisants)



\* Psychotrope : qui modifie le fonctionnement du système nerveux central et donc le psychisme.

*"... Toute toxicomanie à un produit psychotrope quel qu'il soit, ne peut s'appréhender que dans le cadre plus général de la consommation habituelle de ce psychotrope ..."*

*Docteur Michel REYNAUD - "Les toxicomanies"*

Et toute consommation d'un produit psychotrope ne peut s'appréhender que dans le cadre plus général de l'utilisation banalisée de tous les produits psychotropes.

## Un colloque sur le prix de l'anxiété Consommation d'anxiolytiques : la France en tête de peloton

8 millions de Français prennent des anxiolytiques. Nous détenons ainsi actuellement le record du monde: 49 pour 100 habitants, loin devant l'Allemagne (31), la Grande-Bretagne (23), l'Italie (21), et contrairement à ce que l'on pourrait

La forte progression du coût de l'anxiété

L'intérêt de la santé publique converge donc avec l'intérêt économique de la population, d'autant qu'à ces coûts directs de dépenses de médicaments s'en ajoutent d'autres dus à la production perdue.

- Des drogues illicites ?

La pratique de terrain montre que les produits sont utilisés indifféremment, voire conjointement ...

\* De quel dépendance parle-t-on ?

- Dépendance à des produits
- Dépendance au travail (Work addict)

Variation de la fonction du comportement et du risque encouru.

(il n'est pas équivalent d'être dépendant de sucreries, du tabac, de l'héroïne ou du travail)

On peut tenter de dresser la liste des systèmes de fuite ou de compensation inventés par l'humain... celle-ci ne sera jamais close :

\* hormis l'usage des produits psychotropes on peut ajouter :

- le sucre - le chocolat - les gateaux -
- la nourriture en général (boulimie = toxicomanie alimentaire)

\* mais aussi drogues plus insidieuses :

- la T.V.
- l'automobile et la vitesse
- l'argent, etc...

\* et parmi les drogues psychiques :

- le pouvoir - la puissance
- l'arrivisme - la réussite
- l'activisme ou le militantisme
- les idéologies et les religions dans leur forme intégriste
- les systèmes rigides explicatifs ou de fonctionnement

Variation des représentations sociales avec un seuil allant de la valorisation à la condamnation en passant par le laxisme ...





(Il n'est pas équivalent socialement de boire de l'alcool ou de fumer du "H")

- Dépendance à la télévision (T.V. addict) ?
- Dépendance à l'autre dans le couple ?
- Dépendance à ses enfants, à son chien, à l'argent, aux idéologies, ... etc ?

Quel "fléau", pour reprendre un terme médiatique, veut-on enrayer ?

### QUELQUES CHIFFRES ...

En France, nombre de décès estimés par année :

	: environ 60 000
	: environ 50 000
	: environ 200 (overdoses)
	: environ 50

On peut ajouter l'augmentation significative des dépressions et des suicides. (En 1987, le nombre de décès par suicide a dépassé le nombre de décès par accidents de la route.)

#### TOXICOMANIE : LES CHIFFRES EN 1985

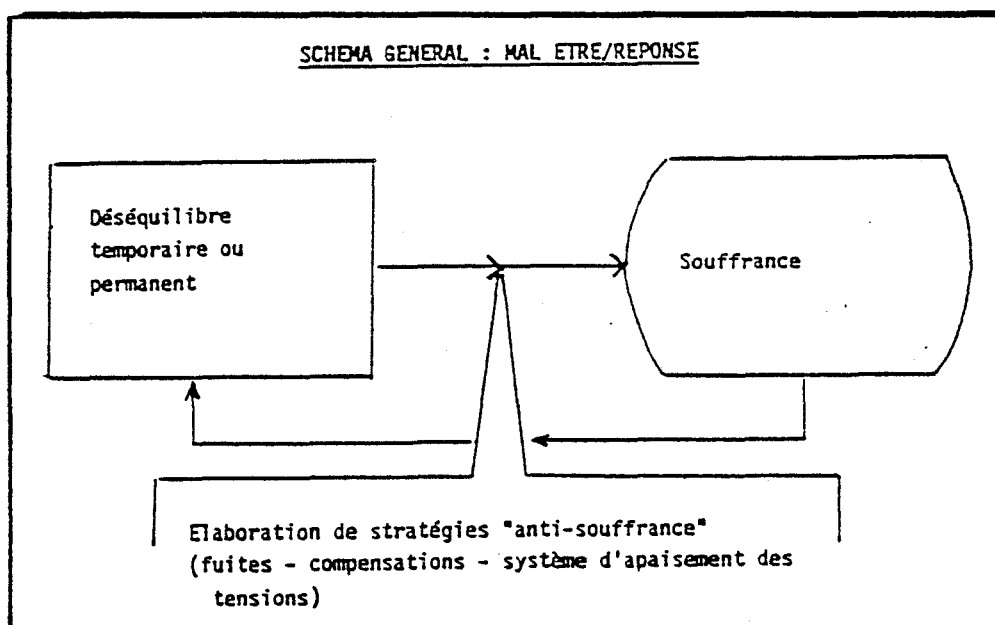
- Ont touché à la drogue :
    - 1 jeune sur 6 (1 sur 4 en R.P.)
    - autant les filles que les garçons
    - 9 fois sur 10 avec du haschisch seul
      - quel que soit le milieu social (un peu plus toutefois dans les milieux aisés)
      - ce chiffre augmente en raison de son acceptation de plus en plus fréquente (1 sur 2 accepte d'y goûter contre 1 sur 4 en 1978).
  - Sont dépendantes de la drogue :
    - entre 80 et 120.000 personnes
    - 85 % sont de sexe masculin
    - populations ayant recours au système de soins ou d'accueil spécialisé pour l'usage de drogues : 38 % ont moins de 20 ans ; 55 % entre 20 et 30 ans ; 4 % plus de 30 ans et nette prédominance des sans-professions (55 %).
- (Sources : INSERM, INRP, D.G.S.)

Pour l'alcoolisme, on évalue le nombre d'alcoolodépendants à 2 millions (dont 7 à 800 000 femmes), plus 3 millions de consommateurs en danger.

Notre porte d'entrée (un peu simpliste peut-être, mais très opérationnelle dans ce qui se passe sur le terrain) est le concept de souffrance humaine ...

**LE SEUL VRAI PROBLEME**  
**EST CELUI DE**  
**LA SOUFFRANCE HUMAINE.**

Que nous complétons par le concept de "stratégies anti-souffrance"



Les référents sous-jacents étant la théorie du stress (H. SELYE) et la théorie de l'inhibition d'action (HENRI LABORIT).

THEORIES "EXPLICATIVES"  
DES COMPORTEMENTS "A PROBLEME"

Approche bio-psycho-sociale

1) Le stress :

- Réponse unique de l'organisme à tout changement brusque
- Mise en tension (physiologique et psychologique) face à toute menace de l'intégrité somatique et psychique
- Phase d'alarme et défense mesurable biologiquement (adrénaline : stress violent localisé - corticoïde + catécholamines : stress prolongé)
- Action à distance sur organes et tissus pour la réaction face au stress

THEORIES "EXPLICATIVES"  
DES "COMPORTEMENTS A PROBLEME"

Approche comportementaliste

Conduites = réactions aux stimulations de l'environnement  
(détermination par le milieu)

\* Modèle pavlovien :

Stimulus ---> Réponse - Réflexe conditionné - Récompense répétée = Conditionnement opérant  
(renforcement positif pour apprentissage)  
A l'inverse = suppression par renforcement négatif  
(punition)

\* Structuration par imitation :

Modèle à haute signification affective

Dysfonctionnements :

\* Imitation de modèles "négatifs"

ex : violence : modèles parentaux - groupe de pairs - télévision (comportements approuvés ou tolérés - non punis - voire récompensés)

\* Conduite apprise + chaîne de réactions conditionnées

ex : usage de produits psychotropes : modèles parentaux et sociaux + renforcement positif (effets du produit) + intoxication

Par ailleurs, soulignons que notre approche s'inscrit dans la rupture épistémologique que constituent les approches holistiques, les théories de la complexité (E. MORIN) et l'approche systémique (Ecole de PALO ALTO)

APPROCHES COMPAREES

Approche traditionnelle

- \* Modèle manichéen (implicite ou explicite) mal/bien vérité/erreur - savoir/ignorance
- \* Réductionnisme analytique
- \* Cloisonnement disciplinaire de l'étude des phénomènes
- \* Principe de causalité - linéarité
- \* Principe d'évidence et de normativité
- \* Spécialisation exhaustive
- \* Prédominance du statique
- \* Point de vue diachronique ou génétique (genèse du phénomène)

Approche émergente

- \* Modèle relativiste - théorie de la complexité - multidimensionnalité
- \* Globalisme - rapport à l'environnement
- \* Mise en lumière de l'interdépendance - multiréférentialité
- \* Principe de circularité - rétroaction
- \* Principe de pertinence et d'efficacité
- \* Agrégativité - Interactivité - représentation générale
- \* Prédominance du dynamique évolutif
- \* Point de vue synchronique ou téléologique (fonctionnement actuel du phénomène)



THEORIES "EXPLICATIVES"  
DES "COMPOTEMENTS A PROBLEME"

Approche systémique

(symptôme = fonction relationnelle)

- \* Le comportement "à problème" = message réponse au dysfonctionnement relationnel du milieu (familial, micro-social, institutionnel, social ...)
- \* Réaction aux "manipulations relationnelles par un "symptôme"

Dysfonctionnements :

- . Communication paradoxale : ("Sois spontané !")  
double contrainte dans un contexte d'enjeux vitaux
  - . Confusion de niveaux de sens :
    - non congruence - langage digital / langage analogique
    - erreur au décodage ou conflit contenu/relation
  - . Déni de l'image de soi : (non reconnaissance)  
manipulation relationnelle mutilant l'authenticité à bas bruit et en permanence
  - . Ponctuation discordante ("jeu de la victime") :  
lecture inversée de la séquence cause/effet
  - . Absence de métacommunication :  
impossibilité : tabou - culpabilité - crainte -  
modèle inconnu - ... etc
- L'incapacité au réaménagement de la relation rigidifie le fonctionnement du système :
- > apparition d'un symptôme (substitut à la métacommunication)
  - > mise en place d'un "jeu sans fin" (toujours plus de la même chose)
  - > éventuellement circulation du symptôme protégeant le système contre l'explosion

**II - PREVENTION :**

de "prae venire" peut vouloir dire "venir avant", mais venir avant quoi ?

Avant la dépendance, avant l'usage, avant la souffrance, avant la mise en place des stratégies "anti souffrance" ou encore avant les phénomènes aggravant la souffrance et la dépendance fondamentales de chaque être humain ?

Peut-être ne s'agit-il pas de venir avant, mais "d'intervenir" : "venir entre" ?

Quoi qu'il en soit, la prévention a un lourd passé :

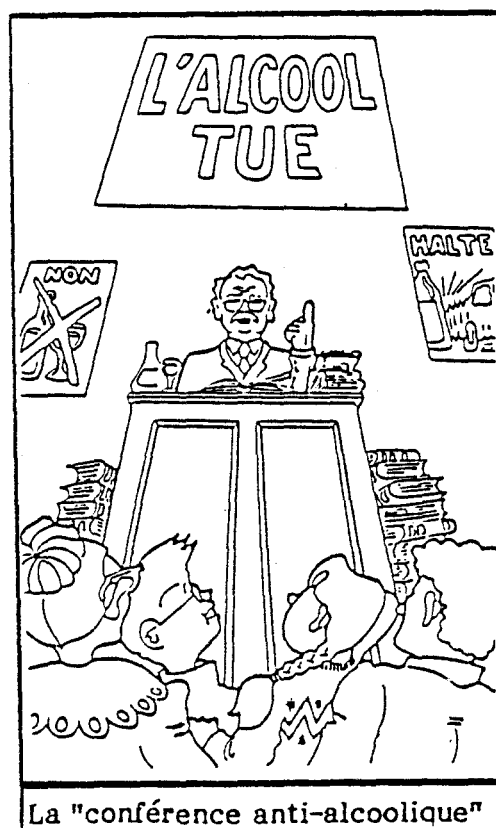
Faut-il le rappeler, jusqu'à l'aube du XX<sup>e</sup> siècle, le concept de PREVENTION était utilisé principalement dans le sens de DETENTION PREVENTIVE. Aujourd'hui encore, il est si facile de passer de la "MISE EN GARDE" (prévenir) à la "MISE EN GARDE A VUE" (prévenu).

L'idée qu'un groupe social se fait de ce qu'il considère comme "déviant" (hors norme) influe considérablement sur les "solutions" préventives et curatives qu'il met en place pour résoudre le problème ainsi posé.

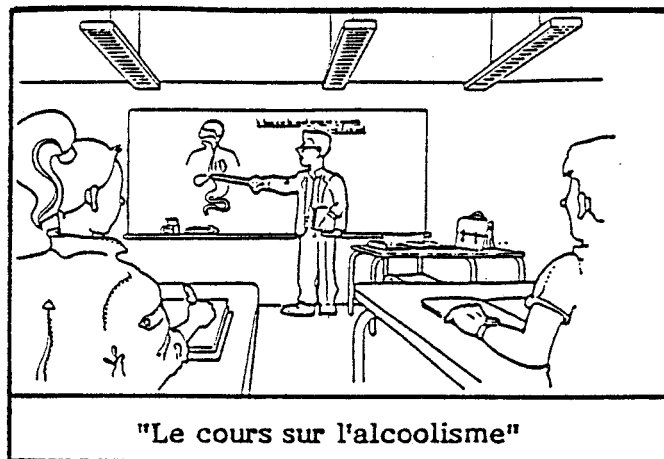
*Il semble qu'il y ait une relation entre les représentations sociales du phénomène posant problème (alcool, tabac, drogue ou autre ...), et les "SOLUTIONS PREVENTIVES" imaginées selon les époques et les lieux.*

Le cas de l'alcoolisme (alcoolo-dépendance ou toxicomanie à l'alcool) est exemplaire (la transposition avec la toxicomanie aux produits illicites se fait sans difficulté) :

1	MORALISME
<p>Fin 19<sup>e</sup>me début 20<sup>e</sup>me siècle</p> <p>Lorsque l'on considère qu'il s'agit d'un vice ou d'une action coupable.</p>	



2	INFORMATION
<p>20ème siècle jusque vers les années 70</p> <p>Lorsque l'on considère qu'il s'agit d'un "choix erroné" par manque de données objectives.</p>	



Les principes de la prévention classique sont finalement simples et utilisés dans les domaines aussi différents que la prévention routière, l'éducation sanitaire ou les campagnes de sécurité ...

### PRINCIPES DE LA PREVENTION CLASSIQUE

- La personne ne sait pas ce qui est dangereux pour elle, un intervenant expert doit donc le lui dire.
- Le ressort utilisé pour faire changer le comportement est généralement LA PEUR.
- Dans la relation instituée, l'intervenant "qui sait" est actif, la personne "qui ne sait pas" est passive.

*L'expérience et de nombreuses études internationales montrent que le MORALISME et L'INFORMATION OBLIGATOIRE sur de tels sujets :*

- Provoquent souvent un phénomène d'incitation :

passage à l'acte par provocation :

#### **ATTITUDE REACTIONNELLE**

Passage à l'acte par curiosité :

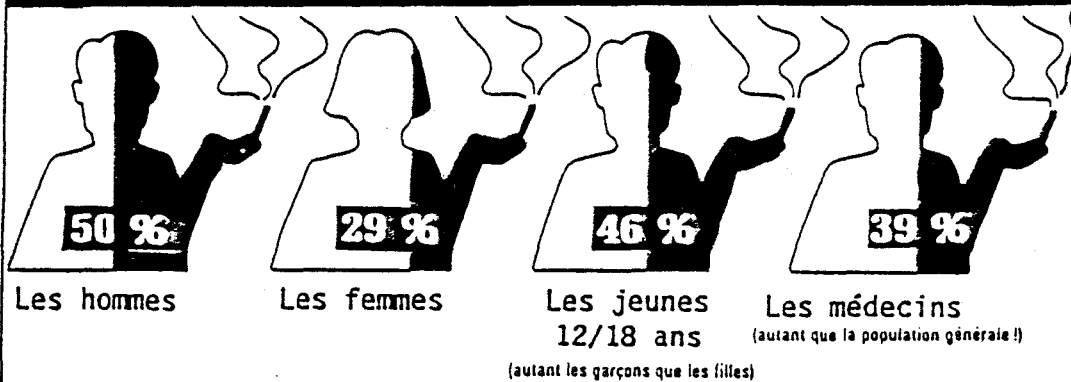
#### **DESIR D'EXPERIENCE SI L'OBJET EST INCONNU**

- Modifient (éventuellement) le niveau de savoir (meilleure information quand les précautions psychopédagogiques minimales ont été prises)
- Mais sont inefficaces sur les opinions, les attitudes et les comportements !

IL NE SUFFIT PAS DE SAVOIR que la consommation d'un produit est dangereuse pour éviter ou stopper cette consommation.

(Sinon plus un seul médecin ne fumerait)

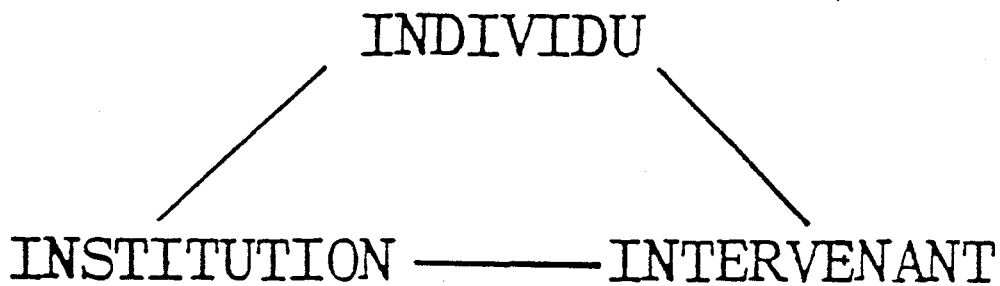
### QUI FUME EN FRANCE?



Au total, 38% de la population française déclarait fumer en 1985, (source sondage Sofres - CFES).

Arrivé à ce point, la vraie question est bien :

### LA PREVENTION POUR QUI ?



Et, ce questionnement des finalités de l'action soulève en même temps le problème des interactions et du plus important mécanisme de la prévention :

Le style relationnel et les règles de la communication :

**Plus qu'une courte transmission de connaissances, une véritable action de prévention devrait être progressive et continue, constituée d'auto-information (méthodes actives) et de réflexion (méthodes de groupes).**

- \* la seule information pédagogique reçue est une information souhaitée (pédagogie par l'intérêt),
- \* les représentations que l'on se fait d'un sujet peuvent faciliter ou freiner les acquisitions sur ce sujet (nécessité de les travailler),

1

#### METHODES ACTIVES

Les années 70

Lorsque l'on considère qu'il s'agit d'un problème global d'éducation et de communication pédagogique.



Enquête au magnéto-scopie décidée et menée par des jeunes (sur alcool, tabac, drogue, ... etc

Les méthodes actives postulent que nous intégrons mieux ce que nous "vivons", engagés totalement dans l'action, que ce qui nous est simplement transmis dans la passivité.

D'après R. MUCCHIELLI\*, nous retenons environ :

10 % de ce que nous lisons,

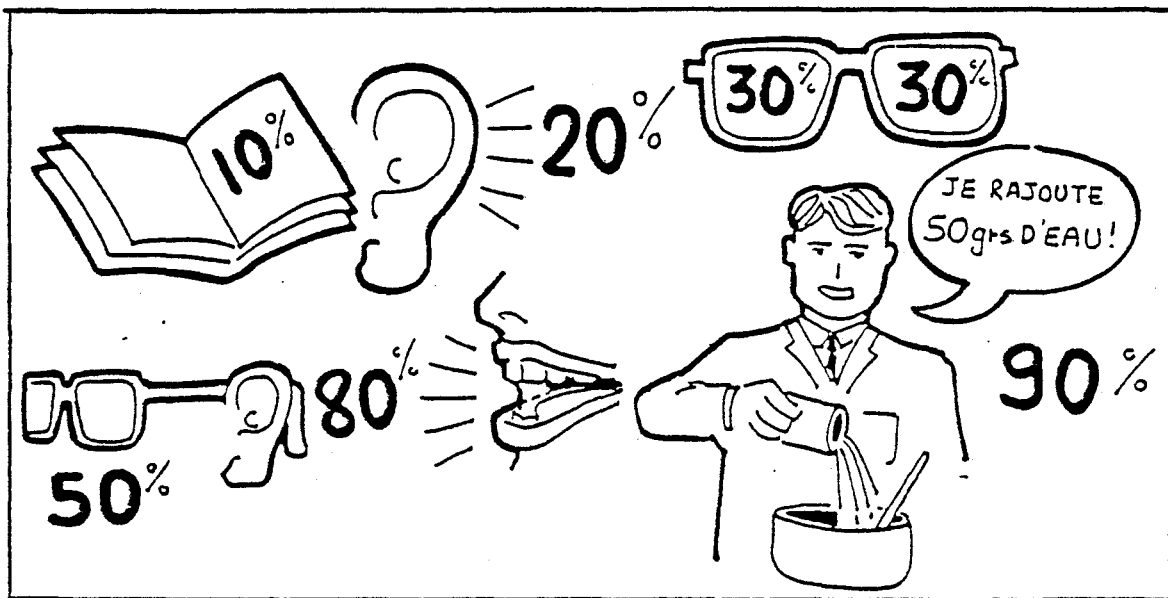
20 % de ce que nous entendons,

30 % de ce que nous voyons,

50 % de ce que nous voyons et entendons,

80 % de ce que nous disons,

90 % de ce que nous disons en réalisant une action (liée au sujet évoqué) et qui nous implique directement.



2

## METHODES DE GROUPES

Les années 80

Lorsque l'on pense qu'il s'agit d'un problème de milieu relationnel et culturel, autant qu'un problème personnel.



Travaux de réflexion  
en sous-groupes

La fin des années 80 voit se développer les actions globales (plan de prévention) concernant un établissement scolaire dans son ensemble, ou une entreprise.

Une telle action d'envergure sur des bases systémiques, implique un investissement important en temps et en énergie (déroulement sur plusieurs mois - actions en profondeur).

### L'APPROCHE GLOBALE OU PLAN DE PREVENTION


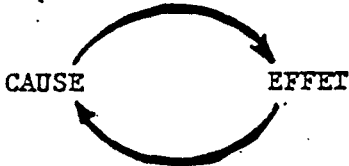
- 1 - Chaque lieu d'intervention est un "système", avec son fonctionnement propre (Entreprises, Etab. scolaires, etc...)
- 2 - Prise en charge collective (l'ensemble pour l'ensemble - une partie du système ne peut agir au lieu et place du système)
- 3 - Le projet doit être "bénéficiaire" sous peine d'échec
- 4 - Dégager une réalité mesurable à gérer, et les moyens de son accompagnement (Etat des lieux)
- 5 - Déléguer - mandater - faire circuler l'information
- 6 - Définir des objectifs et des priorités dans les limites des conditions du changement (2 et 3)
- 7 - Mettre en oeuvre les moyens obj. mobilisables - évaluer



Cette approche nécessite également une méthodologie rigoureuse qui cadre la forme pour permettre aux participants d'être acteurs de leur propre action de prévention et décideurs au niveau des contenus.

La chronologie théorique du plan de prévention pourrait être :

- 1) action d'un élément déclencheur : individu - petit groupe - évènement...
  - \* prise de conscience/attitude "humanistique".
  - \* démarches relationnelles/concertation informelle.
- 2) proposition en un lieu institutionnel de concertation :
  - \* C.H.S.C.T. (entreprise)
  - \* commission permanente ou conseil d'établissement (milieu scolaire)
- 3) création d'un groupe représentatif et mandaté.
- 4) formation - sensibilisation - information :  
(groupe promoteur) Communication et travail sur les représentations autant qu'apport de connaissances...
- 5) "création" du plan de prévention :
  - \* état des lieux
  - \* objectifs
  - \* moyens mobilisables
- 6) action(s)
- 7) évaluation


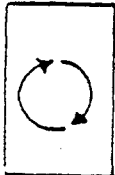
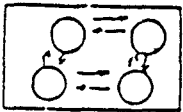
En conclusion, les tableaux suivants montrent que la rupture épistémologique déjà évoquée dans le champ théorique trouve sa transposition en terme d'action de prévention en pratique.

<u>APPROCHES TRADITIONNELLES</u>	<u>APROCHES MOTIVATIONNELLES</u>
<p>1° - Principe de causalité linéaire.</p> <p>2° - Clivage binaire.</p> <p>3° - Domaine du rationnel, de l'objectif. motivations extrinsèques</p> <p>4° - Action sur les causes</p> 	<p>1° - Recherche de sens.</p> <p>2° - Reconnaissance de l'Implication personnelle de tous.</p> <p>3° - Domaine du mouvant (acceptation du subjectif) motivations intrinsèques</p> <p>4° - Accompagnement d'une démarche (avec prise en compte des rétroactions)</p> 

<u>APPROCHES TRADITIONNELLES</u>	<u>APPROCHES MOTIVATIONNELLES</u>
<p>5° - Acteur de prévention = expert détenteur du savoir actif (public passif)</p> <p>6° - Mode de communication vertical.</p>  <p>7° - BUT : Accroître le niveau de savoir (savoir = pouvoir agir en conséquence)</p>	<p>5° - Acteur = animateur/facilitateur (public acteur de sa démarche)</p> <p>6° - Mode de communication horizontal.</p>  <p>7° - BUT = changement de niveau d'être (réajustements = moindre fragilité)</p>



En termes de **communication** il s'agit bien d'un renversement des modèles : à une communication verticale se substitue une communication circulaire faisant passer l'acteur de prévention du statut d'expert détenteur du savoir au statut d'animateur dans les groupes et de consultant dans les organisations.

STRATEGIE	MODE D'INTERVENTION	OBJECTIFS	MOYENS PEDAGOGIQUES	TYPE DE COMMUNICATION
Approche informative : il est plutôt question du produit (P)	Séance d'information	Accroître les connaissances des individus	Transmission d'un savoir sur le produit sur les utilisateurs ...	
Approche formative : il est plutôt question de l'individu (I)	Réunion en petits groupes de formation	Changer les comportements individuels dans le cadre de la formation de formateurs (relais)	- Acquisition d'un "pouvoir être" différent - Acquisition d'un "savoir faire"	
Approche psycho-sociale : il est plutôt question de l'environnement (E)	Etat des lieux Inventaire des problèmes Diagnostic Méthodologie de résolution de problèmes	Objectif précédent, plus prise en compte des enjeux institutionnels dans l'élaboration d'un plan de prévention	Moyens précédents, plus constitution de groupes relais et action par la communauté pour la communauté	

# Presse écrite et discours social

Nicole STENUIT  
Psychologue  
Centre NADJA  
Liège - Belgique.

**L**es phénomènes de dépendance occupent une place quotidienne dans les journaux belges. On ne peut que constater qu'ils suscitent l'intérêt des journalistes et font partie par conséquent de l'imaginaire social des lecteurs.

A l'intérieur de tous les journaux, les articles concernés sont disséminés sous de multiples rubriques ; un lecteur qui ne ferait que parcourir le journal ne peut manquer d'avoir l'attention attirée par l'un ou l'autre article même s'il ne comporte parfois que quelques lignes.

## Quel est ou quels sont les discours sociaux diffusés par la presse écrite ?

En fait, deux interprétations contradictoires se chevauchent :

- Dans la première, la drogue, bien souvent au singulier, focalisée sur le produit...

On pourrait résumer cette vision en cette équation :

TOXICOMANIE = DROGUES ILLICITES = JEUNES = FATALITÉ DU PRODUIT = DÉCHÉANCE = DÉLINQUANCE = MENACE POUR LA SOCIÉTÉ.

Vision linéaire qui fait de la drogue l'origine du problème : la drogue utilisée par le jeune en fait inmanquablement un toxicomane qui commettra inmanquablement des délits agressant la société, le lecteur y inclus.

La solution du problème résidera donc dans la diminution de l'offre et impliquera la législation et la répression.

C'est évidemment l'univers des faits divers qui alimentera cette thèse en submergeant le lecteur des délits, arrestations, condamnations des "drogués" ou "toxicomanes"...

(Pourquoi s'étonner puisque les sources ont une origine judiciaire ou policière ?).

Des articles de fond viendront aussi corroborer cette vision, qu'il s'agisse de la découverte d'un nouveau produit sur le marché, de l'ampleur du trafic international...

- Dans la deuxième interprétation, la toxicomanie envisagée comme symptôme de notre société...

TOXICOMANIE = MALAISE DE LA SOCIÉTÉ = TOUTE UNE POPULATION MALADE ET VICTIME = TOUS PRODUITS CONFONDUS, LICITES ET ILLICITES.

C'est alors la diminution de la demande qui prévaudra comme solution : information, prévention, traitement.

Cette interprétation est soutenue par des articles de fond de plus en plus nombreux sur les méfaits du tabac, de l'alcool, des médicaments mais aussi des dossiers sur la toxicomanie et des réflexions sur les réunions d'organismes internationaux.

Depuis plusieurs années, la majorité des journalistes spécialisés dans les phénomènes de société s'accordent à donner au lecteur une analyse en profondeur qui invite chacun à se responsabiliser à son niveau.

Le lecteur se trouve donc aux prises avec ces deux visions, à l'intérieur d'un même journal.  
Laquelle prévaudra ?

Celle des faits et de leur sensationnalisme ou celle de la réflexion ?

Et le toxicomane est-il un délinquant menaçant la société ou un malade victime de la société ?  
Lorsque le toxicomane est envisagé comme délinquant, la fatalité du produit l'ampute de sa responsabilité mais il possède une identité même si l'on ne retient que ses actes délictueux.

En tant que malade par contre, il est déclaré totalement irresponsable. Il en devient anonyme. Ses actes disparaissent derrière la description des origines socio-économiques de la maladie et les remèdes promulgués.

En définitive, dans tous les journaux, un mécanisme ne joue-t-il pas pour alimenter l'intérêt du lecteur : si certains éléments provoquent l'insécurité chez le lecteur, alimentant des causes d'angoisse, ils sont contrebalancés par des éléments sécurisants.

D'une part, aux délits et arrestations de toxicomanes répondront les exploits des forces de l'ordre.  
D'autre part, à la lecture responsabilisante de la toxicomanie s'opposera la focalisation sur l'un ou l'autre produit fatal.

Mai 1989.



# Cadre légal et réglementaire de la prescription des stupéfiants

Mme A.M. ROUCHY  
Pharmacien Inspecteur  
Régional de la Santé  
Caen.

## INTRODUCTION

Les conditions de prescription et de délivrance des stupéfiants relèvent du Livre V du Code de la Santé Publique, en particulier du Titre III intitulé "Restriction au commerce de certaines substances et de certains objets".

Il apparaît utile de rappeler rapidement dans un premier temps les bases légales sur lesquelles repose la réglementation. Ces règlements seront ensuite abordés du point de vue de la prescription des stupéfiants.

## LES BASES LEGALES

Les articles L-626 à L-630-3 du Code de la Santé Publique intègrent les dispositions de plusieurs lois pénales (dont la dernière en vigueur du 31 décembre 1987) qui prévoient notamment des sanctions sévères à l'encontre de ceux qui auront contrevenu aux règlements concernant les diverses opérations se rapportant aux substances ou plantes classées comme vénéneuses (production, transport, importation, exportation, détention, offre, cession, acquisition, emploi).

Les peines encourues sont considérablement augmentées lorsqu'il s'agit de substances ou de plantes classées comme stupéfiants par voie réglementaire.

Les dispositions de ces lois ne seront pas détaillées ici et je voudrais simplement remettre en mémoire trois paragraphes de l'article L 627 du Code de la Santé Publique :

"seront punis d'un emprisonnement de deux à dix ans et d'une amende de 5 000 F à 50 000 000 F ou de l'une de ces deux peines seulement : ...

- 1 - ceux qui auront facilité à autrui l'usage des dites substances ou plantes, à titre onéreux ou à titre gratuit, soit en procurant dans ce but un local ou par tout autre moyen,
- 2 - ceux qui au moyen d'ordonnances fictives ou de complaisance, se seront fait délivrer ou auront tenté de se faire délivrer les dites substances ou plantes,
- 3 - ceux qui connaissant le caractère fictif ou de complaisance de ces ordonnances, auront, sur la présentation qui leur en aura été faite, délivré les dites substances ou plantes."

## DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES

### A - Cadre général

Le décret du 29 décembre 1988 relatif aux substances et préparations vénéneuses a modifié le titre III du livre V (deuxième partie) du Code de la Santé Publique. Ce décret correspond à la transcription dans la réglementation nationale des directives de la Communauté Economique Européenne (n° 67/548 du 27.6.1967 et n° 79/831 du 18.09.1979 relatives aux substances dangereuses). Il dissocie d'une part les médicaments et produits assimilés, d'autre part les substances et préparations vénéneuses ne constituant ni des médicaments ni des produits cosmétiques.

Pour les préparations médicamenteuses et assimilées, à usage humain, un arrêté du Ministre de la Santé précisera les listes I et II ainsi que la liste des stupéfiants qui remplacent les tableaux A, C et B précédemment en vigueur.

### B - Dispositions concernant la prescription des stupéfiants

#### \* La commande à usage professionnel

Comme précédemment, la commande à usage professionnel, dans la limite d'une provision pour soins urgents, est effectuée par le médecin sur un bon extrait d'un carnet à souches déli-

vré par le conseil départemental de l'ordre des médecins. Le médecin écrit la quantité nécessaire en toutes lettres ainsi que la mention "pour usage professionnel". Ces médicaments sont destinés à être administrés aux patients par le médecin lui-même en cas d'urgence. Ils ne peuvent être cédés aux patients à titre gratuit ou onéreux. Les nouvelles dispositions prévoient que la composition de la provision d'urgence sera déterminée par arrêté ministériel (et non plus par le Directeur de l'Action Sanitaire et Sociale du département concerné, après avis de l'Ordre des Médecins). On note que l'obligation faite au médecin de se fournir à la pharmacie la plus proche n'existe plus. Enfin le pharmacien fournisseur doit adresser le relevé trimestriel des délivrances pour usage professionnel au Pharmacien Inspecteur Régional et non plus au Directeur Départemental de l'Action Sanitaire et Sociale (le relevé indique le nom des praticiens, la nature et la quantité des produits délivrés).

\* La nature de l'ordonnance

Le prescripteur utilise un bon du carnet à souches délivré par son ordre (papier filigrané, tampon à l'encre rouge de l'Ordre : pour éviter les photocopies frauduleuses). Une obligation nouvelle existe pour le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins : celle d'adresser une fois par an au Pharmacien Inspecteur Régional le relevé nominatif des carnets délivrés.

Par ailleurs, le récent décret ajoute que les praticiens devront prendre toutes précautions afin d'éviter la perte ou le vol de leurs carnets et qu'en cas de perte ou de vol, déclaration en est faite sans délai aux autorités de police, à l'Inspection Régionale de la Pharmacie et à l'Ordre concerné.

\* Le renouvellement de l'ordonnance

Jusqu'au récent décret, pour le tableau B, le renouvellement était interdit sauf pour les liniments et les pommades. Aucune possibilité de renouvellement ne subsiste même pour les liniments et les pommades.

\* La conservation des souches des carnets

Les praticiens doivent garder les souches de leurs carnets de prescription pendant trois ans pour les présenter à toute requisition des autorités compétentes le cas échéant.

\* La limitation de la durée de traitement

La durée maximale autorisée est de 7 ou 60 jours suivant la spécialité. Pour mémoire, ne sont concernés actuellement par la règle des 60 jours que des formes orales (Cafilon, Captagon, Fortal, Mandrax et spécialités contenant du sécobarbital)

\* La rédaction du "bon" de stupéfiant

Les conditions antérieures demeurent inchangées et doivent figurer :

- date, nom, adresse et qualité du prescripteur
- dénomination, posologie et mode d'emploi du médicament
- durée du traitement et quantité nécessaire
- nom et adresse du malade.

De plus, âge et sexe du malade devront être mentionnés.

La posologie et la quantité nécessaire au traitement sont indiquées en toutes lettres.

Rappel : si la posologie dépasse les limites des doses maximales légales, le médecin indique "je dis" telle dose, confirmant ainsi qu'il ne s'agit pas d'un lapsus.

\* Interdictions diverses pour les stupéfiants

L'interdiction de chevauchement demeure. C'est-à-dire que le praticien ne peut établir (et le pharmacien ne peut exécuter) une ordonnance comportant une prescription des dits médicaments au cours d'une période couverte par une prescription antérieure de médicaments classés comme stupéfiants. "Il peut toutefois être dérogé à cette interdiction si le prescripteur le demande expressément en faisant état, sur l'ordonnance, de la précédente prescription dont il a connaissance".

Il est toujours interdit de prescrire et d'exécuter des ordonnances comportant des substances stupéfiantes en nature (la forme doit être compatible avec l'usage thérapeutique).

Enfin, une nouvelle disposition prévoit que si l'ordonnance n'est pas honorée tout de suite, elle ne peut être servie que pour la durée restant à courir. ●

# Le développement de l'espoir dans la pratique de la médecine et dans la cure hospitalière de sevrage

Docteur Jacques BERTRAND  
Médecin généraliste  
PAVILLY 76

**A** regarder en arrière, il m'est vite apparu que les choses, les mots et les concepts se modifient, parfois étrangement, avec le temps. Il en est ainsi de l'ESPOIR, dont j'ai choisi de vous parler ici. Espoir dans la pratique soignante et peut-être un peu plus particulièrement dans la cure de sevrage hospitalière du toxicomane.

A mon souvenir, il n'était guère question d'espoir dans les années 42-50 pendant mes études. La médecine était alors surtout descriptive, on avait le temps de regarder les choses, avec une certaine distance mandari-nale d'ailleurs.

Dans les 20 années suivantes le paysage s'est profondément modifié. Moyens d'investigations, procédures thérapeutiques ont brutalement décuplé leurs puissances. On se comportait comme des enfants de riches qui, découvrant les jouets de Noël, ouvrent tous les paquets à la fois. Extrapolation, suroptimisation, anticipation sont devenues des règles sans contrôle. Espoir bien sûr, mais fortement marqué d'illusions, qui persistent chez beaucoup. Les plus anciens d'entre nous médecins racontent encore parfois d'une voix bêlante et nostalgique les succès de cette époque.

Mais peu après 70, peu à peu, les choses sont devenues plus compliquées, plus troubles, plus inquiétantes pour beaucoup. Des doutes sont apparus sur la possibilité de poursuivre cette ascension exponentielle. De "Demain on rase gratis", on est passé à "Ne pas désespérer Billancourt", puis à "Y a t'il un pilote dans l'avion ?"

Mais on peut aussi regarder non plus en arrière mais devant soi, au présent, les tendances qui, croissantes et décroissantes, poursuivent leur évolution. Les couches se mélangent comme les lits géologiques sur le front des falaises, comme les couches de confiture à la coupe des gâteaux roulés.

Essayons d'y retrouver quelques directions.

L'espoir peut trouver sa place sur des axes entre concepts opposés, dans une procédure en quelque sorte binaire. Examinons brièvement trois de ces oppositions deux à deux : l'amour et la haine - la position para-noïde et la position dépressive - la science et la religion.

## AMOUR ET HAINE

L'espoir c'est évident mais pas qu'un bon sentiment n'est pas seulement le dernier refuge de la bonté naturelle de l'homme. Il est imprégné d'ambivalences, de conflits. Nos espoirs secrets sont souvent inconci-liables entre eux, et comportent moins d'amour, beaucoup moins d'amour que notre idéal du moi, notre pro-gramme officiel ne semblerait l'indiquer. Cette ambivalence tient du fond comme de la forme. Entrant dans le cabinet d'une psychanalyste, j'ai été, au début de l'expérience, assailli par des fantasmes terrorisants, comme à l'entrée d'un monastère tibétain où des figures grimaçantes paraissent étrangement menaçantes. Ce type d'affect, assez fréquent, je crois, est très ambigu dans la forme (espoir/crainte), comme dans le fond (amour/haine).

A plusieurs reprises, j'ai cru percevoir, au début des cures, des situations du même ordre chez des patients toxicomanes hospitalisés dans le service dont je m'occupe. L'espoir non réaliste est fondé sur le déni inconscient. Tout espoir réaliste doit s'appuyer sur la capacité d'éprouver une perte. C'est évident chez le patient pour qui la démarche de demande de cure peut fonctionner, doit fonctionner comme occasion d'envi-sager une perte. Mais aussi côté médecin à qui est sans doute nécessaire une double perception : que

d'une part son espoir n'est pas seulement l'expression de son dévouement et de ses bons sentiments, mais aussi et d'autre part, que l'espoir du médecin, comme symptôme du patient fait aussi coïncider amour et haine.

Ce processus de maturation doit aider le thérapeute à trouver des gratifications, et à ne pas reléguer trop vite son malade, malgré des raisons qui iraient dans ce sens, parmi les cas désespérés.

## POSITION PARANOÏDE, POSITION DÉPRESSIVE

Les médecins sont souvent, malgré les apparences contraires, peu satisfaits d'eux-mêmes, à la limite déprimés. Le taux des suicides d'ailleurs n'est pas négligeable dans cette profession, ni la dépendance aux drogues.

Le désespoir du médecin peut être vu comme un des paradoxes de la modernité, que l'on trouve aussi dans les échanges économiques sous la version "d'otages au quotidien".

Il est vrai que les médecins ont quelques raisons d'être mécontents. Mais quand on analyse leurs plaintes, on risque d'être surpris de trouver au premier rang l'absence de compréhension des maîtres, puis les exigences des malades, ensuite seulement les problèmes financiers. L'enquête que j'ai menée sur le sujet et qui a fait l'objet d'une analyse des données est compatible avec une perception du problème en terme de position paranoïde et dépressive. La profession médicale lutte inconsciemment entre deux positions. L'une, sensible au progrès de l'hygiène et de la thérapeutique, désigne l'ennemi extérieur et veut, doit l'éradiquer. A l'inverse des maladies nouvelles, le développement de pathologie négligée auparavant mettent complètement en question les succès escomptés.

Le manque de réalisme de l'idéal thérapeutique par refus individuel et collectif de traverser et d'occuper la position dépressive pousse beaucoup de médecins à la frustration, à l'insatisfaction, à la désagrégation de leur ambition thérapeutique, à la non exploration des marges de la médecine, dont les dangers leur sont d'ailleurs présentés sous des aspects qui évoquent les fantasmes persécutifs évoqués plus haut.

## SCIENCE ET RELIGION

Sujet considéré naguère comme privé, voire tabou mais qui paraît incontournable. Non pas tant qu'il réapparaisse dans des directions imprévues, (cosmologie, thérapeutique, éthique) mais plutôt, en ce qui nous concerne ici, que l'espoir exprimé des médecins repose le plus souvent soit sur les progrès de la science, soit sur un humanisme qui est une forme diluée de religiosité. Et l'opposition groupe à groupe est parfois considérable ; on s'est accusé de part et d'autre d'illusions, d'emprises et de leurre ; et dans l'autre sens de froideur mortelle et de terrorisme intellectuel. A l'évidence le domaine de la toxicomanie n'échappe pas à ces structurations divergentes dont on se demande tout de même si l'on ne pourrait pas parfois en faire l'économie sans perdre de la rigueur. En étant sensible par exemple au tassement des certitudes sur la connaissance scientifique, pour qui est attentif aux mouvements actuels ; en admettant d'autre part la différence entre transcendance et sacré ; l'anthropologie d'ailleurs qui montre bien l'universalité du phénomène religieux ne le limite pas aux religions du livre, et signale les espaces que laisse ouverts l'animisme.

On a parlé jusqu'ici de l'espoir en termes d'oppositions binaires, un peu selon la logique de Boole. Regardons plutôt maintenant les conditions de la genèse d'un espoir sur quelle strate il peut apparaître et se développer. En partant, malgré le paradoxe apparent d'une direction abstraite, celle d'espérance mathématique d'une variable aléatoire.

Une variable aléatoire est un caractère mesurable dont la valeur est déterminée par le hasard, c'est-à-dire par l'accomplissement d'une certaine épreuve définie à priori (jet d'un dé, tirage d'une loterie, projection d'un sujet sur son avenir proche).

L'espérance mathématique d'une VA et l'abscisse du centre de gravité de la distribution de masse,

soit sous forme symbolique  $E(X) = \sum x_r P_r$

soit sous forme de langage naturel, moyenne de la valeur des lots multipliés par leur chance de gain.

Si l'on reprend donc la genèse de cette espérance mathématique, on peut identifier 4 niveaux :

- 1 - L'envie de participer au jeu, à l'épreuve, au pari. Pulsions et critères logiques peuvent se mélanger quand on peut, ou veut, faire un choix dans l'incertitude.
- 2 - Au second niveau on peut s'intéresser à la réalité de la partie, à déterminer les conditions de l'épreuve, à en distinguer les événements élémentaires.
- 3 - Au troisième niveau, on s'intéresse aux paramètres : probabilités estimées des risques et des chances, des gains ou des pertes.
- 4 - La quatrième étape, le calcul est trivial. C'est un processus machinique sans intérêt ici.

La définition des probabilités en terme de pari et d'épreuve, ici utilisée, n'évacue pas la notion du temps, et permet peut-être mieux de dissocier certains ingrédients de l'espoir :

- 1 - L'envie de participer.
- 2 - L'examen de la réalité de l'épreuve.
- 3 - La détermination des chances et des risques, et des valeurs qu'on leur attribue. On sent bien ainsi la distance infranchissable directement qui sépare le désir de son objet, distance qui tient du déroulement du temps comme de la nature des choses.

Cette distance redoutable, à priori infranchissable, peut cependant laisser apparaître la possibilité d'espace intermédiaire entre le dedans et le dehors, espace marqué par l'invention d'un jeu en train de se dérouler. Non pas des jeux réglés, agencés comme des fantasmes ou des rituels. Plutôt quelque chose en train de se faire, comme sur le papier, ou plutôt dans cet espace entre le papier et la pointe du crayon, apparaît le dessin ; les mains que dessinent Escher par exemple.

Nous avons jusqu'ici cherché à trouver l'espoir entre des sentiments opposés puis dans sa genèse formelle. Regardons un instant l'aspect que nous en fournit la langue naturelle. A priori les effets de sens que permet cette langue naturelle sont marqués d'une double ambiguïté. D'une part en effet, le génitif y est actif et passif à la fois : l'espoir de Pierre peut être ce qu'espère Pierre, mais aussi ce qu'on espère de Pierre. D'autre part, sujet et objet y risquent d'impurs mélanges : l'espoir de Pierre peut être le mouvement intime de son être qui le pousse à espérer, mais aussi l'objet vers lequel l'attire cette espérance.

Ces ambiguïtés de la langue naturelle, qui pose problème à qui aime les formalismes rigoureux, qui font, c'est vrai, courir le risque de confusion entre sujets, entre sujet et objet aussi, ont cependant l'avantage de permettre des échanges largement ouverts sans trop d'à priori restrictifs.

Cette langue naturelle fonctionne mal dans le registre classique de la théorie de l'information (Wiener, VonNeuman) et du structuralisme, mieux dans le sens de l'autonomie créatrice et de la circularité (Varela).

Ce dont je vous ai entretenu n'était, je l'espère, pas trop loin du thème de cette réunion de Caen. Je vais tenter de me résumer et d'illustrer mon propos.

Je suis médecin généraliste, Chef de Service d'un petit hôpital (du moins jusqu'il y a peu). Hôpital où le Docteur VIVET et l'ARIRT m'ont adressé d'assez nombreux patients pour cure de sevrage. Je me félicite de nos relations.

Pour s'occuper de malades que l'on peut considérer comme difficiles, et les toxicomanes semblent l'être, le médecin, le soignant doit pouvoir garder espoir. Le patient aussi bien sûr.

Mais pas n'importe quel espoir : un espoir proche de son instant de genèse, un éclair d'espoir naissant, proche de l'autre, loin de l'objet, du calcul, des performances. Loin des discours de ce club de menteurs dont le monde médical, qui s'exprime en public, revêt parfois l'aspect. Une sorte d'espoir malgré tout, ou plutôt malgré que.



Dans l'exemple dont je vais parler, j'ai cru sentir cet espoir naissant entre deux personnes.

Il est midi et demi , je suis revenu un peu tôt à mon domicile, le toxicomane que nous avons attendu vers 10 heures à l'hôpital n'est pas venu.

Marie-Odile m'appelle au téléphone.

Mario, c'est des 4 infirmières du service, la plus solide, la plus naturelle, la plus courageuse.

Le toxico est, me dit -elle, arrivé : mais intenable, fait peur à tous, menace de se suicider comme il l'a déjà fait. Il faut l'évacuer d'urgence.

Mario, si calme d'habitude, est presque comminatoire.

L'atmosphère du service est, c'est vrai, perturbée : 2 des 4 infirmières ont fait presque ensemble une GEU, leur absence et mon départ proche (du moins es qualités) fragilise notre fonctionnement.

Sur le trajet de l'hôpital, je ressens une sorte de peur de la violence qui ramène des fantasmes d'enfant physiquement fragile, une sorte de peur de l'effondrement d'un espace délicat lentement construit où l'échange des paroles a pris une place naturelle.

Le garçon marche de long en large, tendu mais non violent. Il consent à s'asseoir, parle aussitôt de sa précédente tentative de suicide et de celle qui doit suivre immédiatement.

Il me semble qu'ensemble nous percevons alors nos peurs réciproques mais sans violence.

Et nous pouvons, puisqu'un espoir naît, aller au- delà.

De l'enfance désolante qu'il commence à me raconter jaillit un énorme besoin de parler.

Il se détend ; Mario aussi, qui assiste à l'entretien.

Il est vrai qu'il ne peut rester chez nous, structure trop fragile devant la menace de la profonde dépression.

On s'en explique. On aménage son admission dans un lieu psychiatriquement structuré qu'il accepte presque avec reconnaissance car on a tout fait pour qu'il puisse y parler, et qu'il se sente déjà protégé contre sa propre violence.

On parle de se revoir.

Le départ du service se fait dans des conditions très naturelles.

Je n'ai jamais eu de nouvelles de ce patient (c'est d'ailleurs le cas très général).

Je garde cependant le souvenir de cette rencontre comme de la naissance d'un espoir.

Mon discours est fini mais j'aimerais beaucoup avoir votre sentiment et votre expérience sur ce qu'on nomme "cure de sevrage".



201347

# La Méthadone, outil thérapeutique ou le mythe de la substitution

Patrick GREGOIRE  
Psychologue  
Projet LAMA  
Bruxelles - Belgique.

**L**a question de l'utilisation des produits de substitution est le plus souvent passionnelle, en particulier lorsque nous avons l'occasion de débattre avec des collègues français. Cette passion n'est probablement pas sans lien avec les passions que soulève l'usager des drogues illicites, c'est-à-dire, et c'est une autre façon de les identifier, des drogues produites en dehors des pays industrialisés.

Elle n'est probablement pas sans lien avec les passions que les opiacés sont chargés de mater, d'anesthésier. Ce début s'est d'ailleurs au moins partiellement transposé sur la question de l'éventuelle dépénalisation des drogues illicites.

C'est un juriste français F. CABALLERO qui a produit le travail le plus documenté à ce propos et qui développe une idée intéressante, la théorie du commerce passif. Vous avez par ailleurs eu un ministre de la Santé extrêmement éphémère qui avait pris une position de pointe par rapport à la Méthadone. En tout état de cause, il est évident que les attitudes vis-à-vis des produits de substitution ont à faire essentiellement avec la culture et l'histoire, avec les systèmes de représentation de la déviance en général et de la toxicomanie en particulier, qui prévalent à un moment déterminé en un lieu déterminé. Il ne me semble pas qu'on puisse faire état de critères scientifiques, d'efficacité, de morale, d'éthique, pour juger définitivement du bien-fondé ou du mal-fondé de ces traitements. Ils sont utilisés dans de nombreux pays par des gens parfaitement soucieux du respect et de la liberté de leurs patients.

Parmi ceux-ci, il y a quelques belges dont je suis.

Je travaille en qualité de psychologue dans un ambulatoire situé à Bruxelles, qui existe depuis 1983, qui a reçu à ce jour 1 200 demandes de traitement et qui a en permanence 120 patients en traitement dont 90 bénéficient de Méthadone et 40 de Temgésic sous forme non-injectable (préparation magistrale). A ce propos, nous ne connaissons pas de cas de dépendance à la buprémorphine (Temgésic) lorsque celle-ci est prise par voie sub-linguale. Les seuls cas de consommation prolongée, addictive, le sont lorsqu'il y a utilisation de la voie I.V.

L'administration de la Méthadone est strictement réglementée. Les patients doivent venir quotidiennement au centre prendre leurs médicaments. Des contrôles urinaires fréquents ont lieu. Un contrat doit être respecté et des rencontres régulières avec les thérapeutes sont exigées.

Mon propos ne constituera pas à défendre le bien-fondé des traitements qui utilisent la Méthadone, mais de faire état d'une expérience corroborée par les recherches faites dans d'autres programmes, aux USA, en Suisse, en Angleterre, etc...

Nous avons été contraints par les autorités belges à mettre en oeuvre une étude clinique pour évaluer l'efficacité des traitements de substitution.

Nous sommes honorés d'être la seule forme de traitement à être soumise à cette obligation et serions ravis de pouvoir comparer nos résultats avec ceux de nos collègues des communautés thérapeutiques, des hôpitaux, des consultations "drug-free", etc...

Au delà de l'ironie, notre recherche confirme globalement les résultats généralement obtenus par les programmes de traitement à la Méthadone et confirme quelques données épidémiologiques élémentaires.

La majeure partie des 270 patients inclus dans l'étude :

- . a entre 21 et 33 ans,
- . 72 % sont des hommes, 27 % des femmes, 1 % des transsexuels,
- . 80 % sont célibataires,
- . 67 % sont belges,
- . 14 % hors CEE, 10 % sont maghrébins, 1 % français.

La population maghrébine est sous-représentée par rapport à ce qu'on évalue dans la population générale et en tous cas par rapport à la population en milieu carcéral.

Un tel constat pose la question de la dimension culturelle de l'accessibilité aux structures de soins et du taux de rétention de celle-ci en fonction de la nationalité.

Les résultats que mettent en avant les défenseurs de l'utilisation de traitements à la Méthadone sont globalement confirmés.

Il faut néanmoins remarquer que les résultats sont fonction du niveau d'encadrement psycho-médico-social. Des études comparatives entre des programmes américains fonctionnant selon des modalités différentes l'ont bien mis en évidence.

Par ailleurs, la question du dosage de Méthadone reste controversée. Il y a des partisans de doses élevées qui permettent de saturer des récepteurs opiacés et d'ainsi annuler tout effet d'une prise d'héroïne "illicite" et à l'opposé les partisans de doses faibles à moyenne régulièrement adaptées pour permettre un confort suffisant du patient. La notion de confort méritant bien sûr d'être débattue.

Quels sont les résultats et arguments majeurs :

- . Le taux de rétention est élevé allant selon les programmes de 40 à 80 %. Pour ce qui nous concerne, il tourne autour de 40 %, c'est-à-dire qu'à plus ou moins brève échéance 6 patients sur 10 quittent le traitement malgré l'appétence vis-à-vis de la Méthadone.
- . Les taux d'injection I.V. diminuent de manière extrêmement sensibles, devenant proches de 0 après quelques mois de traitement.

Sur le plan de la Santé Publique et de la circulation de certains virus, cet aspect est loin d'être négligeable. Parallèlement, diminuent également les consommations de produits illicites.

- . La délinquance éclate de manière radicale. Les patients qui restent dans les traitements ne sont qu'exceptionnellement inculpés pour faits postérieurs à leur mise en traitement. Ils sont par contre souvent confrontés à la justice du fait d'une certaine stabilisation sociale qui les rend plus saisissables par les forces de l'ordre.
- . La majeure partie des patients trouvent, retrouvent une activité professionnelle ou de formation dans les mois qui suivent la mise en traitement.

Les effets des traitements de substitution sont donc indiscutables quant à l'amélioration de la situation sociale et de la santé physique de ceux qui en bénéficient.

Quant à l'abstinence, il ne semble pas que les résultats soient très différents de ceux obtenus par les communautés thérapeutiques par exemple. La question de l'abstinence est en soi très intéressante. D'abord parce que l'à priori explicite ou implicite que c'est là l'objectif à atteindre, mérite d'être ré-interrogé. Divers auteurs, et notre pratique le confirme, montrent que la Méthadone est un anti-psychotique autrement efficace que les neuroleptiques issus de la recherche pharmacologique et que ses effets secondaires sont bien plus supportables.

Il reste néanmoins que sur le plan intra-psychique et relationnel, la substitution est un mythe.

Elle laisse entières les énigmes du sujet, les sources de la douleur, les blessures de l'inceste, les fantasmes, les désirs, les peurs...

La Méthadone nous permet d'être un témoin privilégié de ce qui arrive au patient qui devient amoureux, qui garde un emploi, qui devient père ou mère, qui se souvient ou qui ne veut rien savoir.

Mais c'est un mythe de croire que la Méthadone guérit de la vie comme le toxicomane a pu le croire et l'attendre de l'héroïne.

C'est un mythe actif chez les toxi-thérapeutes qui participerait ainsi à cette croyance que les opiacés ont ce pouvoir de supprimer le manque à être. S'ils le croyaient moins, les toxicomanes y croiraient moins. ●

201719

# La clinique du toxicomane : une clinique du discours

Patrick MAUGEAIS  
Médecin Psychiatre  
CDASTP CAEN.

**Q**ue l'on se réfère aux grandes observations anatomo-cliniques du début du siècle, aux tentatives plus récentes qui ont voulu faire des toxicomanies une entité nosographique ou au contraire un symptôme, aux classifications successives de l'O.M.S..., une constatation s'impose : les définitions ne cessent de changer, de se modeler aux dernières idéologies à la mode...

Bien sûr, nous pouvons toujours nous penser plus malins que nos prédécesseurs aussi prestigieux soient-ils... il me semble quant à moi que si la "maladie toxicomaniaque" échappe tant à la volonté classificatrice du corps médical c'est surtout qu'elle ne saurait se réduire à un symptôme, à un syndrome, pas plus qu'à une entité clinique.

En finir avec cette idée que les toxicomanes ne sont que des malades tout en constatant que depuis une quinzaine d'années c'est de plus en plus comme malades que les toxicomanes se rendent dans les centres d'accueil, voilà mon propos d'aujourd'hui. Pourtant, malades, ils le sont. Alors, de quoi sont-ils malades ? Peut-on avancer que ce symptôme vient dire une vérité que nous connaissons... celle du "Malaise dans la civilisation" pour reprendre le célèbre titre de FREUD.

Rappelons tout d'abord que le moindre recul historique nous interdit d'amalgamer le phénomène actuel et les différentes toxicomanies connues dans l'histoire : "Elles correspondent à des fonctions sinon à des jouissances bien différentes", souligne Ch. MELMAN (1) qui ajoute qu'il s'agit d'un symptôme social "non pas au sens où un grand nombre d'individus en sont touchés mais parce qu'elles sont inscrites, de façon plus ou moins explicite dans le discours dominant". Nous y reviendrons.

- Voyons tout d'abord à quel genre de malades nous avons affaire.

Un malade ordinaire prête à son médecin un savoir sur sa maladie et lui suppose le pouvoir de le guérir. Le toxicomane, lui, postule que vous ne pouvez pas savoir ce que c'est puisque cette expérience vous manque.

Nous trouvons dans cette remarque son souci d'une relation d'égal à égal, symétrique, en miroir, caractéristique de la relation imaginaire sur laquelle je reviendrai.

Mais ce "vous ne pouvez pas savoir" sous-tend un vous ne pouvez pas comprendre, me comprendre.

Ça n'est pas sans raison que se superposent ainsi savoir et compréhension car ça n'est pas le savoir sur le produit qu'il nous dénie mais bien le savoir des effets du produit sur lui-même.

En cela il nous dit bien que la question n'est pas du côté du savoir objectif médico-pharmacologique et il introduit la question de la subjectivité si tant est que nous évitions le piège qu'il nous tend en formulant toute demande comme un besoin.

Son discours risque en effet de provoquer notre intervention ce qui aurait pour conséquence de l'enfermer avec nous dans la répétition.

- Ce discours à quoi sert-il, alors ?

Je dirais qu'il nous occupe... pendant qu'il parle de cela il ne parle pas d'autre chose...

C'est ce qu'il convient d'appeler une défense.

Pour peu donc que nous soyons suffisamment attentifs, ce discours représente une sorte de message à déchiffrer qui contient beaucoup de bruits et peu de mots et demande "une réponse et un refus".

1 Ch. MELMAN 221-89 Journées de l'Association Freudienne consacrées aux toxicomanies.

- Quelle réponse donner et quel refus opposer à cet appel ?

Au contraire du besoin qui vise un objet et s'en satisfait (recours au spécialiste supposé détenir l'objet qui va le soulager...) la demande est un appel à l'autre et il est dans la nature de cet appel de rester au moins partiellement insatisfait. Il est même alors possible d'opposer un refus qui réponde effectivement à la demande, la laissant à ce qui la sous-tend et que le toxicomane refuse absolument : l'insatisfaction de l'être.

Nous voilà revenus au Malaise dans la civilisation.

Ça n'est donc ni par hasard, ni par sadisme, que le refus opposé au toxicomane est si essentiel pour tout intervenant disposant d'un peu d'expérience, je dirai même que c'est la seule façon pour le toxicomane d'accéder à une demande vraie et de se situer en tant que sujet.

Tendons maintenant une oreille attentive au discours du toxicomane qui nous présente comme réelle, incontournable la prise du produit et ses conséquences. A même cause même effet, c'est ainsi qu'il est toxicomane et peut même s'identifier à son produit au point de n'être plus qu'un héroïnomane, un toxico... A cela on ne saurait donc opposer que l'arrêt de la prise du produit et c'est bien sur ce terrain qu'il vient nous sommer de lui procurer la bonne thérapeutique dans ce que nous pouvons souvent percevoir comme un défi.

"La relation imaginaire pure" nous dit S. LECLAIRE (2), c'est cela : fascinante, inexorable et sans issue".

Le danger pour l'interlocuteur est de se situer lui aussi dans ce tête à tête imaginaire. Il y a bien des façons de méconnaître le sens de ce que dit le patient, dont une est plus particulièrement répandue, le savoir tranquille parce que pré-fabriquée : quand on sait par avance de quoi est fait un patient, point n'est besoin de l'écouter. Ainsi pourrait-il en être du spécialiste en toxicomanie. Il lui suffirait d'appliquer les clefs d'une compréhension imaginaire dont les effets ne sauraient que perpétuer ensuite la relation ainsi instaurée et la maintenir dans la plus parfaite stérilité.

La notion de contrat dont l'usage - et l'abus - semble sans limites avec les toxicomanes est un des exemples de telles impasses dès lors qu'il cesse d'être une exigence morale pour s'ériger en règlement.

Pour S. LECLAIRE "ce qui spécifie la relation imaginaire, c'est son caractère essentiellement duel, son aspect foncièrement narcissique, sa fonction de défense devant une relation à trois, authentique, sa stérilité dans le domaine de la compréhension et j'y ajouterai, dit-il, qu'elle se perpétue en marge du temps réel qui conduit à la mort."

"Le type de relation ainsi exprimé se réfère au souci de Narcisse. La fontaine ici et sa surface d'eau ce sont les autres, qui n'existent que dans la mesure où ils servent à préciser pour lui sa propre image, par comparaison".

Le toxico ne se repère et ne se mesure aux autres qu'en tant que toxico, en cela, il n'a pas de présence sociale.

Il est même là doublement captif puisqu'enfermé dans cette relation narcissique qui ne lui permet pas de s'adresser authentiquement à un autre. Il n'a que le souci de lui-même, de sa dose, de son manque, de son dealer ou de sa décroche, assouvissement dans lequel le produit et ses effets l'emprisonnent plus sûrement encore, s'il était besoin.

Et tant que nous-mêmes nous restons prisonniers de cette fascination, le problème paraît sans issue.

Or, il n'existe pas de relation imaginaire pure. Dans chaque relation persiste un peu d'authenticité, l'absence d'engagement n'est jamais un refus total, le toxicomane s'arrête au bord, regarde sans y participer la véritable dimension humaine.

D'une certaine façon persiste chez lui une attente ; il nous appartient d'y mettre un terme par notre refus de répondre.

- Répondre serait en effet :

- . montrer que nous ne comprenons rien au vrai sens de sa question,
- . entrer dans son jeu imaginaire.

Nous avons à lui signifier notre attention, notre présence authentique et le prix que nous attachons à ce qu'il dit sans en être, comme je le soulignais à l'instant, l'otage captif et fasciné.

Une relation authentique est une relation qui engage, qui n'impose pas un enchaînement logique mais un mouvement de l'homme qui s'adresse à l'homme. S'engager en tant qu'homme c'est pouvoir dire oui ou non. Ce oui ou ce non engage l'individu sans qu'il sache pleinement à quoi il s'engage, il ne peut en saisir le déroulement comme le démontage d'une mécanique, puisque cette expérience n'est pas au moment où il s'engage, je veux dire que c'est une parole qui a des conséquences et des conséquences inconnues.

Cela, le toxicomane n'en veut pas, il préfère plutôt nous dicter ce dont il a besoin, prescriptions y compris. Il voudrait nier la dimension propre de la parole humaine et ravalé sa parole à la dimension du signe : Stimulus (manque) Réponse (sans)... où là tout est automatique et si l'on peut dire sans ambiguïté !...

Paradoxalement c'est le oui de la parole qui engage qui peut paraître ambigu, dans la tromperie ou la ruse, la duplicité ou l'exigence et la rigueur. Mais, sincère ou trompeur, le oui qui engage contient virtuellement le non et, au contraire de celui de la machine, nous lance dans l'inconnu. Et nous n'avons pas à demander au toxico qui s'engage de savoir l'avance ni même de réussir. En un mot, la parole dépasse l'homme qui la donne.

Que signifie ce mot de dépassement ? C'est en fait, le dépassement de toute préfiguration imaginaire. C'est ce dépassement qui signifie la vie authentique dans son progrès opposé à la stérilité de l'imaginaire.

Ce que nous tentons de susciter chez le toxicomane est une recherche du sens, car nous pensons, naïvement peut-être, que l'action de l'homme a un sens. C'est aussi une mise en doute : "Si nous en restons au texte freudien, le doute est, en dernière analyse un doute de l'amour : amour de soi, de l'autre, de soi par l'autre"... (S. LECLAIRE)

Nous savons que la grande majorité des toxicomanes débutent à l'âge où il s'agirait pour le sujet d'entrer dans la vie adulte, vie qui se marquait dans toutes les civilisations par un serment, un engagement... signifiant une acceptation de la condition humaine et de la mort.

Incapable d'un tel engagement, incapable d'assumer un choix, la répétition du geste du toxicomane est une fuite dans l'imaginaire, fuite défensive qui a pour effet de le situer hors du temps qui mène à la mort.

Tout puissant, il défie la mort même, ce que nous constatons par exemple dans ces comportements ordaliques que Marc VALLEUR a fort bien décrits dans son mémoire (1981).

Le sens de l'histoire et la mémoire disparaissent au profit d'un éternel présent épuisant aussi bien que stérile.

Le coup de tonnerre de la révélation d'une séropositivité en le rendant à une mort ressentie alors comme proche et inéluctable nous a permis parfois de constater d'étonnantes transformations, comme si la dimension symbolique soudainement restaurée, en leur restituant un avenir qui les dépasse, fut-il limité, venait briser cet enfermement dans l'imaginaire.

- Psychose, névrose, perversion ?

Entre le Réel du produit avec ses incontestables effets biologiques et l'enfermement Imaginaire que je décrivais, qu'en est-il de la dimension symbolique ?

L'absence apparente de référence symbolique pourrait évoquer la psychose... dont nous avons d'ailleurs parfois à faire le diagnostic chez certains toxicomanes.

Mais tout autant nous rencontrons des toxicomanes chez lesquels nous avons tôt fait de détecter un surmoi féroce avec lequel le sujet est incapable de s'affronter.

Le refuge dans la drogue et la fuite dans l'Imaginaire jouent là à proprement parler leur rôle de défense et l'on perçoit alors les risques encourus à gommer trop vite le symptôme.

Avec la drogue le sujet met alors en place :

"Une pensée qui ne pense à rien...  
fonction pacifiante du hors sens face au déchaînement du sens" !

rôle que Michel POIZAT attribue aussi à ... la musique !  
(voix de la folie, folie de la voix - Frénésie n° 7)

Position extrême puisqu'en tant que dégagée de tout signifié, elle ne s'inscrit pas dans la signification .

La défonce, alors, non seulement ne veut rien dire mais a pour fonction au contraire d'arracher à la langue elle-même ce qu'elle veut dire. C'est là que réside tout le pouvoir de jouissance qui la caractérise. La dépendance à l'égard de l'objet avec surgissement de l'angoisse à partir du moment où l'objet réel vient à manquer signe la position perverse. En cela on peut affirmer que la toxicomanie est une perversion induite.

Cette transformation chez le toxicomane s'illustre entre autres par le fait que quand il n'aura pas drogue, il s'injectera n'importe quoi. Ce qui importe c'est un produit et une injection, tant pis pour le produit lui-même.

Ce processus métonymique doit nous faire percevoir qu'en prescrivant nous sommes toujours dans le risque de n'être rien d'autre qu'un dealer.

La perversion, nous dit encore L. ISRAEL, "c'est la tentative de réduire le sujet à l'objet". (boîter n'est pas pêcher p. 96)

Voilà qui me paraît singulièrement bien résumer la tentative du toxicomane.

Mais chez le toxicomane tout autant le symptôme dans son adresse est un message dont la dimension langagière permet qu'on en restitue la portée métaphorique. En ce sens on ne saurait parler de structure perverse.

Ce que FREUD a élaboré dans l'approche du symptôme, c'est qu'il émerge comme "discordance inintégréable dans le monde du sujet, un monde où se méconnaît le fait que ce dont on souffre c'est ce dont on jouit, toutefois un automatisme de répétition vient barrer, comme vaine, toute référence à une signification ultime, confrontant ainsi le sujet à un irréductible, un réel dira LACAN, dont il faut cerner le lieu par delà la variabilité historique" Elie DOUMIT.

## LE TOXICOMANE ET LE MEDECIN

"La parole du toxicomane n'est pas fiable" écrit Maud MANNONI, dans "La théorie comme fiction" et nous savons que "magouilles" et manipulations font pour ainsi dire partie de la carte d'identité du toxicomane.

Cette "volonté de tromper" suffit souvent à justifier son exclusion précisément parce qu'il "n'est pas malade". On considère le symptôme toxicomane comme lié au sujet et à sa volonté, en référence à un sujet psychologique qui "sait ce qu'il dit" face auquel le médecin ne doit pas être dupe de la demande comme tromperie, sinon il cesserait d'être médecin : les demandes d'opiacés, Palfium ou dérivés de la Codéine tout autant d'arguments pour justifier cette attitude face à ce qui est ressenti pour le moins comme une provocation.

Inversement, cette tromperie peut ne pas être rapportée au sujet mais à la maladie comme telle, elle est expression symptomatique et seul le médecin est alors en mesure de juger du vrai. Le symptôme est alors séparé du sujet et s'offre au regard objectivant du médecin dans une pure extériorité. Ce qui est dit "dit vrai", et ce sera une raison pour le médecin d'affirmer sa position de médecin. Cette attitude est évidemment à proprement parlé une attitude scientifique, et c'est un tel regard qui a permis un tel essor à la médecine en isolant des symptômes généraux, reproductibles, identiques chez tous les malades et permettant d'isoler des catégories nosographiques. Mais cette désobjectivation nécessaire exclut du même coup le sens, et ce savoir objectivant exclut la singularité du sujet.

On peut toutefois comprendre que certains se refusent à ce qu'il soit ainsi désigné une limite au champ médical.

Reconnaître une dimension qui, de structure, serait hors champ médical est d'autant plus mal accueilli que les indiscutables promesses de notre ère scientifique et technique tendent à nous conforter dans l'idée que le discours médical en tant que discours scientifique est un discours universel.

Dans ces deux cas, le médecin ne peut, face au toxicomane que se heurter à une impasse.

Mais ce discours médical, quel est-il ? Je voudrais ici en dégager quelques aspects, certes parcellaires mais à mon sens particulièrement significatifs.

Le toxicomane est un prosélyte nous dit-on.

Voyons comment les laboratoires pharmaceutiques vantent eux-mêmes leurs produits :

ANAFRANIL : pour un regard - vers un sourire  
ATHYMIL : pour retrouver les couleurs de la vie  
DEFANYL : sortir de l'isolement, repartir ensemble  
SURVECTOR : très vite le goût d'agir, la volonté d'entreprendre  
URBANYL : le pouvoir d'agir.

Il semble que l'on ait là bien oublié que le pharmakon est toujours remède et poison.

Contre quel symptôme pathologique s'agit-il ici de lutter ? Nous y voyons plutôt s'entr'ouvrir les portes du Paradis artificiel enfin garanti...et permis...

"La dépression, une maladie qui doit disparaître" titrait un commentateur d'un récent livre du Pr DENIKER.  
En quoi l'utopie du toxicomane diffère-t-elle de celle-ci ?  
A quand donc la fin du Malaise dans la civilisation ?

Que nous dit par ailleurs le discours publicitaire ?

Il vise à nous proposer et à nous rendre indispensable un objet susceptible d'annuler toute référence à une jouissance autre que celle qu'il procure et ainsi il n'est plus possible de s'en passer. C'est cette chose et elle seule qu'il nous faut.

Le toxicomane ne dit rien d'autre.

Et dans tous les cas l'effet est le même. Ces objets dont le sujet éprouve qu'ils pourraient lui donner un accès direct à la jouissance, il se trouve que ce sont eux qui disposent de lui.

Nous venons de dire que le produit annule toute référence à une jouissance autre. En quelque sorte avec cette découverte de la drogue, le toxico a cette illusion qu'il a atteint le but, qu'il a là la clé de toute sa vie même, de ses désirs, de ses besoins, de ses douleurs, de ses souffrances, qu'il vient d'accéder à la vérité de son être.

Il se condamne alors à une dramatique répétition voire à une surenchère, jusqu'à ce que mort s'ensuive. Seul le manque viendrait alors le protéger contre la mort, aussi n'hésiterai-je pas à affirmer que c'est le manque qui à la fois fonde la toxicomanie et constitue, par son existence, le seul rempart contre la mort, le seul lien d'où pourra peut-être un jour surgir une demande qui viendrait permettre enfin au sujet de s'exprimer.

On peut penser qu'il y a dans le discours du toxicomane comme dans le discours médical, avec les drogues, la possibilité d'induire de façon médicamenteuse ce dépassement des limites à la jouissance imposées par la névrose, (la névrose posée ici comme la norme, en opposition au discours médical actuel).

Ce dépassement une fois induit, nombreux sont ceux qui, dans des conditions accidentelles, peuvent devenir toxicomanes.

"Il faut même des conditions subjectives extrêmement précises et affirmées pour ne pas s'y laisser prendre".  
(cf. Ch. MELMAN).

• • •



201720

# Les discours psychiatriques à propos des toxicomanes

Dr Michel VIVET  
Médecin Psychiatre  
Directeur de l'ARIRT  
Rouen

**J**e ne ferai pas d'exposé clinique. Je tenais surtout, dans cette courte intervention, à vous faire part de quelques réflexions sur l'évolution du vocabulaire et des différents discours à propos des toxicomanies et des toxicomanes, et plus précisément du vocabulaire psychiatrique.

L'apparition de la notion de toxicomanie est datable : la première moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle, et elle est liée de façon indissociable aux déterminants économiques, idéologiques, ainsi qu'aux progrès de la médecine.

Le discours médiatique s'alimente à la fois du discours juridique et du discours psychiatrique, il subit les fluctuations du discours politique et par là même de l'idéologie. (je pense que l'exposé de Nicole STENUIT, au cours de ces journées, développe ce sujet).

- Le discours psychiatrique s'appuie sur des éléments très hétérogènes :

d'une part, les observations et les travaux de psychiatres du XIX<sup>ème</sup> siècle, en particulier de Moreau de Tours, qui fut l'un des premiers à codifier les effets somatiques et psychiatriques des différentes drogues et plus particulièrement du cannabis ("du haschich et de l'aliénation mentale", 1845),

d'autre part, les relations de nombreux écrivains qui avaient fait l'usage de produits toxiques pour leurs effets psychotropes, des "confessions d'un opiomane anglais" de Thomas de Quincey, des "paradis artificiels" de Baudelaire, à Henri Michaux, sans oublier Conan Doyle et les travaux de Freud sur la cocaïne.

Or, l'intérêt des psychiatres comme celui des écrivains se portait autant sur les perturbations psychopathologiques provoquées par la consommation de certaines plantes ou de leurs dérivés que sur les effets bénéfiques que l'on pouvait en tirer...

On peut s'interroger ainsi sur les campagnes actuelles de lutte contre la cocaïne et les immenses profits réalisés par son commerce illicite, alors que les mérites de cette substance ont été vantés, fut-ce à tort, par des auteurs prestigieux, dans la seconde moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle, et que le sirop de cocaïne a été utilisé, sous les auspices du Père Mariani, par les hommes et les femmes les plus célèbres de cette époque.

- La notion de toxicomanie va donc s'appuyer sur deux discours : le discours juridique qui définit les interdits, et le discours psychiatrique qui conditionne le premier en fonction de la clinique, de la science et de l'idéologie.

Si l'on considère l'aspect juridique, la drogue est une substance, naturelle ou synthétique, inscrite sur une liste annexée à une convention internationale et soumise à réglementation.

Cette définition est bien souvent sans commune mesure avec les méfaits occasionnés par telle ou telle substance sur le sujet qui la consomme. L'attribution du qualificatif de toxicomane à tout usager régulier de produits figurant sur cette liste, de façon exclusive, est une attitude extrêmement réductrice puisqu'elle exclut l'usage régulier des psychotropes autorisés ou dont l'usage n'est pas réglementé, médicaments calmants ou excitants, alcool, tabac, etc...

Or l'histoire nous apprend que l'homme a de tous temps utilisé des produits naturels, essentiellement végétaux, puis synthétiques, pour modifier ses sensations, le cours de sa pensée, son humeur, faisant de ces produits, comme il le fait des outils pour maîtriser son rapport à l'environnement, un instrument de maîtrise de sa propre existence, et l'on sait que l'usage des produits psychotropes est indissociable de l'histoire des hommes.

Il s'agit d'une recherche de maîtrise spirituelle, de transcendance, dans des utilisations à des fins magiques, initiatiques, religieuses, philosophiques (on observe alors surtout l'usage de produits psychodysléptiques ou sédatifs).

Il peut s'agir aussi d'une recherche de maîtrise des affects dans des utilisations profanes : recherche de l'élimination de la souffrance morale, avec recherche de modifications thymiques, de sédation de l'angoisse ou de stimulation psychique, dans une quête de liberté du sujet vis-à-vis de sa propre existence, de son moi, de son histoire. Serait-ce une tentative, un moyen peut-être, de colmater une division subjective ?

Il peut s'agir enfin d'une recherche de l'élimination d'une souffrance physique ou de l'amélioration des performances...

Il y aurait donc dans l'utilisation de ces produits à la fois :

- . une tentative d'effacement de la réalité du sujet à un moment donné, quand celle-ci est source de souffrance ou quand elle est insupportable (et c'est la fonction même du médicament), mais cet effacement conscient de la souffrance chez le toxicomane prend la forme d'un déni de cette souffrance.

- . une tentative de dépassement de ses possibilités par le sujet, tentative qui ne peut être que très partiellement contrôlée, et est le plus souvent l'expression d'une position mégalomane de celui-ci, du sentiment de ne pouvoir exister que dans une certaine toute puissance. C'est une position uniciste, totalitaire, qui évacue la communication et aboutit à l'isolement tragique de beaucoup de toxicomanes. C'est aussi un positionnement qui préexiste probablement à la toxicomanie, celle-ci n'en étant qu'un épiphénomène.

Mais ces tentatives sont ratées chez les toxicomanes puisqu'elles accentuent finalement la souffrance et l'aliénation. "Il n'y a pas de toxicomane heureux" dit Claude Olievenstein.

Ne retrouve-t-on pas aussi une forme analogue de ratage, de perversion, dans l'usage de nos outils du XX<sup>ème</sup> siècle : la toute-puissance industrielle, l'énergie atomique, ne peuvent-elles pas nous apporter le meilleur et le pire et les réactions de sauvegarde qu'elles suscitent, au travers des différents courants écologiques en particulier, ne sont pas non plus sans analogie avec les différents mouvements de lutte contre la drogue ?

Les limites de la toxicomanie se situent-elles justement aux limites d'un usage conscient et maîtrisé d'un produit psychotrope, dont les modalités, l'efficacité et le contrôle sont transmissibles, soit dans un but de transcendance, soit dans le but d'éviter une souffrance ou celui de provoquer un plaisir sensoriel ou psychique, voire une amélioration des performances physiques ou intellectuelles, ou les limites de la toxicomanie se situent-elles à celle d'un usage incontrôlable par le sujet lui-même, ni maîtrisé, ni maîtrisable : le désir de toute puissance du sujet se confondant avec la toute puissance de l'objet/drogue ?

L'émergence de la clinique passe par la connaissance du sujet au travers du symptôme et le débat reste ouvert quant à savoir s'il y a une spécificité du sujet toxicomane, c'est-à-dire une structure particulière qui ne serait ni de l'ordre de la psychose, de la névrose ou de la perversion, et une ouverture dans ce sens a été faite avec l'apparition du concept de borderline (en 1932, dans "sur l'étiologie des toxicomanies", Glover introduit dans la littérature analytique le concept d'état limite, tout en le nommant "état transitionnel"), puis avec la théorie de Claude Olievenstein à propos du miroir brisé, ou si, au contraire, la toxicomanie n'est qu'un avatar particulier qui peut survenir en fonction d'une multitude de paramètres, indépendamment de la structure du sujet.

Si l'on reprend la définition de l'OMS des pharmacodépendances (OMS, série de rapports techniques n°407. Comité OMS d'experts de la pharmacodépendance. 16<sup>ème</sup> rapport. Genève, 1969) :

"La pharmacodépendance est un état psychique et quelquefois également physique qui relève de l'interaction entre un organisme vivant et un médicament (médicament : toute substance qui, introduite dans un organisme vivant, peut modifier une ou plusieurs de ses fonctions). Cette interaction se caractérise par des modifications du comportement et par d'autres réactions qui engagent toujours fortement l'utilisateur à prendre le médicament de façon continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance et un même individu peut être dépendant de plusieurs médicaments.

Si l'on reprend donc cette définition, on peut se mettre d'accord pour qualifier actuellement de toxicomane toute personne qui fait un usage régulier de produit toxique et qui est dépendante de cet usage, c'est-à-dire malade, qui souffre lorsque pour une raison ou pour une autre elle doit interrompre cet usage.

Les psychiatres ont donc cherché à définir un type de sujets qui, pour des raisons somatiques et surtout psychiques, seraient prédisposés à devenir toxicomanes, et, très vite, on a vu émerger la notion de personnalité toxicomaniacque.

Cette notion est très liée à celle de personnalité psychopathique, concept qui a fait florès depuis la première moitié du siècle : "ce type de personnalité pathologique, dit Guelfi, dont certains contestent l'unité nosographique sinon l'existence même, est sans nul doute celui qui soulève le plus de controverses théoriques. Les diverses dénominations de ce groupe fournissent d'ailleurs une représentation fidèle de l'évolution des idées en psychiatrie sur les différentes conceptions de la pathologie mentale qui se sont succédées depuis le début du XIX<sup>ème</sup> siècle, sur une succession de références morales, religieuses, philosophiques, médicales et sociales".

Il semble donc s'agir d'une catégorie fourre-tout de pathologies que l'on ne sait classer, mais caractérisées par des anomalies du caractère et des conduites, avec une instabilité affective et professionnelle. Elle entre donc dans une classification phénoménologique, comportementaliste. On retrouve ce mode d'approche avec le DSM III qui distingue les personnalités antisociales des personnalités schizoïdes (où dominerait l'associabilité), et des personnalités borderline (où dominerait l'instabilité). Pour ce qui est des personnalités borderline, il est intéressant de rappeler que ce concept, apparu dans les années 30 à propos de l'observation de toxicomanes, est tout-à-fait lié à des questionnements dans le champ analytique.

Pour ce qui est des personnalités antisociales, selon l'OMS, il s'agit d'un "trouble de la personnalité caractérisé par l'inobservation des règles sociales, l'indifférence pour autrui, une violence impulsive et une froide insensibilité. Il y a un grand écart entre le comportement et les normes sociales établies. Le comportement est peu modifiable par l'expérience, y compris les sanctions. Les sujets de ce type sont souvent inaffectifs et peuvent être anormalement agressifs ou irréflichs. Ils supportent mal les frustrations, accusent les autres ou fournissent des explications spécieuses pour les actes qui les mettent en conflit avec la société" (troubles mentaux : glossaire et guide de classification en concordance avec la 9<sup>ème</sup> réunion de la classification internationale des maladies. OMS, Genève, 106 pages, 1979).

Le DSM III précise que chez le psychopathe il s'agit de conduites "antisociales répétées apparues avant l'âge de 15 ans et préexistants à l'âge adulte avec incapacité à conserver une insertion professionnelle régulière, en dehors de tout contexte schizophrénique, maniaque ou déficitaire (retard mental )" (idem).

Nous pouvons, à la lecture de ces classifications OMS et DSM III, inclure dans la rubrique des psychopathes, de toute évidence, bon nombre de toxicomanes que nous connaissons. Mais pouvons-nous en déduire pour autant une incidence thérapeutique ? Et cela nous permet-il d'affiner la clinique ?

On constate ici le poids du social et de l'idéologie et le peu de place qui est laissé à la structure du sujet et à ses incidences cliniques si l'on admet justement que les troubles du comportement sont liés à la structure du sujet mais ne sont pas pathognomoniques de cette structure, d'où le peu d'efficacité d'une telle classification, somme toute purement phénoménologique, pour la prise en charge thérapeutique.

Sans nier le sérieux de certains travaux selon lesquels le trouble fondamental de la psychopathie résiderait peut-être dans une incapacité d'apprentissage par renforcement négatif (punition) , ou selon lesquels l'incidence familiale serait telle que dans les familles de psychopathes il y aurait une présence anormalement élevée de personnalités hystériques, d'alcoolisme ou de toxicomanie, et les recherches génétiques avec en particulier les statistiques à propos du caryotype XYY (chromosome du crime), on peut aisément deviner la part importante du contexte socioculturel, moral, historique et surtout psychogénétique, dans la production de tels comportements.

Ainsi dans les années 60 aux USA, avec la "beat generation" puis le mouvement hippy (Burrough et Timoty Leary surtout), l'accent a été mis sur l'incidence socioculturelle et la pré-éminence de l'idéologie. La toxicomanie est considérée comme l'ultime recours pour un retour aux sources, pour l'abolition des liens sociaux d'une société ébranlée par la deuxième guerre mondiale et le choc de la bombe atomique puis par la guerre du Viêt Nam, devant l'effondrement apparent des valeurs de la société américaine.

En 1968, avec Claude Olievenstein, en France, il y aura un repérage de ce phénomène et l'accent va être mis dans un premier temps sur l'aspect socio culturel de la toxicomanie avec toujours un essai de définition de la conduite toxicomaniaque et des recherches d'explications ethnopsychiatriques ; on peut citer à ce propos les travaux de Marc Valleur et A. Charles-Nicolas et la reprise à propos des toxicomanes du concept de conduites ordaliques.

Cet abord du problème a provoqué en fait deux types de rejet des toxicomanes de la part des psychiatres :

1 - Ceux qui évacuaient le problème en disant : ce ne sont pas des malades mentaux, comme les psychopathes, ils ne sont pas accessibles à la sanction, ils ne sont pas accessibles à la psychothérapie ; il s'agit d'une problématique spécifique, d'ordre social et culturel. Ce positionnement a permis l'éclosion des centres de post-cure jusqu'à celui de ghettos patriarcaux. Guelfi ne dit-il pas à propos des psychopathes : "dans les cas les plus favorables une adaptation tardive s'avère possible au sein de milieux socio-professionnels où la marginalité est la règle" !

2 - Ceux qui disent : ils sont malades mais les structures hospitalières sont inadaptées et il faut inventer d'autres lieux et d'autres modes de prise en charge..

Ces deux positionnements assimilent le symptôme à sa cause, ils aboutissent à des discours à cohérence interne qui délimitent leur objet, mais qui, en tant que tels, ne peuvent constituer une clinique des toxicomanies, clinique qui n'en est qu'à ses premiers balbutiements.

L'émergence de la clinique passe par la connaissance du sujet au travers du symptôme et le débat reste ouvert quant à savoir s'il y a une spécificité du sujet toxicomane, c'est-à-dire une structure particulière qui ne serait ni de l'ordre de la psychose, ni de l'ordre de la névrose, ni de l'ordre de la perversion. Une ouverture dans ce sens a été faite avec l'apparition du concept de borderline puis avec la théorie de C. Olievenstein à propos du miroir brisé, ou si, au contraire, la toxicomanie n'est qu'un avatar particulier qui peut survenir en fonction d'une multitude de paramètres indépendamment de la structure du sujet.

Dans l'état actuel de la clinique des toxicomanies, ce dernier positionnement permet de dépasser le repérage phénoménologique qui avait prévalu tout d'abord, repérage phénoménologique qui aboutit toujours à la production de discours qui généralisent et à la construction d'un sujet qui ne correspond à aucun sujet réel, donc complètement mythique, et ceci quelle que soit la rigueur de la démarche d'origine.



# A propos d'approche systémique et toxicomanie

Dr Antoinette MIALON  
Médecin Psychiatre  
Directeur du CODIDA  
SAINT LO

**P**arler d'approche systémique et toxicomanie en dix minutes, est une gageure. Car il s'agit d'une nouvelle épistémologie que l'on ne saurait résumer en si peu de temps.

La lecture systémique n'est pas un outil partiel ou une technique pointue particulière, aussi au travers de deux cas, je ne saurais qu'approcher quelques points fondés sur ma pratique.

Cette intervention ne saurait donc absolument pas résumer toute l'originalité de la démarche et toute la richesse qu'elle peut apporter dans la pratique quotidienne.

Depuis un certain nombre d'années et notamment grâce aux travaux d'un certain nombre de centres de consultations familiales ou d'expériences institutionnelles originales, l'intérêt d'une approche familiale du problème de la toxicomanie a été particulièrement souligné.

La plupart se fondent sur l'hypothèse de base :

la conduite toxicomaniaque n'est pas uniquement le témoin de conflits intrapsychiques, mais doit également être comprise comme la résultante de dysfonctionnements sévères des relations entre le sujet et ses environnements familiaux et sociaux. Un certain nombre d'auteurs pensent même que les cas de toxicomanie, qu'ils soient adolescents ou jeunes adultes, constituent une indication privilégiée de l'abord du système familial.

AUSLOOS envisage le symptôme comme ayant une fonction ne devant pas être considérée comme gênante, mais nécessaire à comprendre comme utile à l'ensemble du système. C'est ainsi que le symptôme est un langage, une modalité de communication dont le patient désigné fait usage dans son système familial.

Cela pose les questions :

- A qui s'adresse le comportement pathologique ?
- Quelles sont les règles du jeu auxquelles le système obéit ?

Cela a pour conséquence pour le thérapeute de chercher à savoir à quel jeu on joue, à pouvoir éventuellement être un meilleur joueur dans la partie. C'est ainsi qu'il est indispensable de découvrir des règles souvent secrètes auxquelles obéit le système familial.

Le symptôme toxicomaniaque nous interroge également sur :

- que cherche-t-il à montrer ?
- Quel est le résultat immédiatement visible de son attitude d'adolescent toxicomaniaque ?

Un certain nombre d'auteurs, notamment MINUCHIN, ont constaté que les frontières entre les générations ne sont plus clairement tracées et que les niveaux hiérarchiques ne sont plus respectés.

L'adolescent ou le jeune adulte toxicomane se présente plus souvent avec un seuil de tolérance face à la frustration et à la souffrance extrêmement réduit, il tend à des relations fusionnelles ou pseudo-fusionnelles, il a besoin de trouver un soulagement magique à ses difficultés.

Des points particuliers des tableaux de fonctionnement familial assez souvent soulignés selon AUSLOOS :

- Une mère ambivalente avec un père relativement passif (le père relativement passif ou relativement absent, ou hyper-occupé par ses activités professionnelles, demandant en quelque sorte à la famille de lui laisser une paix suffisante pour n'avoir pas besoin d'en assumer encore).
- Une complicité au niveau de l'argent.
- Les premières prises de drogues se font dans le cadre familial.
- On peut se poser la question de savoir si le toxicomane n'est pas le véhicule des impulsions antisociales de ses parents (c'est-à-dire les parents sont des contestataires qui ne passent pas aux actes contrairement à leurs enfants qui expriment ouvertement leur refus).
- La majorité des interactions sont négatives (on ne communique les uns avec les autres que pour transmettre des critiques ou disqualifier. Tout est dominé par les dévalorisations des individus).
- La fuite devant les confrontations (face à une menace on ferme les yeux, on nie l'évidence).

Dans le domaine du traitement des toxicomanies que propose l'approche systémique, on essaiera de réunir la triade père/mère/toxicomane, ou au moins de pouvoir travailler en envisageant les problèmes au niveau familial. Cela oblige à parvenir à une attitude de neutralité active, mobilisant chacun des membres de la famille en abandonnant l'idée que le toxicomane est une victime et un incompetent dont les parents sont coupables.

## PREMIERE SITUATION

Yvan a actuellement 21 ans et se trouve incarcéré pour trafic et usage de stupéfiants. Ses parents ensemble, l'un et l'autre ont des situations de responsabilités dans le domaine para-médical. Il a une soeur deux ans plus âgée que lui. Il dit "être né pour tenir compagnie à sa soeur qui n'était pas désirée". Yvan naît en mai 1968. Son père fait partie des groupes d'étudiants qui manifestent et sont partie prenante dans les mouvements contestataires de l'époque. Depuis plus de quinze ans, la famille s'est isolée des deux familles d'origine qui vivent dans le Sud de la France. C'est sa soeur qui l'a initié aux colles et vols dans le porte-monnaie des parents dès l'âge de 12 ans.

Le passé de délinquance d'Yvan commence vers l'âge de 14 ans, par une arrestation pour divers vols mineurs, usage de faux, vol de voiture. A la suite de cela, il est placé en foyer sous éducation surveillée par le juge des enfants. Trois ans plus tard, à l'âge de 17 ans, il cambriole la maison de sa tante, soeur de sa mère ("le couple est plein de fric, ils sont chirurgiens-dentistes" me dit-il), il vole bijoux, voiture, argent pendant que toute la famille se trouve au mariage de sa soeur.

Pendant d'assez courtes périodes, Yvan semble aller mieux, s'investit dans un stage professionnel. Pendant ce temps, sa soeur désinvestit ses études, traîne au gré des rencontres. Les relations entre le frère et la soeur sont décrites comme des affrontements. La vie de la jeune fille est décrite comme très inquiétante par sa mère, à ce moment là. L'issue de ces difficultés semble être représentée par son mariage à 18 ans, avec un jeune homme sans qualification professionnelle. Ce mariage semble amener une certaine stabilité, d'autant qu'arrivent deux enfants. Il semble que quand sa soeur va mal, Yvan va mieux et vice versa. Actuellement, pendant l'incarcération d'Yvan, il semble que la situation de la soeur ne pose plus de problèmes.

Le père est un militant syndical, il a un discours extrêmement tranché sur la société perçue comme mauvaise, injuste, avilissant l'homme. Le père est jumeau d'un frère militaire de carrière qui s'est engagé précocement après de petits actes délinquants. Le père est par ailleurs quelqu'un passionné de mécanique, il y passe beaucoup de temps libre. Il est très renfermé et refuse toute rencontre avec des thérapeutes à propos de son fils, mais donne apparemment quitus à sa femme pour ce qu'elle entreprend près du fils. Il transmet par sa femme qu'il ne croit à rien de bon pour son fils. Il n'a rien à en dire.

La mère est une femme très chaleureuse, pleine de sollicitude et qui ne supporte pas de ne pas être au courant de ce que fait son fils. C'est elle qui commence par demander un suivi psychothérapeutique pour son fils. Pendant son incarcération, elle se démène auprès du juge d'application des peines, du directeur de la maison d'arrêt, des centres de formation professionnels, elle essaie vainement de satisfaire son fils afin de l'aider à sortir au plus tôt de la maison d'arrêt. Elle contrôle sa relation affective, elle emmène son amie lors de chacune des visites au parloir et passe de longues heures avec elle parlant de son fils.

Pendant que la Maman se démène et ne peut laisser émerger aucun désir de la part de son fils, le père se montre très absent, absent du parloir, absent de tout contact comme s'il laissait la bride sur le cou à son épouse. Le jeune Yvan connaît bien le mécanisme et m'explique que de toute façon son père n'interviendra qu'au moment où il y aura besoin d'argent.

Si l'on étudie le problème de l'argent, on s'aperçoit que, bien que se déclarant autonome, indépendant, allergique à la famille, il reçoit néanmoins près de 2000 francs par mois par ses parents en maison d'arrêt. Cet argent lui sert à rembourser régulièrement des amendes impayées. Ses parents lui ont également avancé d'autre argent pour qu'il puisse boursicoter. Au moment où il consommait de l'héroïne, ses parents et son amie cautionnaient des prêts bancaires tout en sachant que l'argent prêté était destiné à autre chose. Pourtant Yvan revendique très fort la liberté, ne supportant pas "le monde". "Tout le monde est pourri à la base, la justice est injuste. Il refuse de servir d'esclave ou d'être exploité, de faire les basses besognes, de rentrer dans ce système, il lui faut la liberté entière et totale pour faire ce qui lui plait"...

L'argent que son amie doit rembourser à sa place ?

Cela ne lui semble pas un problème. Il ne perçoit pas les liens complexes que cela risque d'introduire dans sa relation avec elle, il a d'ailleurs, dit-il l'intention de rompre avec elle.

## SECONDE SITUATION

Denis est d'une famille plus modeste, son père est ouvrier qualifié, la mère sans profession, à la maison. Denis est le troisième enfant d'une fratrie de trois, le petit dernier que la maman a choyé plus que les autres. Le père est décrit comme alcoolique, n'ayant aucun pouvoir à la maison. Le discours du fils est d'emblée un discours antisocial : "On a abusé de son père. Il a actuellement un cancer ORL qui est du à l'état de fatigue dans lequel l'a mis l'usine qui l'a employé". Il ressent cela comme profondément injuste et se révolte.

Depuis l'âge de 17 ans, il a recours à des artifices et des débrouillardises pour se procurer de l'argent. Il revend, par exemple, en région parisienne, des sacs de pomme de terre "aux algues" alors qu'avec un complice il les a achetés à un grossiste. Il se débrouille pour cambrioler afin de trouver l'argent nécessaire à l'approvisionnement en héroïne. Pendant assez longtemps ces actes de délinquance ne seront pas découverts. Il crie son besoin d'indépendance et se sent étouffé, pris au piège dans sa relation avec sa mère qu'il estime trop possessive, trop envahissante, mais en même temps avec l'incapacité totale de l'affronter, de lui dire non, de cesser de se préoccuper de lui-même.

Sa soeur aînée l'accompagne en consultation et d'emblée nous parle de la souffrance des parents, souffrance réactualisée par la découverte du cancer ORL du père. Cela semble toucher Denis, mais le rend encore plus instable et nécessite pour lui de se défoncer.

Des interpellations judiciaires ont eu lieu et il a bien fallu mettre au courant les parents puisqu'il avait été inculpé et s'était trouvé incarcéré pendant quelques jours. A la question : "Qui est au courant ?" la soeur dit que la mère l'était par elle, mais le père n'y était pas. Le frère était au courant, mais on n'envisageait pas du tout d'en parler au père. Je demande également si la famille est au courant de la démarche de soins : les parents sont au courant. Quand on évoque la possibilité de les rencontrer avec les deux enfants, cela s'avère tout-à-fait impossible. Ils mettent en avant le fait qu'on n'a jamais parlé au grand jour de toxicomanie, les parents en souffriraient trop, le silence est préférable, mais chacun sait que l'autre sait. Il faut une nouvelle crise pour que nous puissions le revoir en consultation et travailler autrement avec la famille.

Le frère, ancien militant d'extrême gauche est maintenant informaticien et travaille aux Antilles. Le père est hospitalisé et vient d'être opéré. Il est donc inconcevable que nous puissions rencontrer la famille. Pourtant la soeur est très motivée pour ces consultations et aide son frère à expliquer le fonctionnement familial fait de secrets, de non-dits. Nous décidons alors de demander à Denis et à sa soeur de transmettre un courrier de conclusion précisant seulement les modalités du suivi entrepris. Ce courrier peu menaçant sera bien accueilli par tous et Denis se permettra de parler de ses délits en famille. Il nous demandera même à chaque entretien une conclusion pour son frère et ses parents. La soeur et son frère nous ramènent les rétroactions à la consultation suivante. Petit à petit ils peuvent évoquer le passé, la difficulté de la soeur à quitter ses parents, les exigences de sa mère de la voir très souvent et la décision de prendre de la distance en allant vivre avec son futur mari en province. Là, elle parle de déchirement pour elle.

Son frère évoque alors l'impossibilité pour lui d'échapper aux jupons de sa mère qui le couvre par rapport au père lorsqu'il est en retard ou en mauvais état. En même temps, les copains, la came, c'est la possibilité de vivre au dehors, d'être quelq'un, d'être reconnu, d'avoir une identité.

Denis va bien actuellement, il a une relation affective stable, mais sa mère ne cesse actuellement de lui faire des remarques culpabilisantes sur le fait qu'il vient trop peu la voir (il passe tous les deux jours), qu'il ne reste pas assez longtemps...

Il a conscience qu'il utilisait les passages à l'acte, la came, les copains pour échapper à cette relation personnelle avec sa mère. Elle lui fait remarquer actuellement qu'il a changé, lui reproche sa distance et regrette qu'il ne soit plus comme avant.

Il parle avec son père, a des conversations avec lui. Il est tracassé par la mort prochaine de celui-ci et s'inquiète de l'état futur de sa mère. La mort peut être évoquée en séance avec sa soeur, mais halte-là, pas à la maison, c'est tabou. Pourtant à mots couverts sans la présence de sa mère, il commence à parler de la maladie avec son père.

Le frère et la soeur nous apprennent que la mère présente en fait depuis près de 30 ans des troubles obsessionnels graves qui n'ont jamais été traités, que les parents ont rarement des échanges relationnels verbaux. On peut les dessiner aussi, l'axe vertical est prédominant à l'axe horizontal. Au fur et à mesure du suivi, il y a rééquilibrage des relations dans le sens d'une horizontalisation.

Dans ces deux cas, nous voyons que nous ne pouvons rester à un niveau individuel de compréhension du symptôme.

Nous voyons que dans les deux cas, il s'agit notamment de troubles de l'individuation relationnelle. Il s'agit même d'une caractéristique intrinsèque du système.

Là où l'individuation relationnelle est déficiente dans une famille, les individus sont incapables de distinguer souhaits, attente, motivations personnelles. Le patient désigné prend le rôle de catalyseur montrant par ses comportements ambivalents, le désir de différenciation, en même temps le retour à la position fusionnelle ou de repli dans le milieu familial.

Le symptôme est le produit du jeu relationnel familial fait de doubles liens, auquel le patient participe pleinement pour éviter un danger plus grand encore.

Dans le cas de Denis, on peut imaginer la décompensation de la mère, ou celle du père qui ne sait pas faire autre chose que d'être en périphérie.

Denis est aussi à la fois au-dedans et au-dehors, donnant un certain sens à la vie de ses parents.

Dans le cas d'Yvan, on peut faire l'hypothèse qu'il stimule sa mère par les difficultés qu'il présente : Yvan s'ampute de toutes les réalisations possibles pour lui à son âge. Le père est négatif, tellement négatif qu'Yvan doit jouer avec les risques, la mort pour soutenir le père en le provoquant. Le père et le fils sont en fait solidaires, car ils sont nuls. Tandis que le frère et la soeur semblent se relayer pour créer des soucis. Cette nouvelle façon de travailler qui va inclure à égalité l'ensemble des personnes concernées et souffrant du problème de toxicomanie, va ainsi être mis en situation de jouer un autre jeu ou à mettre en évidence le jeu des disqualifications mutuelles, les jeux de cache-cache.

Avec la famille, nous essaierons d'avoir une meilleure connaissance des schémas répétitifs inter-relationnels, des schémas retrouvés sur plusieurs générations.

L'objectif thérapeutique sera de permettre à chacun des membres de la famille de se dégager des liens inextricables qui les paralysent. En effet, si chacun des membres de la famille atteint un degré de liberté adéquate, on verra qu'ils pourront sortir des circuits répétitifs et arriver à une certaine différenciation de soi nécessaire pour voir émerger un désir propre de l'individu et donc accéder à une éventuelle psychothérapie individuelle plus approfondie.

Le propos du congrès était : "Entre discours et réalité".

L'approche systémique me semble particulièrement faire le lien entre discours et réalité. En effet nous avons vu que nous avons traité essentiellement d'interactions familiales, que la lecture des situations allait au-delà du langage verbal. L'approche systémique permet de se situer à la fois dans le langage verbal et dans le langage analogique, c'est même la confrontation entre ces deux langages qui permet de décoder les paradoxes, les double-liens, d'élaborer des stratégies qui vont permettre de dénouer peu à peu les noeuds inextricables dans lesquels le toxicomane et sa famille se débattent. ●



# Toxicomanie et Sida

Professeur BAZIN  
C.H.U. Caen

## RAPPEL BIOLOGIQUE DE L'INFECTION PAR LE V.I.H.

L'exploration biologique a un intérêt diagnostique et permet aussi de mieux prévoir la survenue des premières manifestations cliniques de la maladie. Les deux marqueurs d'évolutivité apparemment les plus fidèles sont l'antigénémie P24 et le taux de lymphocytes T4.

. L'antigénémie P24, quantitativement dosable, est présente transitoirement immédiatement après la contamination, puis disparaît pendant plusieurs années pour réapparaître approximativement 12 à 18 mois avant les premières manifestations cliniques. Il y a des exceptions fréquentes à cette règle, surtout chez les sujets de race noire, qui très souvent entrent dans la maladie proprement dite, sans que l'on puisse détecter d'antigène P 24 circulant.

. L'autre marqueur, le plus fidèle, est la numération des lymphocytes T4 et éventuellement le rapport lymphocytes T4/lymphocytes T8. Au fil des années, le nombre de T4 descend progressivement et lorsqu'il est inférieur à 200/mm<sup>3</sup> la survenue de manifestations cliniques est à craindre et impose une surveillance, si possible une attitude préventive à l'égard des infections opportunistes les plus fréquemment rencontrées.

La rapidité avec laquelle un sujet infesté par le VIH évolue vers un SIDA n'est pas bien connue. Certains gènes du virus semblent bloquer la réplication, alors que d'autres la stimulent. Bien établi cliniquement est le fait que toute stimulation antigénique (infections diverses et surtout réinfestation par le VIH) favorise la réplication virale, la prévenir semble pouvoir ralentir le génie évolutif de la maladie.

Le suivi médical a deux utilités, apprécier par des examens biologiques périodiques l'évolutivité potentielle de l'infection virale, prévenir des infections opportunistes les plus souvent rencontrées.

L'attitude médicale consiste à doser périodiquement, tous les 3 à 6 mois les lymphocytes T4, rechercher l'antigénémie P24 en s'aidant éventuellement d'autres marqueurs moins fiables (B 2 microglobuline...) et, au vu de modifications biologiques qui annonceraient le risque de survenue à court terme d'infections opportunistes, de prévenir les plus fréquentes d'entre elles, à savoir la pneumocystose, affection parasitaire pulmonaire, par des aérosols de PENDAMIDINE chaque mois, la tuberculose par un traitement anti-tuberculeux préventif sans même avoir isolé le bacille de Koch et éventuellement, mais là nous n'avons pas la preuve de l'efficacité de cette prévention, prescrire une thérapeutique contre la toxoplasmose cérébrale.

Lorsque les modifications biologiques deviennent importantes, lymphocytes T4 en dessous de 200/mm<sup>3</sup>, qu'il existe quelques manifestations cliniques confirmant l'évolutivité de la maladie, il semble souhaitable de prescrire une thérapeutique anti-virale de façon à limiter la réplication du virus. Actuellement, nous disposons d'un inhibiteur de l'enzyme reverse transcriptase permettant au virus de s'inclure dans le génom viral : il s'agit de la Zidovidine (AZT) spécialisé sous le nom de RETROVIR et distribué par la Pharmacie des Hôpitaux. Ce traitement n'est pas dénué de toxicité et peut entraîner à la longue une leucopénie et une anémie, il nécessite une surveillance mensuelle. Sans pouvoir semble-t-il allonger de façon significative la survie des malades, il n'en permet pas moins d'en améliorer considérablement la qualité en corrigeant l'altération de l'état général et en évitant de nombreuses infections opportunistes, ponctuées chacune d'une hospitalisation.

Le rôle du médecin ne s'arrête pas là. Il est important de prévenir le patient des risques de contamination et si possible essayer de convaincre les partenaires d'un dépistage et d'un suivi médical.

Au total, malgré l'absence de thérapeutique radicalement efficace sur le virus, dans l'état actuel de nos connaissances, il semble qu'un suivi médical le moins contraignant possible de façon à ne pas gêner l'insertion sociale du patient apporte un réel bénéfice en évitant de nombreuses infections opportunistes et par là-même autant d'hospitalisations et de ce fait en retardant l'apparition de ce qu'il est convenu d'appeler le syndrome d'immuno-déficience humaine proprement dit caractérisé par la succession, et souvent même l'intrication, de très nombreuses infections. Ce bénéfice doit être pris en compte auprès des sujets séropositifs, lesquels trop souvent schématisent arbitrairement l'infestation virale en deux phases, celle où l'on est séropositif et bien portant, donc sans nécessité d'une surveillance médicale ; l'autre où l'on est atteint par le SIDA, la médecine ne pouvant en déjouer le cours fatal étant jugée inutile. Ce sont là deux propositions fausses, la première car la personne infestée n'est jamais seulement séropositive, il y a toujours une tendance évolutive aussi latente qu'elle soit qui mérite d'être surveillée épisodiquement de façon à ce que l'on puisse prendre les dispositions nécessaires lorsque la réplication virale s'accélère, retardant ainsi l'entrée dans la maladie à proprement parler et la deuxième est aussi erronée car le sidéen correctement suivi peut guérir de beaucoup d'infections opportunistes et voir sa survie prolongée de plusieurs années dans ces conditions lui permettant une vie relationnelle et professionnelle acceptable.



# Sida et Toxicomanie : aspects épidémiologiques

Professeur P. CZERNICHOW  
ORS de Haute Normandie  
Rouen

**A**u 30 septembre 1989, sur 8 000 cas identifiés en France métropolitaine 110 cas cumulés de SIDA domiciliés ont été déclarés domiciliés en Haute Normandie depuis le début de l'épidémie et 71 en Basse Normandie.

La Normandie regroupe ainsi 2,3 % des cas de SIDA nationaux. En réalité, ces chiffres n'ont guère de signification : plus 1/3 de ces patients sont morts aujourd'hui. Inversement, ils représentent qu'une faible proportion de l'ensemble des patients infectés, pour lequel aucune donnée quantitative précise n'existe : ces personnes séro-positives, asymptomatiques, seraient aujourd'hui en France 150 à 200 000 dont 50 % seulement seraient informés de leur situation : l'autre moitié ne serait pas encore dépistée à ce jour. Cependant il faut bien reconnaître que ces chiffres ne sont que des estimations.

Plusieurs difficultés expliquent ces incertitudes statistiques : la difficulté à réaliser des enquêtes concernant les patients infectés, compte tenu des problèmes éthiques posés par les études épidémiologiques à ce sujet. En outre, les nouveaux cas de SIDA, même lorsqu'ils sont diagnostiqués, sont souvent déclarés avec un retard important : 2/3 d'entre eux plus d'un trimestre après le diagnostic...

Un autre élément d'incertitude est le délai avec lequel les sujets infectés par le virus subissent les premiers signes de la maladie : ce délai est supérieur à 3 ans dans 90 % des cas et il serait en moyenne de 5 à 7 ans. Toutefois certaines observations suggèrent des séro-positivités très prolongées sans que la maladie ne soit encore apparue.

Au total, il existe en France 3 groupes de régions : 2 d'entre elles sont durement touchées par le SIDA : l'île de France et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, qui ont toutes deux des chiffres très supérieurs à la moyenne nationale. Trois autres régions ont des résultats moyens : l'Aquitaine, le Languedoc-Roussillon et la région Midi-Pyrénées. La Normandie vient en tête du troisième peloton de région.

En Normandie, comme ailleurs, le SIDA est une affection à prédominance masculine et elle touche plus particulièrement les sujets entre 20 et 40 ans. Il n'y a pas de différences régionales particulières à cet égard.

Un autre aspect épidémiologique est l'étude de la répartition des principaux groupes de transmission de l'infection : actuellement, c'est encore le groupe des homo et bisexuels qui représentent la majorité des cas de SIDA : 54 % nationalement mais seulement 43 % en Haute Normandie et 37 % en Basse Normandie. Un fait particulier à noter est la proportion élevée dans notre région de sujets ayant été infectés à partir des dérivés sanguins : les patients atteints d'une hémophilie : 1,3 % nationalement, mais 5,5 % en Haute Normandie et 5,6 % en Basse Normandie. De même les SIDA post-transfusionnels représentent 6,5 % des cas nationaux mais 11 % des cas hauts normands et 10 % des cas bas normands. L'origine de cette différence n'est pas connue.

En ce qui concerne les toxicomanies, elles représentent 17 % des cas nationaux, 11 % des SIDA hauts normands et surtout 23 % des cas de Basse Normandie. Le point essentiel est l'accroissement très rapide de ces cas de SIDA observés chez des toxicomanes, puisque ceux-ci représentent 23 % des nouveaux cas français de SIDA observés dans la dernière année. On pense que sur environ 100 000 toxicomanes, dont 70 % utilisent des drogues par voie intra-veineuse, environ 2 % seraient atteints du SIDA (au stade de maladie). L'incidence du SIDA chez les toxicomanes a ainsi été multipliée par 70 de 1984 à 1988 en France.

Cependant, les résultats français sont le produit de situations très différentes sur le plan régional : dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, le SIDA est majoritairement le fait des toxicomanes, qui représentent 47 % des cas observés dans la dernière année. Dans d'autres régions au contraire, la toxicomanie est quasi absente du problème SIDA. ●

# Toxicomanie et séropositivité : l'alternance

Dr Loïc MARGUET  
Psychiatre  
Attaché au CHU Rouen

**D**ans la pratique clinique, quels comportements peut-on observer chez le toxicomane séropositif au virus d'Immuno Déficience Humaine ? Dans ce cadre, particulièrement, comment le toxicomane vit-il sa séropositivité et comment le séropositif vit-il sa toxicomanie ?

Telles sont les questions qui ont prélué à cette communication.

Dans cet exposé, on considérera le groupe constitué par les utilisateurs de drogue par voie intra-veineuse, encore dénommés IVDA (Intravenous drugs abusers), ou encore ceux qui ont substitué ou qui alternent avec des substances opiacées telle le Néocodion.

Par rapport à ceux qu'on dénommait initialement groupes à risque (dénomination qui recouvre mal la réalité actuelle et qui tend à être remplacée par "pratiques à risque"), la population toxicomane n'a pas pu ou pas su réagir rapidement face à l'intrusion du VIH ; les femmes tout particulièrement, puisque si elles constituent 20 % des sidéens, on recense 1 femme pour 2 hommes toxicomanes séropositifs, soit 33 %.

Arbitrairement, cette réflexion portera sur le stade où la séropositivité est connue et intégrée (pour autant qu'elle puisse l'être !) par le toxicomane, c'est-à-dire le stade où les mécanismes de déni sont en voie de disparition.

## TOXICOMANIE = PETRIFICATION ?

Traditionnellement peu demandeurs de soins médicaux, volontiers habités par un sentiment d'invulnérabilité, les toxicomanes voient ces cartes brouillées par l'intrusion du VIH. Si morbidité et mortalité s'avèrent supérieurs par rapport aux non-toxicomanes, l'immuno déficience accroît cette dimension, et interpelle le fonctionnement psychique jusque là basé sur la prise de risques, dans une conscience altérée de ceux-ci, certes, mais pas au point de méconnaître le VIH même si certains tiennent à manifester leur incrédulité : "est-ce bien vrai toutes ces histoires de SIDA ; n'est-ce pas une invention, une de plus, contre nous ?"

Bouc émissaire, volontiers marginalisé par la société, il l'est doublement par sa séropositivité, à moins que parfois, elle ne lui confère un statut de malade que lui-même ou ses proches ou ses soignants lui refusaient. Dans son acharnement à maltraiter son corps et son psychisme, dans son goût de l'épreuve, dans sa provocation de la loi de la mort, il n'est plus seul, il n'est plus tout-puissant, il n'est plus décideur.

La mise en jeu de sa propre vie, la capacité à vivre seulement en situation extrême, au risque de l'irréversible, perdent leur sens, puisque l'irréversible est présent au quotidien.

Il est dépossédé de sa propre dévalorisation ou de sa perversion, de son goût marqué de la blessure ; la blessure s'est inscrite, involontaire souvent, indélébile.

Avec le SIDA, plus de jeu, plus de retour possibles : il ne s'agit plus d'une éventuelle mort "héroïque" mais de la perspective d'une disparition médiocre, sans gloire.

Il est amené à cotoyer les soins, les médecins, l'avenir.

La toxicomanie, en amont de la séropositivité, se pose en aval avec acuité : la velléité de cesser l'intoxication se répète avec insistance, caressant le fantasme qu'arrêter la toxicomanie, c'est peut-être arrêter le SIDA.

La capacité à pétrifier le corps et l'esprit s'accompagne maintenant d'une image de putréfaction ; peut-il durablement sortir de l'un ?

## SEROPOSITIVITE = PUTREFACTION ?

D'emblée, la pathologie induite par le VIH apparait comme la moins négligée par le toxicomane. Dans la névrose traumatique induite par la séropositivité, où se succèdent un choc plus ou moins spectaculaire, un travail de deuil, une dépression, puis une période de réadaptation et de résignation, le toxicomane trouve dans la séropositivité une butée, une limite à sa déviance ; il oscille alors entre l'arrêt spontané de l'intoxication, le passage à la voie nasale ou à d'autres produits sans seringue, ou la surenchère dans la consommation.

Preuve supplémentaire de leur nullité, de leur échec, de leur persécution, le savoir les plonge dans une angoisse qu'aucun traitement ne peut apaiser... sauf peut-être les opiacés !

Que dire du médecin ? Est-ce prétentieux de vouloir soigner les toxicomanes ? Est-ce illusoire de vouloir soigner le toxicomane séropositif ?

## CAS PARTICULIER DES FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES TOXICOMANES.

68 % des femmes enceintes séropositives sont toxicomanes et 1 sur 2 décide de poursuivre sa grossesse. L'enfant, mis en place d'objet comblant, peut apparaître comme une motivation inébranlable à l'arrêt du toxique, une raison de vivre.

Cette détermination à la procréation constitue parfois un ultime pied de nez à la mort, le phénix renaît de ses cendres, la vie réanimée au delà de la mort.

Si l'enfant naît indemne dans environ 66 % des cas, sa place et sa fonction, ainsi prédéterminées, paraissent d'emblée lourdes à assumer.

Quand le séropositif considère sa toxicomanie, il se montre souvent prêt à tout tenter pour vivre, même à arrêter sa drogue, l'attention, les préoccupations se focalisent alors sur le toxique coupable et aident parfois à s'en débarrasser.

Mais ressurgissent alors de plein fouet l'incertitude de l'avenir, l'instabilité de l'état de santé, l'éventualité de la mort. Cette angoisse induit alors souvent le retour au toxique.

Que veut dire jamais ou toujours, quand seul aujourd'hui compte ? C'est ce qui conditionne l'alternance.

Dans cette alternance, plus qu'ailleurs, le cheminement du duo médecin-malade trouve des écueils de taille ; la course contre la montre est engagée ; entre découragement et illusion, la ténacité trouve encore sa place.



## BIBLIOGRAPHIE :

1 - BERGERET J. - TOXICOMANIE ET PERSONNALITÉ. PARIS, PUS, 1982, 126 P.

2 - GISBERT N. - TOXICOMANIE ET SIDA = INTERSECTION. THESE DE DOCTORAT EN MÉDECINE, ROUEN, 1989.

3 - RUSSIOT A. - PSYCHOLOGIE DU SIDA. LIEGE, ED. MARDAGA, 1989, 303 P.

# Post-cure à l'épreuve du Sida

Richard NAVARRO  
Educateur spécialisé  
La Post-Cure des Loges  
ETRETAT

**L**e toxicomane comme nous tous, se vit comme immortel, même s'il prend le risque de sa mort. En apprenant sa séropositivité, le toxicomane reçoit une condamnation de risques majeurs à subir dans un temps de vie limité.

Quelle est la mesure de la prise en charge de l'éducateur en post-cure, confronté aujourd'hui à la déclinaison Toxicomanie/Séropositivité/Sida ?

Quel travail d'accueil et d'accompagnement réaliser auprès de personnes au double visage de toxicomane/séropositif ?

A la Post-cure, selon les groupes que nous accueillons, 30 à 60 % d'entre eux sont séropositifs.

Comment articuler la demande d'aide du toxicomane tout en l'accompagnant selon les situations dans la prévention, l'annonce, la découverte, la contamination, le rapport à lui-même, à l'Autre, au monde, l'évolution ou non de sa maladie virale, les premiers symptômes de la maladie Sida et son suivi médical ?

Aujourd'hui, certains toxicomanes arrivent séropositifs à la post-cure. Ils sont à la recherche d'une structure capable de prendre en charge leur "décroche" psychologique.

S'ils sont arrivés jusqu'à nous, c'est donc, malgré tout, leur désir de vie qui est le plus fort et c'est avec ce désir là, inscrit en toute personne, qu'il nous faudra travailler, qu'il faudra tenter de reconstruire ensemble.

Les post-cures ont à faire face à une nouvelle réalité.

Le tableau symptomatique que présentent certains toxicomanes accueillis, comprend la séropositivité.

Cette situation implique pour les équipes :

- . de réfléchir sur la spécificité de cette nouvelle maladie les touchant particulièrement.
- . de créer les conditions d'une prise en charge cohérente, tant du point de vue du suivi médical que de l'aspect psychologique, dans cette nouvelle confrontation à eux-mêmes.

## REFLEXION SUR LA SPECIFICITE DE CETTE NOUVELLE MALADIE.

Ce qu'on en sait\*, c'est que la maladie Sida présente la particularité d'associer intimement la sexualité, la procréation et la mort.

C'est une maladie sexuellement transmissible qui touche des êtres jeunes en âge de procréer.

Sa spécificité se caractérise par la jeunesse des personnes atteintes, la mise en jeu d'un certain mode de jouissance, la contagiosité de la maladie qui entraîne un impact essentiel dans le rapport à l'Autre et l'évolution en deux temps de l'infection virale avec :

- . une phase inapparente de la maladie
- . un second temps entraînant le début d'administration d'un traitement anti-viral (en général il s'agit d'A.Z.T. ou autres). C'est le stade où apparaissent les premiers symptômes cliniquement repérables.

Cette infection a la particularité d'avoir un temps imprévisible d'incubation ou de latence.

C'est d'ailleurs, une situation récente à laquelle nous avons été confrontés avec un toxicomane accueilli au centre : faire face à la soudaineté de l'infection et de son développement.

\* D'après l'article de Danièle Sylvestre, François Leguil, Françoise Linard in "Sciences Sociales et Santé" Février 1989.

Il se présentait, à son arrivée, comme un jeune homme de 25 ans, au corps d'athlète. Durant la moitié de son séjour, et cela pendant un mois et demi, il a travaillé une problématique propre au toxicomane. Ses seules paroles sur des problèmes de santé tournaient autour d'un traitement qu'il avait eu pour une infection urinaire, et il mit longtemps à envisager de passer des tests. La deuxième partie de son séjour va basculer, suite à l'annonce de sa séropositivité, dans le désir à certains moments d'établir un projet d'existence à travers la recherche de stage, à d'autres moments d'assurer la gestion de ses soins tant du point de vue physique que psychologique.

Un traitement par A.Z.T. est débuté cinq semaines après l'annonce de sa séropositivité. Face à cette situation, il a tout d'abord exprimé sa volonté de "s'inscrire dans la réalité pour sortir du contexte de la maladie". Plus tard, pris entre des phases de désir de mort ou d'euphorie, il se révoltera contre le destin : "Pourquoi moi ?" Suite à son traitement par A.Z.T., il sera fatigué par le rythme et les règles de vie de la post-cure. "La maladie obstrue mon avenir" nous dit-il. Les projets de stages ne l'intéressent plus. Il trouvera le moyen de se mettre en rupture avec le centre, la veille d'une nouvelle rentrée à l'hôpital.

L'"appréhension" de l'apparition de cette nouvelle infection, soulignée ici dans sa double signification (appréhender/avoir peur) a été pensée au sein de l'équipe afin de s'efforcer :

- . d'en saisir les contours
- . sans craindre son approche.

La post-cure étant non médicalisée, l'objectif est de créer les conditions d'une prise en charge cohérente des toxicomanes séropositifs et de la gestion de leurs soins.

## REFLEXIONS ET PRATIQUE SUR UNE CONDUITE A TENIR

Cela a porté, d'abord, sur la volonté constante d'une éthique professionnelle liée au respect des personnes : tout toxicomane en demande de post-cure est potentiellement accepté, qu'il soit séropositif ou non, qu'il le sache ou pas.

### 1 . Comment aborder la gestion médicale ?

Cela s'est traduit pour nous par la mise en place d'un réseau inter-institutionnel et de son utilisation de plus en plus fréquente, permettant ainsi d'échanger toute information nécessaire à l'accueil et aux soins des personnes séropositives.

- . le dépistage du H.I.V. durant le séjour est effectué soit au centre hospitalier, soit dans un laboratoire. Ce dépistage n'est pas réalisé dans le cas où la personne part très vite du centre, pour des raisons personnelles ou institutionnelles (rupture de contrat...)

- . une étude de la couverture sociale :

Il n'y a pas de problème en milieu hospitalier, mais l'on découvre des difficultés pour des personnes complètement désinsérées : c'est alors l'institution qui paie (visites médicales, laboratoire). Par ailleurs, nous étudions avec la Sécurité Sociale l'obtention des assurances volontaires. Cette solution est facilement envisageable quand les parents peuvent payer, mais plus difficile quand c'est l'aide sociale qui doit prendre en charge : le délai est important, les résidents n'étant pas forcément originaires de notre département.

- . une modification de l'attitude de l'équipe par rapport aux maladies infectieuses bénignes a entraîné des visites plus fréquentes du médecin généraliste. Un accord a été passé pour qu'il se déplace dans l'institution.

- . le souci de non-contamination des résidents entre eux est toujours présent. Des préservatifs sont accessibles dans les lieux sanitaires de l'institution.

- . un des grands changements est l'attention supplémentaire qu'il a fallu porter à l'accompagnement médical et psychologique des personnes sous traitement par A.Z.T. tout en étant vigilant quant aux effets de somatisations.

L'équipe s'interroge : comment travailler dans l'accompagnement sans tomber dans l'évitement ?  
Comment dédramatiser les situations sans tomber dans la banalisation ?

La réflexion, au-delà de la conduite tenue vis-à-vis des infections chez les résidents et de son aspect médical, se situe au niveau des complexités du désir de vie.

## 2 . Comment aborder l'accompagnement psychologique ?

Le stade de la séropositivité est un temps d'attente. C'est le temps de la menace dont on ne connaît ni la durée, ni la forme sous laquelle elle se concrétisera. Un temps où les manifestations psychologiques principales vont du déni à l'angoisse, voire à la dépression. Ce temps implique surtout des modifications dans le rapport à l'Autre, à commencer par les précautions à prendre vis-à-vis des risques de contamination.

Ils se posent plein de questions : Que dire ? Comment le dire ? A qui le dire ?

La particularité de cette infection réside dans le fait, qu'à son tour, elle peut aussi être transmise à l'autre. On représente une menace pour l'autre. Comment faire face à cette nouvelle responsabilité ? Dans un travail individuel il faut faire la part entre responsabilité et culpabilité.

Dans cette charge supplémentaire d'exclusion pour le toxicomane, nous devons, dans l'accompagnement de ces nouvelles interrogations, permettre une réflexion sur eux-mêmes. Ils ont parallèlement, je dirai même avant tout, une responsabilité à l'égard d'EUX-MEMES, afin de mettre en oeuvre les précautions et les moyens de ne pas se recontaminer et de ne pas développer la maladie.

Il faut les replacer comme sujet actif dans leur histoire.

Le facteur temps est ici essentiel puisque personne ne sait, à l'heure actuelle, quelles seront les données scientifiques et thérapeutiques des années à venir. C'est donc dans ce cadre que nous travaillons avec les résidents, sur le désir de vie et l'élaboration d'un projet d'existence.

En conclusion, je dirai que je ne peux évoquer aujourd'hui que des idées provisoires.

Je ne m'exprimais pas ainsi il y a un an.

Je ne m'exprimerai sans doute plus de la même manière dans six mois.

Ce que je perçois, c'est une oscillation entre les états de nature différente toxicomanie/séropositivité/maladie du Sida.

Ce que j'entends, c'est qu'au-delà de leur séropositivité, les résidents restent des toxicomanes en demande, sur leur "décroche" psychologique.

Ce que je croyais : c'est que je commençais à cerner une méthode de travail dans la prise en charge des personnes au-delà de la question du produit.

La post-cure est face à une nouvelle épreuve.

La séropositivité et son évolution potentielle vers la maladie Sida, viennent se superposer à la problématique du toxicomane.

D'immortel à mortel, le pas a été vite franchi pour le toxicomane qui se trouve potentiellement face à un risque de mort prématuré.

Françoise Dolto titrait une conférence en 1985 : "La mort a-t-elle de l'avenir ?"\*\*\*

Cette question d'actualité nous oblige à progresser rapidement dans nos réflexions et notre pratique : la réalité devance ici nos discours.

Octobre 1989. ●

\*\* Conférence du 16 octobre 1985 à l'Ecole de Propédeutique à la Connaissance de l'Inconscient (E.P.C.I.).



# Synthèse des journées

Joao FATELA  
Anthropologue et Psychologue  
Directeur du Centre "PARCOURS"  
Paris.

**J**e voulais tout d'abord dire mon plaisir d'être là, parce que je trouve que l'existence de ce collectif d'associations, sur le plan régional, est une chose tout à fait étonnante vue de Paris ; une initiative commune d'un collectif comme celui-là n'est pas vraiment pensable à Paris, tellement les rivalités, les divisions entre les différentes institutions qui s'occupent de toxicomanes sont fortes. Je crois que c'est une réalité tout à fait appréciable et à laquelle j'ai été très sensible.

D'après le programme, je dois faire ce matin une intervention de synthèse. Vous comprendrez que c'est une tâche impossible pour deux raisons :

- d'un côté, pour faire une synthèse, ça supposerait que j'ai écouté tout ce qui a été dit, ce qui n'est pas le cas ; on m'a demandé de "traîner" mon oreille dans les différentes commissions, ce que j'ai essayé de faire mais en papillonnant et je crois que j'ai quand même commis la prouesse d'en avoir oublié une. On a fait une réunion hier soir avec les modérateurs des différentes commissions, ce qui m'a permis d'avoir une vision d'ensemble et de repérer un certain nombre de questionnements dont je ferai part ce matin. Mais c'est évident que ça ne peut pas prétendre à une vision globale et exhaustive.
- d'un autre côté, la diversité et la richesse des interventions ont été telles que je ne pourrai pas, dans un seul exposé, revenir sur tous les points évoqués, d'autant plus que certains sont extrêmement hétérogènes. Il y a des questions que je ne pourrai pas aborder, mais sur lesquelles nous pourrions revenir au cours du débat ; c'est pour ça qu'il me semble important de les citer tout de même :

. les questions posées par la loi de 70 et, en particulier, celles de savoir s'il faut légaliser ou non l'usage des produits illicites ;  
les représentations de la drogue, avec leurs incidences sur le plan des médias mais aussi sur le plan de la prévention ;  
la clinique de la toxicomanie ; quelle clinique, pour quels toxicomanes ;  
la question de la méthadone en tant "qu'outil thérapeutique", puisque c'est comme cela qu'elle a été abordée, ou comme moyen de maintenance : c'est une question qui est devenue d'actualité avec le problème du SIDA ;  
la question de l'institution, des rôles et des limites de l'institution.  
Ce sont des questions extrêmement importantes et complexes sur lesquelles on pourra revenir dans le débat que je pourrai pas approfondir au cours de mon exposé.

Je suis directeur d'un centre qui s'adresse à des jeunes en difficulté, notamment des toxicomanes, mais je travaille avec des toxicomanes depuis longtemps ; j'ai donc une connaissance du problème à travers cette pratique. Mais en tant qu'anthropologue, je mène un travail de réflexion sur les questions de la drogue dans le cadre de la revue ESPRIT, ce qui permet d'élargir ma vision des choses au-delà du seul aspect clinique ou institutionnel.

Nous avons publié récemment (Juillet - Août 1989) un numéro intitulé : La France dopée, qui a été essentiellement orienté par un sociologue de l'Université de Paris Dauphine, Alain ERHENBERG, et qui a le

mérite de situer la question de la toxicomanie d'une façon relativement originale, puisqu'il s'agit de la penser par rapport à l'imaginaire de la réussite sociale, avec ses valeurs de performance et de compétitivité, dont Mr DURAND a d'ailleurs parlé dans son exposé hier matin. La toxicomanie ne peut plus être conçue comme une pratique marginale, alternative, comme elle l'a été pendant les années 70 et une partie des années 80, mais comme un phénomène pris lui aussi dans la dynamique d'intégration qui anime aujourd'hui la société française. La drogue conçue non uniquement comme quelque chose qui pourrait nous permettre de vivre dans l'irréel, mais comme quelque chose qui nous permet de tenir dans le réel, afin de pouvoir le déplacer et gérer le mieux possible.

Il y a là effectivement, un changement important, et c'est autour de ça, et notamment de la contribution que j'ai donnée pour le numéro de la revue, que je vais essayer de centrer mes propos, en tentant d'intégrer quelques-unes des questions abordées en commission.

Je commencerai par vous citer quelque extraits de l'éditorial de ce numéro consacré à la France dopée.

"Le paysage de la défonce se transforme. Les évocations du gettho de la drogue ou des paradis artificiels font place à une autre scène où sont mises en avant l'intégration sociale et l'amélioration des performances, cette défonce fait appel à l'usage des psychotropes : tranquillisants, barbituriques, hypnotiques, anti-dépresseurs et stimulants, ils ne sont ni des stupéfiants ni des hallucinogènes, mais des produits de consommation courante. On les prend pour se "caler" ou se stimuler, pour dormir ou décupler ses forces, faire la fête ou travailler. Les petites pilules de bonheur vous assistent pour toutes les épreuves de l'existence, elles sont à l'image des stéroïdes anabolisants pour la compétition sportive de haut niveau et ce n'est pas par hasard que la question du dopage qui n'est pas une pratique récente a pris une telle ampleur ces dernières années, donc à l'image de ces stéroïdes anabolisants qui sont les dopants de la société concurrentielle".

Les discours euphoriques sur l'individualisme n'envisagent pas l'échec, et pourtant, c'est la crainte de ne pas réussir qui est en partie à l'origine de la consommation de médicaments chez les lycéens par exemple. Il s'agit donc de penser la toxicomanie illicite dans le contexte plus global d'un imaginaire qui la dépasse et l'englobe. Je pense à la publicité pour une marque d'ordinateurs dans un journal quotidien qui nous promettait récemment "des nuits et des nuits de défonce".

Ce lexique originairement lié à la défonce s'est répandu dans la société à propos de toutes sortes de situations et d'expériences qui n'ont rien à voir avec la drogue à proprement parler. Le psychanalyste Daniel SIBONY voit, par exemple, dans "Le Grand Bleu" (film qui continue à avoir un immense succès auprès de la population adolescente) une logique toxicomaniaque à l'oeuvre, alors qu'il n'y est jamais question de drogue.

A travers le dépassement illimité de soi, le héros du film pousse toujours plus loin ses capacités physiques jusqu'à faire corps avec les dauphins, à devenir dauphin. Si on ne peut parler de logique toxicomaniaque, c'est dans le sens où, dans le film, la plongée répétée dans la mer (on pourrait philosopher autour de cette symbolique de la mer qui caractérise l'imaginaire de la défonce) apparaît comme une image - je cite EHRENBERG - de "la maîtrise pure qui ne renvoie qu'à elle-même, sans référence à une quelconque transcendance pas plus qu'à une altérité (nous pouvons être à nous-même notre propre modèle)". Cette expérience, que l'auteur considère comme typique de la situation de l'individu dans une société démocratique de type concurrentiel comme celle dans laquelle nous vivons, a dans la dérive toxicomaniaque l'une de ses facettes les plus dramatiques.

Les différentes drogues, licites ou illicites sont prises dans un réseau de représentation et de croyances communes. Le toxicomane n'est pas quelqu'un de si différent de nous ; c'est un être qui ne fait qu'exprimer, de façon extrême, le désarroi, les impasses, les incertitudes de chacun d'entre nous. C'est important du point de vue d'une politique de prévention ou de communication.

Deux aspects particuliers caractérisent le panorama de la toxicomanie illicite aujourd'hui :

- l'un est l'augmentation des polytoxicomanies : c'est un point qui a été abordé hier également par plusieurs intervenants. Un toxicomane sur deux, ayant eu recours au système de soins en 1987 (dernières statistiques disponibles sur le plan national) consomme plusieurs produits. Et d'après cette enquête, les psychotropes - barbituriques, autres hypnotiques, anti-dépresseurs, tranquillisants et stimulants - sont fréquemment utilisés parallèlement à d'autres produits tels que l'alcool, le cannabis et ses dérivés.

Mais l'héroïne, plus rarement consommée en association, demeure la substance la plus utilisée par les toxicomanes pris en charge par nos institutions. Je dis "pris en charge par nos institutions" : ça veut dire que le tableau des toxicomanes qui ne viennent pas dans nos institutions peut ne pas être tout à fait identique. Il est cependant vrai que notre clientèle est constituée fondamentalement par des héroïnomanes pouvant consommer ou non d'autres produits.

Les enquêtes épidémiologiques menées par l'INSERM (DAVIDSON, CHOQUET, FACY, etc...) auprès de lycéens ou de jeunes travailleurs avaient déjà montré le rôle des psychotropes, de l'alcool et du tabac dans des phases d'initiation ou d'aggravation des toxicomanies illicites. Cet aspect ne peut pas être dissocié de la place très importante que la consommation de ces produits tient dans la population française en général. L'administration abusive de sédatifs dès la petite enfance, par exemple, ou d'autres médicaments crée, dans certains cas, un climat d'appétence qui ne peut que faciliter par la suite le recours à des prothèses chimiques, chaque fois qu'il y a un problème au sein de la famille ou dans la vie personnelle.

D'un autre côté, la pratique montre que le passage d'une toxicomanie à une autre, ou tout au moins d'un usage à un autre, ne signifie pas forcément le renforcement de la dépendance, mais une meilleure façon de gérer la dépendance. Ainsi, le fait de passer de l'héroïne à la codéine représente une occasion de mobilité qu'il faut savoir utiliser dans le processus de cure ou de prise en charge.

Dans ce domaine, il faut savoir garder un regard très nuancé par rapport aux différentes pratiques toxicomaniaques pour ne pas tomber dans l'amalgame. Ainsi, il me semble abusif de réduire la toxicomanie à un problème de Santé Publique, alors qu'elle m'apparaît fondamentalement comme un problème de rapport au monde. Or, le rapport au monde d'un héroïnomane n'est absolument pas le même que celui d'un fumeur de tabac, même excessif. Et pourtant, du point de vue de la Santé publique, le tabagisme est incomparablement plus grave que l'héroïnomanie.

Le problème fondamental que pose la toxicomanie illicite à nos sociétés, est d'ordre éthique ; c'est celui de savoir jusqu'à quel point on peut autoriser ou légitimer que des individus, et notamment les générations les plus jeunes - celles qui ont reçu comme héritage de devoir construire le monde de demain - se replient dans un mode de vie qui se traduit par l'annulation des liens avec les autres. C'est la grande question que la toxicomanie nous pose sur le plan de l'interdit juridique par exemple.

La deuxième caractéristique de la toxicomanie aujourd'hui, est l'éclatement du profil toxicomaniaque, dont la polytoxicomanie n'est que l'une des expressions. A la différence des années 70, où elle était circonscrite à un milieu marginal ou en tout cas perçue comme telle, la drogue traverse tous les groupes sociaux, même si les usages diffèrent parfois. C'est le cas de la cocaïne par exemple, consommée en France essentiellement par les classes aisées, ou les solvants organiques utilisés par les jeunes adolescents des classes défavorisées. S'il y a effectivement des types d'usages différenciés en fonction de la catégorie sociale, la drogue est présente aujourd'hui dans toutes les couches sociales.

Par ailleurs, la prise des toxiques n'entraîne plus automatiquement - et ça c'est un phénomène nouveau - des ruptures définitives avec les milieux d'origine (famille), de résidence (quartier ou cité) ou de travail (entreprise).

Toutes les statistiques confirment que les toxicomanes restent plus longtemps au sein de leur famille. Quant à l'insertion professionnelle, s'il est vrai que la plupart des toxicomanes que nous recevons dans nos institutions sont inactifs et majoritairement chômeurs, il n'est pas rare, qu'aux périodes de désocialisation ou d'inactivité, succèdent des périodes d'une relative insertion. Par exemple, la façon dont certains toxicomanes utilisent le travail par intérim est tout à fait intéressante : après avoir gagné un peu d'argent en travaillant, ils se paient quelques semaines de défonce, reprennent de nouveau le travail, et ainsi de suite...

Avec l'éclatement du profil du toxicomane, vouloir répondre à la question de son identité, alors que celle-ci est déjà mobile et fluctuante, devient de plus en plus problématique. Nos institutions doivent s'adapter à cette nouvelle configuration.

Cela est d'autant plus nécessaire que, tel qu'il est organisé, le système français d'accueil-cure et post-cure pourrait donner l'impression que l'évolution du toxicomane est une évolution linéaire, alors qu'elle se fait plutôt en dents de scie. Il faut essayer de trouver - je n'ai pas de recette - une plus grande souplesse dans les dispositifs de prise en charge des toxicomanes pour tenir compte des moments de rupture (insertion/désinsertion) qui vont peut-être ponctuer de plus en plus leurs itinéraires. Il est important de penser la toxicoma-

nie en termes de parcours, avec des moments différents auxquels doivent correspondre des réponses diversifiées sur le plan institutionnel. Il a été beaucoup question de relais hier : c'est un point décisif, parce qu'aucune institution ne peut répondre à la complexité du phénomène, pendant toute la durée du parcours toxicomane.

Je voudrais faire passer cette idée : s'il y a eu un temps où la drogue a pu être liée à un mouvement qui se voulait alternatif à la société, c'est bien comme révélateur des mutations, des représentations et du questionnement du corps social tout entier qu'elle apparaît aujourd'hui. Le désarroi du drogué n'est que le reflet grossissant (BAUDELAIRE parlait déjà de "miroir grossissant" dans les Paradis Artificiels) de notre propre désarroi, de nos propres questionnements.

Le drame du drogué c'est d'avoir oublié ou de ne pas pouvoir accepter qu'il ne peut assumer son destin qu'avec d'autres, pas seul. Pour revenir à la question de l'intégration, l'idéal du toxicomane c'est un idéal d'autonomie absolue qui, de ce fait, le condamne à une dépendance mortifère. Parce qu'il ne peut pas accepter la dépendance positive qui naît des rapports d'altérité, le toxicomane se voit condamné à la dépendance de son aliénation. Il faut donc faire attention, pour que, sous prétexte de vouloir aider le toxicomane à "s'autonomiser", nous ne soyons pas finalement par un effet de miroir, en train de renforcer sa toute-puissance.

Les rapports entre le drogué et la société sont généralement des rapports de cache-cache. Voyons par exemple, la façon dont la toxicomanie est prise dans le discours sécuritaire. La rencontre de la toxicomanie avec la délinquance est aujourd'hui un fait indéniable - il en a été question hier dans l'une des commissions. Mais, on n'insiste pas assez sur le paradoxe d'une société qui condamne à juste titre cette délinquance tout en développant par ailleurs, un sentiment de sécurité qui, poussé à l'extrême, conduirait à une attitude de repli et d'isolement analogue à celle que sous-tend l'expérience de l'héroïnomanie. Pourquoi ? Parce qu'elle ferait de l'existence même de l'autre une menace pour son prochain. Il y a jeu de miroir, jeu de cache-cache, entre une société et un toxicomane à la recherche tous les deux d'une sécurité absolue, totale, et cela malgré la nature radicalement différente de leurs modes d'expression.

Un aspect nouveau, qui a été évoqué également hier, dans la configuration de la toxicomanie aujourd'hui, c'est que la délinquance n'est pas un phénomène liée à la drogue mais une pratique qui, plus souvent qu'on ne le croit, la précède. Je vais vous citer les dernières statistiques de l'Antenne Toxicomanie des prisons de Fresnes (dans la région parisienne) qui montrent que pour 39,37 % des jeunes incarcérés et suivis par l'Antenne, l'âge de la première incarcération est intervenue entre 15 et 18 ans pour des faits qui ne relevaient pas encore de la toxicomanie. Celle-ci est venue donc s'inscrire dans un processus de dégradation qui avait commencé par des fugues, des petits vols ou d'autres actes de délinquance. Alors, la question qui se pose est celle de savoir pourquoi il a fallu que ces jeunes s'enferment dans l'escalade, jusqu'à devenir drogués, pour se faire entendre.

C'est tout le problème, dans une optique de prévention, des facteurs de risque, tels que les dysfonctionnements familiaux, les échecs scolaires, etc..., que les enquêtes épidémiologiques mettent en évidence, mais que l'on retrouve présents dans beaucoup d'autres conduites de dépendance (anorexie, boulimie, certaines formes de délinquance, etc...).

Il nous faut donc déplacer le regard de la seule toxicomanie pour le porter sur les conditions communes à toutes ces conduites auxquelles de nombreux jeunes et adolescents sont obligés de recourir pour pouvoir être écoutés. Le rapport de l'Antenne Toxicomanie de Fresnes laisse paraître la prison comme un "contenant" face aux processus de dégradation que certains toxicomanes n'arrivent plus à contrôler. On peut regretter que nos institutions n'arrivent pas à jouer ce rôle de "contenant", alors que les processus de déchéance sont généralement très longs : ils commencent parfois vers l'âge de 14-15 ans...

Quelle que soit sa complicité avec l'idéal sécuritaire, la toxicomanie est aussi un défi à cet idéal. La toxicomanie est une façon de jouer avec la mort pour ne pas mourir. A travers ses liens avec la délinquance en particulier, elle traduit une volonté d'éclatement, de dépassement des limites que l'on retrouve par ailleurs, sur un plan plus socialisé bien sûr, dans les nombreuses manifestations concernant tant les pratiques sportives que l'entreprise, avec des stages de sensibilisation au risque, pour cadres dynamiques par exemple, comme s'il y avait une sorte de synergie entre le monde de l'entreprise avec ses exigences de réussite et de performance et le monde du sport avec des exigences analogues de réussite et de performance.

On peut lire dans un dossier consacré aux nouveaux aventuriers, publié par le NOUVEL OBSERVATEUR :

"Qu'importe qu'on risque sa peau pourvu qu'on ait l'ivresse". Et à propos de l'hypoxie par manque d'oxygène, que les parachutistes "extrêmes" craignent et recherchent, quelqu'un d'autre affirme : "c'est comme un shoot, tu peux connaître le même genre de sensations en plongée, tu as des mecs qui se shootent en se narcosant, ça peut durer 4 ou 5 minutes (...). Les grands plongeurs peuvent se shooter à volonté parce qu'ils connaissent leurs limites". L'héroïnomane pense lui aussi : "Je connais mes limites, je me shoote à volonté", tout en se disant qu'en allant toujours plus loin, il pourra maîtriser la mort...

L'aventure, ou plutôt le sport-aventure, est l'un des paradigmes de la culture "entrepreneuriale", avec ses valeurs de performance, de réussite ou de succès, à laquelle la société française s'est convertie depuis le début des années 80.

Dans ce contexte, le risque est l'exigence qu'il faut assumer pour affronter un environnement social et économique de plus en plus complexe ; la condition imposée par la logique intégratrice qui sous-tend les actuels discours sur l'insertion et fait de la conquête de l'autonomie, la clé de la réussite : ce n'est qu'en devenant maître de soi qu'on peut prétendre être socialement reconnu.

De cet imaginaire qui condamne par avance tout refus d'intégration et rejette définitivement celui qui est incapable d'adhérer aux lois de la concurrence ou de l'émulation permanente, témoignent non seulement les pratiques toxicomaniaques, mais aussi un phénomène en augmentation constante et non moins préoccupant : le suicide des adolescents. Et là, je me réfère au témoignage du Docteur Henri GRIVOIS (qui a une consultation spécialisée à l'Hôtel Dieu à Paris) recueilli d'un article récent : "le suicide des jeunes pourrait constituer un avertissement dans la mesure où il est un refus de s'engager dans ce tourbillon, dans cette fête épuisante".

A partir d'une division volontairement sommaire en termes de dynamique intégratrice (la même drogue peut provoquer des effets contraires en fonction des situations), nous pourrions retrouver un certain nombre de produits consommés dans le sens d'un renforcement de l'intégration et d'autres produits dont la consommation signifie plutôt l'échec de l'intégration. Dans le premier cas, il faut citer la cocaïne qui reste, malgré tous ses ravages, relativement circonscrite en France aux milieux d'affaires, artistiques ou intellectuels : je ne parle pas évidemment du crack, puisque là on est dans le détournement de cette logique, par ses effets de destruction massive. Ou bien encore, tous les psychotropes (amphétamines, stimulants, etc...), pris comme la cocaïne pour augmenter ses performances intellectuelles ou physiques ou pour supporter les conditions imposées par le rythme de vie ou de travail : fatigue, cadences, instabilité, etc...

Mais, je n'irai pas jusqu'à partager la vision idyllique des auteurs du livre, au titre tout-à-fait éloquent, "trois cents médicaments pour se surpasser physiquement et intellectuellement", publié chez Balland, en 1988. Pour les auteurs de cet ouvrage, dont le titre est déjà tout un programme, la consommation de médicaments en vue de se surpasser intellectuellement et physiquement, resterait à priori étrangère à ce qu'ils appellent "le monde infernal de la drogue". Absurdité analogue à celle qui voit dans tout usage de drogue une future toxicomanie.

A l'opposé de ces drogues à visée intégratrice, que je viens d'énumérer, signe généralement l'échec de l'intégration. L'héroïnomane est un battant déchu, pour qui le désir d'autonomie absolue a tourné court. L'héroïnomane vit dans une sorte d'adolescence éternelle à laquelle il n'arrive pas à mettre un terme, ce qui l'amène tantôt à régresser, tantôt à se projeter dans une course en avant. Dès lors, les carences au niveau de l'insertion se confondent chez une grande partie des héroïnomanes avec la question de l'entrée dans la vie au sens initiatique du terme. L'échec d'intégration se joue d'abord sur le plan symbolique : il y a impossibilité de "résoudre" l'adolescence, de métaboliser les conflits inhérents au processus psychologique de l'adolescence, du passage de l'enfance à l'âge adulte. Mais cela peut se doubler, et se redouble effectivement très souvent, de façon plus ou moins durable, sur le plan social, sans qu'on puisse établir toujours une relation stricte de cause à effet entre l'un et l'autre. Cependant, dans le cas des héroïnomanes, l'échec est très souvent double : il se joue à la fois sur le plan symbolique et sur le plan social. Ce n'est pas par hasard que l'héroïne touche aujourd'hui essentiellement les milieux défavorisés et les classes moyennes, là où notamment les incidences des mutations sociales, économiques et culturelles de ces dernières années sont indéniablement les plus fortes. Le Juge LEROY, qui a travaillé comme Juge d'Instruction dans la banlieue parisienne, a pu repérer deux groupes principaux de toxicomanes pour lesquels se posait, sinon une question d'insertion tout au moins une question d'intégration. Nous avons d'un côté, les enfants de ruraux montés à la ville et de l'autre, les jeunes d'origine maghrébine de la deuxième génération, confrontés à la difficulté de relier les problèmes d'identité ethnique nés de leurs origines familiales aux exigences de la société française, où ils sont nés pour la plupart. Attention : il ne s'agit pas d'expliquer la toxicomanie par les seules rai-

sons sociales ou culturelles. Mais il est évident que les conditions sociales (absence de formation, d'emploi, d'environnements stables et satisfaisants, etc...) facilitent l'apparition de certaines toxicomanies et compliquent surtout terriblement la sortie de la drogue.

F. DUBET explique dans son livre "La galère - Jeunes en survie," montre que la galère, à l'opposé de la marge, qui était la façon dont nous pourrions parler de l'expérience de la drogue dans les années 70, traduit bien cette sorte d'univers flottant, mobile, d'intégration/désintégration que connaissent aujourd'hui les jeunes des banlieues des grandes villes. Or DUBET rattache cette expérience à la désorganisation des communautés urbaines traditionnelles, où "les mécanismes anciens d'identification se sont brisés".

Face à un avenir vide, l'héroïne, contrairement à l'herbe, et même parfois à l'alcool, liés à l'échange et à la convivialité, c'est le "trou noir", ouvert en permanence aux pieds de ces jeunes, et dans lequel ils redoutent à tout instant de tomber. On retrouve un sentiment analogue de destruction désespérée face à un avenir inconsistant dans la pratique du sniffage de solvants volatils pour certains adolescents. Mais dans ce cas, l'arrêt de l'inhalation, d'après les auteurs de l'ouvrage "Adolescence et solvants", et "l'apparition d'un projet d'avenir quel qu'il soit, sont toujours deux mouvements contemporains". Ce que ces adolescents "disent alors de leur avenir représente un compromis entre une intégration sociale hyperadaptée et des espoirs d'aventures". Le sniffage est une façon d'introduire un peu d'illusion, d'aventure dans un monde qui pousse à l'intégration sans donner toujours les chances de pouvoir la réaliser.

Enfin, l'usage des barbituriques, pris comme de véritables drogues, apparaît lié depuis quelques années à des manifestations extrêmes de marginalisation sociale.

Le désir de réussite qui souffle aujourd'hui sur la société française n'est pas sans lien avec le comportement de plus en plus fréquent qui, avec la drogue ou sans elle, masquent derrière une attitude d'apparente sur-adaptation à la réalité, l'absence d'un minimum de repères leur permettant de réussir leur intégration. Il y a là un décalage entre le rêve d'intégration à laquelle la société les pousse et l'absence de conditions permettant de le concrétiser. La drogue surgit alors comme le symptôme de ce "ratage", de ce déphasage...

Une des conséquences de cette situation est de rendre plus difficile la question de la sortie d'adolescence (cela a été abordé aussi hier par un ou deux intervenants), qui constitue, à mon avis, un des problèmes majeurs de notre temps.

L'allongement de la durée et de l'espérance de vie, l'allongement de la période de formation, le retard de l'entrée dans la vie professionnelle, la station prolongée dans des statuts transitoires sur le plan scolaire, professionnel et familial, le maintien durable dans des statuts pré-matrimoniaux avec le retard de l'âge du mariage, surtout pour les garçons, ou dans les statuts pré-parentaux avec le recul de la première naissance, etc..., posent un véritable problème anthropologique, qui est celui de la sortie de l'adolescence. Or, la toxicomanie aujourd'hui ne peut être interprétée en dehors de ce contexte social. L'éclatement de profil toxicomaniaque dont je vous ai parlé tout à l'heure montre que la toxicomanie est un des principaux symptômes de cette difficulté à marquer la fin de l'adolescence, même si parallèlement les effets sur le plan de la désocialisation sont peut-être moins spectaculaires.

Quelqu'un qui travaille en post-cure, a parlé hier du discours nouveau de certains toxicomanes, plus demandeurs de socialisation, voire de normalisation. C'est, en effet, nouveau par rapport à ce qu'on avait l'habitude de connaître. Mais il est également vrai que cette socialisation plus affirmée (au moins en apparence), coexiste souvent avec le maintien prolongé des toxicomanes dans leurs familles. J'ai entendu l'un d'entre vous citer un auteur américain qui parlait d'abolition des frontières entre les générations. Le pire c'est que le mythe de l'éternel adolescent auquel la société concurrentielle nous invite, ne peut que contribuer au renversement des processus identificatoires : à la place d'aider le jeune à s'identifier à lui, c'est souvent l'adulte qui cherche à s'identifier au jeune dans le but, hélas, tout à fait justifié, de rentrer en contact avec lui...

Une opinion courante tend à expliquer la drogue par l'absence de communication dans les familles. On dit : "S'il y a drogue, c'est parce que dans la famille, on ne communique plus". Bien sûr, ce n'est pas faux. Or les deux ou trois enquêtes que j'ai pu lire sur les rapports à l'intérieur des familles montrent que jamais le dialogue entre les parents et les enfants n'a été si grand. Ainsi, je me demande si ce qui apparaît comme absence de communication n'est pas souvent le résultat d'une complicité entre les générations, qui entraînant l'annulation des frontières qui doivent différencier le père et le fils, le jeune et l'adulte, les parents et les enfants, va conduire à une rupture de communication. Le besoin de communiquer qui s'est renforcé avec le développement des techniques psychologisantes (il faut comprendre, il faut entendre...), conduit parfois à la

fusion, à une proximité relationnelle très forte. Et de ce fait, le "marquage" symbolique qui doit différencier le père et le fils, le jeune et l'adulte pour qu'il y ait éducation, ne tient plus...

Dans les histoires familiales des toxicomanes, plus qu'un problème de communication, ce qu'on observe c'est une sorte de perturbation des rôles de chacun au sein de la cellule familiale, comme si tout était disloqué : la mère en complicité avec le fils et excluant le père ; le père, du coup, essayant de se rapprocher du fils et excluant la mère, etc, etc... chacun délégitimant l'autre au niveau de son rôle. LÉBOVICI rappelait récemment, à propos d'un sondage pour les revues ELLE et PHOSPHORE, que les relations familiales sont devenues moins formelles. "Maintenant, l'adolescent est considéré comme un être qui pense, qui souffre, qui a des problèmes personnels. On cherche à le comprendre. Or, comprendre ne veut pas dire accepter. En devenant attentifs, les parents se sont effacés devant leurs enfants, compliquant encore davantage leur passage à l'état d'adultes". D'autres auteurs parlent de consensus régressif, d'évitement de la rivalité entre les générations, qui se manifeste par l'incapacité à gérer les conflits, les conflits identificatoires. Quelqu'un parlait hier de transmission, d'héritage...

On pourrait s'arrêter sur cette question de la transmission et de l'incapacité de certains adultes à se situer comme des êtres qui doivent, qui sont en position de transmettre quelque chose. L'important, contrairement à une idée courante, ce n'est pas ce que l'on a à transmettre ; après tout, que les jeunes, que les enfants refusent ce que les parents leur proposent, ça fait partie du jeu, et c'est comme ça qu'ils pourront grandir... Le plus grave c'est quand les jeunes ont devant eux une sorte de fantômes, de spectres vides qui ne sont plus en position de savoir transmettre. Les rites initiatiques étaient des moments de transmission par excellence : pour qu'il y ait passage, il faut des adultes en position de pouvoir transmettre, de légitimer et de ritualiser ce passage.

Enfin, en contre point de ce tableau marqué par un imaginaire euphorique d'intégration à tout prix de réussite, de performance, qui laisse dans l'ombre la fragilité qui définit l'homme - son incomplétude essentielle - il y a le Sida, problème très grave, qui a fait l'objet d'une commission et est apparu en filigrane dans d'autres interventions, et qui ne va pas sans incidences sur le comportement des toxicomanes ni sur leur imaginaire. Je pense qu'il est encore trop tôt pour en mesurer les effets, mais ce que nous savons, c'est que le Sida frappe la société dans sa croyance que les capacités du corps humain sont illimitées. Le Sida frappe des pratiques imprégnées par l'idéal du dépassement de soi, de la volonté d'aller toujours plus loin dans la maîtrise de son corps : c'est vrai pour la drogue comme pour certaines pratiques sexuelles. Le Sida impose la mort comme la limite qui doit réguler les rapports entre les hommes et la maîtrise de soi ; la mort comme limite à notre propre idéal d'autonomie.

Mais le plus grave, bien sûr, ce serait d'agir comme s'il n'y avait plus de vie à vivre, même quand on se sait condamné. On ne peut travailler avec des gens qui sont confrontés au problème du Sida, qu'à la condition d'accepter qu'ils ne sont pas morts, qu'ils sont toujours en vie. Sinon, nous risquons de renforcer l'imaginaire de la défaite, qui est l'envers de l'imaginaire de la toute-puissance. C'est un problème qui nous oblige à éclaircir notre propre rapport à la mort.

Le Sida, sans faire de moralisme, est venu nous rappeler de façon tragique cette dimension de la mort comme la limite qui doit réguler les rapports de soi avec soi et de soi avec les autres.

Voilà ce que j'avais à vous dire en essayant d'intégrer le mieux possible ce que j'ai entendu hier.

Nota Bene : Texte revu par l'auteur qui a souhaité en conserver le caractère oral.



## Débat

Dr Patrick MAUGEAIS

Je vais avoir beaucoup de mal à intervenir après votre intervention car c'était tellement riche, il y avait tellement de questions, j'ai l'impression que je risque de me mélanger un peu. Néanmoins, il y a certaines choses que j'aurais voulu vous voir préciser, notamment cette analogie (j'ai envie de l'appeler comme cela) que vous faites entre le dopage et la toxicomanie, elle me paraît à la fois tout-à-fait fructueuse et en même temps, je trouve qu'elle a des limites, je voudrais essayer de les préciser, puis vous demander votre avis.

Les limites, je les vois par exemple concernant la question du désir, BEN JOHNSON, lui, désire effectivement aller jusqu'au bout, se surpasser, en même temps, il ne met pas en cause la société dans laquelle il est bien et son désir de prendre le produit n'est pas un besoin comme chez le toxicomane, je dirais. En outre, est-ce que l'on ne risque pas à ce moment-là de faire une analogie avec un simple phénomène social, ce que HERVIEU dans son introduction à la revue "Autrement" disait, d'une façon qui m'a frappé, "est-ce que l'on ne risque pas de confondre une grève de la faim avec une anorexie mentale".

La question aussi qui n'a pas été abordée et qui me paraît fondamentale, c'est celle du manque car si le plaisir peut être assuré par le produit, qu'en est-il du manque ? même la jouissance du manque presque ? J'aimerais que vous reveniez aussi là-dessus.

Il y a aussi la question de l'identité du toxicomane, BEN JOHNSON bien sûr ne se présente pas comme "un toxico", or on continue, nous, à rencontrer des jeunes qui nous disent "je suis un toxico" avant même de décliner leur identité et tout ça pose la question de la consistance sociale, si je peux me permettre cette expression, du toxicomane...

Il me semble que votre intervention a beaucoup tourné autour de la question du symbolique, notamment vous l'avez souligné en disant qu'il avait raté le processus d'intégration symbolique, quand vous disiez "ça parle beaucoup dans les familles mais... ça s'arrête..." Je pense aussi que c'est cette question-là qui est sous-tendue, on pourrait même faire un rapprochement avec la question de l'inceste. Alors là aussi le désir d'autonomie, je ne sais pas si on peut parler d'un désir d'autonomie chez le toxicomane... il y a peut-être une espèce d'idéal comme ça dans le discours... mais au fond il me semble qu'il le rate...

Et ma dernière observation, elle tourne autour de la loi, puisque là aussi c'est quelque chose qui paraît fondamental, dans le rapport à la loi. Je crois que le rapport à la loi, là encore les gens qui se dopent transgressent la loi, en même temps ils n'en contestent pas le bien fondé, je dirais. A l'inverse, si les pouvoirs publics et les états actuellement ressentent un danger aussi grand dans la toxicomanie, c'est qu'ils y voient, sûrement à juste titre, la mise en cause fondamentale du lien social à travers ce problème-là, et même des fondements éthiques du lien social...

Et ce qui m'a intéressé aussi, ce dernier point que je voudrais souligner, c'est lorsque vous avez évoqué la question des maghrébins. J'avais illustré cela il y a quelques temps avec la question du rapport à la loi réelle et à la loi symbolique... en disant est-ce que le maghrébin n'est pas comme... pour prendre une image... comme Antigone, il se trouve dans une société où il refuse la loi réelle comme symbolique, si on peut dire, parce que lui il se réfère à une autre symbolique... à une autre loi symbolique ; en même temps chez le toxicomane on peut se demander s'il y en a une ou s'il n'y en a pas.

Enfin... c'est un peu confus... mais j'aimerais bien que vous me répondiez à ces questions...

Joao FATELA

Par rapport au désir d'autonomie du toxicomane, je ne pense pas que j'ai utilisé le mot "désir d'autonomie", j'ai parlé "d'idéal d'autonomie", ça se passe sur le plan imaginaire. Il y a effectivement dans la conduite toxicomane telle que nous la retrouvons chez l'héroïnomanie, car c'est de l'héroïnomanie dont il est question, cet idéal fou d'une autonomie absolue, c'est-à-dire de pouvoir vivre sans liens, comme si le monde était uniquement à lui. Je me référais à l'incapacité d'accepter l'autre comme sa propre limite.

Vous avez raison, BEN JOHNSON est dans l'altérité, le toxicomane est en souffrance d'altérité, il y a là donc une différence radicale. Je ne confonds pas le dopage avec la toxicomanie ou la grève de la faim avec l'ano-



rexie mentale. Il s'agissait simplement de montrer qu'il y a un imaginaire en beaucoup de points communs entre la toxicomanie et le dopage, malgré tout ce qui les sépare. L'héroïnomanie ne peut pas être assimilée à quelqu'un qui se dope. Ce que je veux dire c'est que dans le dopage, il y a l'interdit d'échouer : on ne peut pas échouer, donc on triche... Chez l'héroïnomanie, et au moins jusqu'à ce que le manque se fasse sentir de façon douloureuse, la volonté de maîtrise est identique, sauf que, dans son cas, l'expérience de la "maîtrise pure" naît fondamentalement de sa difficulté à s'assumer comme un être mortel, comme l'un parmi d'autres. Et c'est là que les choses se gâtent : partant déjà perdant, le toxicomane est condamné à échouer. La question est de savoir pourquoi dans des conditions culturelles ou sociales identiques, il y a des gens qui "craquent" et d'autres pas.

Le même type de drogue peut d'ailleurs répondre à de multiples fonctions. C'est pourquoi seule l'histoire individuelle peut nous renseigner sur les raisons qui amènent quelqu'un à se droguer. Il reste, par exemple, à déterminer comment les produits utilisés au service d'une dynamique intégratrice - les psychotropes - peuvent s'inscrire dans des conduites toxicomaniaques qui en sont la négation. Le problème est très complexe. Il y a eu seulement de ma part le désir de sortir d'un discours qui fait du toxicomane quelqu'un de tout à fait étranger à chacun de nous, alors qu'il ne fait qu'exprimer à sa manière les difficultés que chacun peut ressentir dans une société où il n'y a plus de dieux, plus d'ancêtres pour signifier où il faudra mettre nos pieds. Le destin n'est plus tracé comme auparavant ; il appartient à chacun de nous de l'inventer. C'est cela que le toxicomane vit avec une souffrance, une sensibilité plus extrêmes que beaucoup d'entre nous. Je ne prétendais pas mettre sur le même plan le dopage et l'héroïne.

La question de la loi, bien sûr, est sous-jacente à mes observations sur le phénomène de l'adolescence interminable, indépassable. Le problème est de savoir comment on peut poser la question de la loi dans une société où chacun réclame de plus en plus d'autonomie : quelles contraintes, quelles régulations faut-il alors établir ? Je n'ai pas évoqué cette question, mais elle était là, en toile de fond, dans mes propos.

Quant aux toxicomanes maghrébins, ils souffrent d'une difficulté d'intégration symbolique comme n'importe quel toxicomane, avec en plus la difficulté liée à leur double appartenance. La majorité des toxicomanes maghrébins que j'ai connus avaient un père en situation de souffrance physique ou sociale, soit parce qu'il était malade, soit parce qu'il était handicapé, soit parce qu'il était chômeur, etc... La dévalorisation du père, dans des cultures de type patriarcal, où le père doit être dans l'espace public, avoir une reconnaissance publique, alors que la mère tire sa reconnaissance de l'espace privé de la maison, conduit parfois à un renversement des rôles identificatoires, ce qui ne va pas sans poser des problèmes. En raison de sa situation, le père est relégué vers l'espace de la mère, il reste à la maison, car il n'y a pas de place à l'extérieur, et de ce fait il se retrouve dans une position subalterne. La culture maghrébine est une culture très hiérarchisée, avec un "marquage" strict entre homme/femme, adulte/jeune, etc... En France, la mère maghrébine a souvent en plus la maîtrise de l'argent : c'est elle qui touche par exemple les allocations familiales, ce qui, dans certains cas, la rend dépositaire de tout le pouvoir à la fois symbolique et réel. Enfin, la xénophobie, le racisme ambiants ne peuvent que renforcer l'image négative que les enfants ont du père du fait de son handicap...

Dr Patrick MAUGAIS

Je voudrais dire autre chose concernant les maghrébins, c'est-à-dire qu'effectivement le repérage symbolique offert par le père, si je peux dire, mis à l'épreuve de la société actuelle dans laquelle est plongé le jeune ne tient plus... et à ce moment là c'est tout ce que vous décrivez et avec quoi je suis d'accord.

Dr BERTRAND

Un mot que j'ai beaucoup apprécié, c'est le mot parcours parce que je m'intéresse un peu au problème du temps et, comme généraliste, la notion de parcours est très importante et pourtant n'apparaît pas facilement dans le discours médical qui est un discours en général qui travaille sur objectifs, ce qui est proposé par exemple souvent par le pouvoir public ou même par le monde médical sur la toxicomanie, c'est travailler sur objectifs et en fait... quelque chose qui me paraît assez important... c'est peut-être d'essayer de relier cette difficulté à apprécier le temps dans notre société à des mécanismes qu'utilisent les techno-sciences et qui ont essentiellement des positions réductionnistes dans lesquelles les choses sont séparées les unes par rapport aux autres et dans lesquelles les processus de réunion entre le local et le général ne se posent pas bien ou entre le court-terme, le long terme, l'instant et le non-instant. Dans cette mesure le toxicomane me

semble avoir souvent une parfaite illustration de la dilacération du temps, une espèce de désintégration de la notion du temps... et la question en fait que je pose - est-ce que les conditions actuelles dans lesquelles les techno-sciences produisent, si vous voulez, ces effets réductionnistes, encore très très marqués... est-ce que ça n'a pas contribué historiquement à cette espèce de dilacération de beaucoup de processus en particulier sociaux comme s'il y avait une contamination de type réductionniste par les gens sensés savoir, en médecine par exemple... est-ce que de ce côté là, c'est-à-dire dans la façon de penser de la société dans les rationalisations sur lesquelles marche une société, le fait de mettre en question ce rapport au temps et ce rapport à la dilacération de l'espace d'ailleurs et du temps, mais surtout du temps, ça ne pourrait pas être une direction de pensée, bien sûr, à très long terme... mais un mécanisme de réflexion en tout cas sur le processus avec une espèce de mise en évidence exquise de la toxicomanie et du sida dans notre société qui apparaîtrait en somme comme une espèce de surgeon lointain, d'attitude philosophique... traduisant l'idéal scientifique qui est vraiment écrasant actuellement (tout le monde veut se réclamer d'un idéal scientifique, sans toujours y avoir beaucoup réfléchi techniquement)... il me semble que par un long processus puisque ces mécanismes-là datant d'il y a bien 50-80 ans ont trouvé des phases d'amplification, c'est peut-être très lointain,...je me demande s'il n'y pas eu une espèce d'humus intellectuel qui a favorisé une espèce de dilacération du temps social et sur laquelle la toxicomanie prend alors quelque chose de tout à fait spécial, un symptôme lointain, c'est la question que je me pose ?

Joao FATELA

Oui, je ne pourrais pas aller si loin dans mes considérations, mais je pense que, oui, le toxicomane pose la question du temps dans nos sociétés. Il vit dans un temps éclaté, dans un temps à la fois haché et en même temps sans limites. Plusieurs auteurs ont parlé, à ce propos, de "temps océanique".

Temps haché, temps océanique : c'est-à-dire, une incapacité effectivement de se situer dans le temps ordinaire. Il me semble absolument indispensable de prendre en compte cette dimension du temps dans la prise en charge.

Il y a un risque, quand nous imaginons le toxicomane comme un bloc, pétrifié par sa drogue, alors qu'on sait que c'est le toxicomane qui crée sa drogue, que chacun prend du produit ce qu'il y met...

Jean-Pierre POT

C'est une demande de précisions à propos de deux termes que vous avez utilisés et les mettant du côté de l'idéal, du côté de l'idéal social actuel et de ce que vous avez pointé du côté de ce qui fonctionnerait comme idéal chez les toxicomanes, sur ce que vous avez dit l'idéal de dépassement et l'idéal d'autonomie.

Pour ma part, je ne suis pas sûr du tout que ce soit la même chose et que ça fasse référence au même registre. Donc c'est une demande de précisions. Pour aller un peu plus loin, il me semble que l'idéal de dépassement n'est pas du même registre que l'idéal d'autonomie en ce sens que l'idéal de dépassement n'est pas du tout incompatible avec la reconnaissance de l'autre et en ce sens l'idéal du social.

Joao FATELA

Oui, c'est vrai. C'est pour cela que l'on ne pourra pas mettre le dopage sur le même plan que l'héroïne. Mais je pense que, dans le cas de l'héroïnomane, l'idéal d'autonomie est étroitement lié à un dépassement de soi conçu comme une dénégation de l'autre.

Jean-Pierre POT

Juste une petite précision. Est-ce que vous seriez d'accord pour dire que là ça concerne la question de l'être. Et que la question de l'idéal du dépassement est plus du côté du registre de l'avoir.

Joao FATELA

Oui, on pourrait dire ça.

Dominique FROGER

Je voulais aborder la question sous un autre angle et un peu dans une projection qui, je le dis d'avance, est une projection hasardeuse dans la mesure où elle n'est pas fondée sur une argumentation scientifique. Ça tourne autour de la fonction exutoire du toxicomane, du moins dans sa version désocialisée parce qu'il y a aussi une version socialisée de la toxicomanie quand on parle de BEN JOHNSON et autres...

Je reprends à partir du rôle qu'on a donné au toxicomane dans sa fonction de patient désigné, de bouc émissaire un peu, si on reprend les termes d'OSLOS par exemple permettant sur sa personnalité... sur la personnalité du toxicomane de renforcer un équilibre social... c'est un peu la fonction que l'on a donnée à une époque à la pauvreté, à la délinquance, la toxicomanie peut aussi avoir cette fonction à ce moment précis... et ça renforce les ponts, je fais un peu référence à ce qui se disait hier dans les commissions où la sociologue Mme STENUIT a fait une étude sur la manière dont la presse présentait les toxicomanes et les problèmes de toxicomanie... Cette fonction-là est une fonction socialisée, rassurante, si on peut dire, parce qu'elle permet de désigner une population facile à reconnaître... les toxicomanes et nous, comme on n'est pas toxicomane, on est bon parce que les toxicomanes sont mauvais... et cette réalité-là elle a été percutée, si on peut dire, par le sida qui, lui, du coup a remis tout le monde dans le pot commun si j'ose dire puisqu'il n'est pas nécessaire d'être toxicomane pour être sidaïque. On attrape le sida autrement... qu'en étant toxicomane. Et donc ça nous remet tous, ça remet la société dans un autre rapport avec la toxicomanie et la projection que j'ai essayée de faire c'était de me poser la question, (parce que je n'ai bien sûr pas de réponse), est-ce que ça ne va pas amener la société à se positionner de manière tout à fait autre par rapport à la toxicomanie puisque la réponse est devenue maintenant insatisfaisante puisqu'on n'arrive plus à désigner ce groupe cible... c'est plus suffisant puisqu'il y a cette interférence qui arrive par le sida, et ça m'a amené à poser le problème de la légalisation de la drogue... c'est-à-dire est-ce que la réponse, et là je mesure tous les risques que je prends en parlant de légalisation de la drogue, le fait aussi qu'aujourd'hui avec des mouvements de manche on dit, il n'est pas question et il ne sera jamais question de légaliser la drogue puisque ce n'est pas une dernière manière pour la société de mener un peu aussi un combat d'arrière garde par rapport à ça... mais bien sûr je n'ai pas du tout de réponse par rapport à ce que je dis... c'est une question... je ne suis peut-être pas très clair même dans la manière dont je la formule...

Joao FATELA

Ce qui me pose problème c'est le passage que vous semblez établir entre la problématique du patient désigné, du bouc émissaire, et celle de la légalisation. Je ne vois pas très bien le lien entre les deux. Je pense que vous posez là deux questions différentes.

Dominique FROGER

Le lien qui est fait c'est le sida... si j'ose parler de lien... c'est-à-dire que ce groupe cible désigné toxicomane ne peut plus être tout à fait un groupe cible désigné puisqu'il y a quelque chose qui en est issu mais qui atteint l'ensemble de la société... c'est le sida, les enfants naissent aujourd'hui avec le sida, les hétérosexuels sont atteints du sida, des homosexuels sont atteints du sida alors qu'ils ne sont pas toxicomanes... ça déborde le problème de la toxicomanie... donc ça amène la société à avoir un autre regard sur le problème de la toxicomanie, ça l'amène à avoir un autre mode de comportement et la question que je me pose, mais c'est une pure hypothèse d'école, j'en ai parfaitement conscience... c'est de se dire... est-ce que la réponse sociale qui va être donnée ne va pas être la légalisation de la drogue, de manière à refonder, à repérer le groupe social, et de manière peut-être un peu fantasmatique éviter la propagation, du moins dans la tête de ceux qui le pense, du sida.

Joao FATELA

Il y a peu de science fiction dans tout cela, vous l'avez dit. Vous avez fait un peu de projection... On ne sait pas ce qui va se passer... C'est-ce que le sida va produire en termes de représentations ? Cette question s'est déjà posée à propos des homosexuels. Est-ce qu'à partir du moment où le sida n'est plus considéré comme le cancer gai, il va amener les gens à accepter plus facilement l'homosexualité ? Ce n'est pas évident. A mon avis, c'est une erreur de poser la question de la légalisation de la drogue à partir du sida. Posons la question de la légalisation en tant que telle, mais la poser à partir du sida c'est encore une façon

de répondre en miroir. La question éthique que le sida nous pose est bien celle des limites : ce qu'on peut faire ou non de notre corps, ce qu'on peut faire avec notre corps. Posée dans ce contexte, la légalisation apparaît comme une démission. Puisque on ne sait plus quoi faire d'un problème, passons outre... La légalisation était déjà un problème que se posaient les premiers libéraux, au 19ème siècle : jusqu'à quel point on peut m'interdire de faire quelque chose qui (apparemment) ne concerne que moi ? Je fais ce que je veux de mon corps : pourquoi m'interdire de me tuer, de mourir ? C'est une question éthique à laquelle on ne répondra pas en se contentant de penser les choses en termes de légalisation. On peut retourner la question et se demander jusqu'à quel point une société peut tolérer que ses membres, et tout particulièrement les plus jeunes, se détruisent, sous prétexte que chacun est libre de vivre comme il veut. Personnellement, cela m'est insupportable d'un point de vue éthique. Je préfère signifier : il ne faut pas se détruire, quitte à passer par l'interdit de se droguer...

Continuons dans la voie de la dépénalisation de fait engagée en France par la Circulaire de 68, qui a été évoquée plusieurs fois hier en commission, et celle de 84 sur l'usager-trafiquant, malgré l'interprétation abusive dont elle est l'objet de la part de certains magistrats. Mais je ne veux pas fermer le débat...

Jean-Pierre POT

Je voudrais poser une question qui me semble en fait en même temps une question d'orientation, que l'on pourrait dire thérapeutique, et peut-être aussi liée à un point que vous avez abordé... c'est-à-dire au fond une question d'éthique...

Si j'ai bien entendu ce que vous nous avez dit : les malheurs du monde, et c'est quelque chose qui a été abordé hier dans la commission clinique, viendraient du défaut et de la défaillance souvent du côté du père... c'est-à-dire ce qui revient à poser que l'ordre... l'ordre du social, se soutient du père et que notre position de sujet au fond ne se soutient que de cette croyance au père... ce qui indique du même coup qu'on n'en aurait pas fini avec les religions. Alors la question éthique et thérapeutique, c'est-à-dire ce qu'on peut appeler, selon les orientations, accompagnement, direction de la cure, etc... c'est que précisément il y a nombre de toxicomanes qui nous disent qu'au père, ils n'y croient pas et que... est-ce que là une juste direction serait de faire le père ?... c'est-à-dire sous forme de la loi ou des lois (puisque ça concerne tout ça)... est-ce que dans le fond une éthique serait de ramener le père, ou essayer de le faire.

Joao FATELA

Quand un toxicomane nous dit : "je ne crois pas au père" - est-ce un problème de croyance ? La question du père se joue sur le registre symbolique et l'erreur serait de penser que c'est la loi sociale qui réglerait cette question. La loi sociale ne peut que donner une sorte de visibilité au symbolique et faciliter éventuellement son intégration. La loi de 70 ne règlera pas, par elle-même, la question de l'interdit, mais on ne sera pas plus avancé si on l'abolit. La loi de 70 a au moins le mérite de donner corps à l'interdit, d'être une figure de l'interdit, dans une société qui ne sait plus comment poser des limites.

Jean-Pierre POT

Oui, sur ce point, je suis tout à fait d'accord avec vous... c'est vrai que cette question du père est dans le registre du symbolique et que ce n'est pas à confondre avec ce qu'on appelle la position subjective du papa... et que cette question du père dans le registre symbolique est indénouable du fonctionnement de l'ordre social... mais que cette question du garant du social... qui fait que ça se tient... qui fait qu'il y a de l'ordre... plus ou moins rigoureux mais qu'il y a toujours un ordre... est-ce que ça peut se soutenir d'autre chose que d'une croyance... et alors c'est à ce sujet que je disais "au père, je n'y crois pas"... ce n'est pas comme ça que c'est dit... mais c'est précisément cet ordre là qui est nul et non avenu.

Christian DURAND

Je voudrais réagir par rapport à votre intervention, je voudrais comme vous par rapport à certains problèmes concernant le sida et certaines confusions, réagir avec un peu d'émotion... vous nous avez donné un exposé en écho, du moins je l'ai ressenti comme cela, au mien propre... vous avez eu certainement plus de

questions parce que vous êtes plus rond... plus explicite et que vous avez utilisé un langage bien connu du milieu dans lequel vous travaillez vous-même... vous avez choisi, d'une certaine manière, un certain système de repères et de clarté alors que moi j'ai choisi l'obscurité du veilleur de nuit mais... nous nous comprenons très bien.

Votre intervention à l'égard de la croyance et qui semble sous-tendue, peut-être que je me trompe mais je la sens comme ça, par une espèce d'accusation... quel type de croyance va-t-on mettre, il y a une interrogation sur la croyance... il n'y pas de possibilité d'insertion, de dire quoi que ce soit sans se baser sur une croyance... alors si on entend ça tel que Mr FATELA pose le problème, il l'a posé sur un plan humain, "moi, je ne supporte pas" (je vais faire mon linguiste) "éthiquement"... alors moi j'ai employé le mot de morale hier... c'est-à-dire que j'ai introduit quelque chose de sensible, justement qui a rapport aux croyances... vous dites "éthiquement"... est-ce que vous ne cherchez pas à distancier précisément votre morale... c'est-à-dire que vous ne supportez ce qui est en vous quelque chose qui est de l'ordre précisément de la croyance... (c'est ce qui fait d'ailleurs toute la force de votre exposé, de votre prise de position...), c'est par votre croyance précisément que votre rapport au sujet n'est pas dans l'ordre technique dans lequel on aurait pu le placer compte-tenu du vocabulaire et du système de référence utilisés par votre discipline. Je ne sais pas si je me fais bien comprendre... mais je crois que vous m'avez compris...

Jean-Pierre POT

Non, il ne s'agissait pas du tout d'une dénonciation ou alors peut-être dénoncer un inévitable ordre dans lequel on est tous pris... mais, comme vous le rappelliez, que tout ne peut se soutenir que d'un point de croyance. Donc, ce n'était pas du tout quelque chose de critique... c'était une question... est-ce que c'est quelque chose qui peut ou pas s'interroger ? parce qu'il y a des sujets qui interrogent ça... et dans la rencontre avec... pas que des gens qui sont dits toxicomanes précisément... il y a des sujets pour qui cet ordre là, cet ordre de cette croyance est nul et non avvenu, c'est-à-dire qu'au fond au père ils n'y croient pas. Et là, je crois que ceci rejoint votre exposé d'hier et votre intervention de maintenant... avec ces sujets-là une position éthique, quelle est-elle... est-ce qu'il faut à tout prix essayer de faire qu'il y ait du père, de ramener dans cet ordre de la croyance, si tant est que ce soit possible, ou y-a-t-il une autre éthique possible que celle-là.

Joao FATELA

Je pense que l'éthique est appelée à jouer aujourd'hui un rôle analogue à celui des croyances dans le passé. La drogue surgit sur un fond d'effritement des croyances communes. Que nous reste-t-il pour faire lien ? La loi de 70 est l'une des façons de marquer cette nécessité de faire lien, de se donner un repère commun à partir duquel on peut interpellier, questionner, interdire... Mais elle ne peut évidemment pas suffire.

Dr Philippe CARRIERE

C'est probablement en partie à cause de notre discussion d'hier qu'il y a cette question d'ailleurs... personnellement, pour bien fixer les choses je ne crois pas que la croyance au père soit nécessaire pour qu'il puisse y avoir un ordre. Ceci étant, la question reste effectivement extrêmement ouverte et c'est une des questions fondamentales, pas seulement pour la toxicomanie mais pour l'ensemble du fonctionnement social.

Je renverrai simplement à toute une réflexion qui se déroule depuis très exactement 200 ans qui est le travail depuis 1789, donc sur les droits de l'homme, notamment au livre de BOSCHE sur la révolution des droits de l'homme par exemple. Le grand débat entre 1789 et 1793 est de savoir si on peut introduire les droits de l'homme sans référence à Dieu. Est-ce que oui ou non les droits de l'homme sont des droits naturels ou des droits surnaturels ? Faut-il oui ou non recréer l'Etre Suprême ? La grande discussion s'est étalée comme ça pendant 4 ans et on n'en est pas sorti. Le problème est que deux jours après la fête de l'Etre Suprême on guillotina ROBESPIERRE qui était un de ces principaux suppôts... si j'ose dire... Le problème est entièrement là-dessus et depuis tout le débat philosophique est de savoir, comme le dit St Paul, si Dieu n'existe pas... alors tout est possible... et si tout est possible... peut-être que tout n'est pas profitable. Donc ce débat est un débat théologiquement fondé, anthropologiquement fondé... mais très sociologiquement fondé. Quand on parle de société moderne telle que la décrit FATELA... est-ce qu'on est pas en plein justement dans le début de l'appréhension de ce qui se passe depuis 200 ans... c'est-à-dire que la Société fonc-

tionne effectivement sans référence théologique, sans référence à une croyance unique au père... Alors qu'on découvre petit-à-petit ce que recouvre cette notion du père, par les aspects sociologiques de la fonction du papa effectivement... par les aspects psychanalytiques de l'inscription symbolique et de la structuration psychique qui peut y avoir dans une société qui croyait au père... tous ces problèmes là existent... mais est-ce que finalement il n'y a pas un certain questionnement à avoir lorsque la psychanalyse a découvert le père au moment où sociologiquement le père disparaît. Il n'y a plus guère que les psychanalystes qui se réfèrent au père alors que ... le père, concrètement, disparaît des familles, qu'il y a maintenant des familles monoparentales, sans père, etc... et que la fonction sociale du père n'existe plus d'une façon aussi nette, que la différence entre le rôle social de l'homme et le rôle social de la femme n'a jamais été si faible. Donc toutes ces questions-là restent des questions essentielles mais... on est en train d'inventer bel et bien un mode de fonctionnement social sans père. Je ne crois pas qu'à partir de là on puisse dire qu'on va être forcément dans le chaos le plus absolu. La société des frères, la société de l'Egalité, de la Fraternité et de la Liberté fonctionne de fait sans trop de difficulté tant en réglant petit à petit ce problème du père qui a été le fonctionnement, le déterminant probablement social et la structuration psychique essentiels des siècles précédents. Je crois que l'avenir est totalement ouvert mais peut-être pas forcément avec une croyance au père.

Autre piste de réflexion possible, c'est la réflexion Girardienne là-dessus, tout le travail mené notamment par des économistes tel que D'ORLEANS, des gens tel que J.P. DUPUIS sur le fonctionnement du système économique alors que l'on sait très bien que derrière un papier sur lequel il est écrit 50 Frs il n'y a pas pour 50 Frs d'or. Tout le monde sait que c'est faux mais... ça fonctionne quand même. ... alors qu'au début de la circulation des billets de banque, il fallait effectivement garantir et signer que sur ce papier il y avait derrière ça 50 Frs en or dans un coffre... maintenant c'est inutile et chacun sait que c'est inutile... et cependant la société fonctionne autour de ça. C'est une métaphore possible.

Dr VIVET

Je me demande si dans cette question-là il n'y a pas deux choses qui me paraissent confondues et qui, au niveau de la clinique, ne se retrouvent pas de cette manière-là... c'est-à-dire le père : la référence symbolique au père et le père dans la réalité... parce que tu dis il y a beaucoup de familles monoparentales, des mères qui vivent seules avec des enfants, etc... or on sait très bien qu'il y a des mères qui élèvent seules leurs enfants et qu'il existe une place symbolique réservée au père... et ce n'est pas forcément la présence ou l'absence physique du père ou le fait que dans une société donnée l'homme soit dans une famille absent physiquement qui fait que, cliniquement, on retrouve cette absence... j'ai peut-être un peu de mal à expliquer le fond de ma pensée... est-ce qu'une multiplicité religieuse ou une absence de référence unique sur le plan religieux signifie nécessairement qu'il n'y a pas quelque chose de l'ordre de la loi qui soit intégrable par un sujet ?

Dr Philippe CARRIERE

C'est effectivement des questions sur lesquelles il faudra dans des dizaines d'années et peut-être les siècles à venir discuter ; c'est de savoir quel rapport il y a entre l'expérience existentielle de l'humanité et la constitution de ce symbolique. Est-ce que le découpage entre réel, symbolique et imaginaire n'est pas un découpage tout-à-fait discutable. Les découpages scientifiques petit-à-petit se retravaillent, est-ce que l'on doit là aussi faire entrer ça dans l'ordre de la croyance... qu'il y a un réel, un symbolique, un imaginaire absolument intouchables et quel est le contenu de cet imaginaire symbolique et le rapport qu'il entretient avec le réel... je crois que tout ça évolue... Aujourd'hui notre structuration psychique, notre espace psychique, notre intellect, etc... fonctionnent de cette façon-là ou croient encore fonctionner de cette façon-là alors qu'on en est déjà probablement un peu éloigné, c'est possible... le contenu de ce symbolique, ça reste extrêmement à discuter... et comment se forme-t-il ? au-delà de ça comment est-ce qu'il marche avec nos neuromédiateurs ? On a encore beaucoup de travail à faire.

Monsieur X

Je reviendrais au niveau de l'école, vous avez parlé des parents qui fusionnent et qui ne savent plus très bien se situer par rapport à leur enfant. Je suis dans l'Education Nationale et les enfants qui habitent avec un parent seul... c'est souvent par le prénom qu'on essaie de se faire acheter un amour quelconque par le

père ou la mère. L'enfant appelle donc le père ou la mère par le prénom. Et on assiste aussi à la même chose avec les professeurs ; les professeurs au lieu de redonner une image telle qu'il y a 50 ans, quand il y avait 90 % d'enseignants masculins (maintenant on arrive à 75 % d'enseignants féminins... je ne suis pas contre les femmes... ce n'est pas ça) mais il n'en reste pas moins que l'enfant systématiquement est perturbé par l'idée même de ne plus retrouver la loi, là encore ni chez lui, ni à l'école.

Joao FATELA

La question ne se résume pas en effet au seul problème du père, de sa présence ou de son absence. Il y a aussi quelque chose à voir avec la privatisation de l'enfant dans nos sociétés : l'enfant n'est devenu la responsabilité exclusive de la famille, les autres adultes n'ayant plus droit de regard sur l'enfant... Ce n'est pas seulement un problème de père, mais d'adultes. Il faudra se rappeler que dans les sociétés primitives, ce ne sont pas les parents les initiateurs, mais des adultes choisis parmi les gens du village.

Xavier LEGALL

La seule question philosophique valable et intéressante est de savoir s'il faut se suicider ou continuer à vivre ? Si l'esprit a 8 ou 12 catégories vient après... d'abord il faut répondre. C'est en ces termes que CAMUS a introduit le mythe de SISYPHE il y a quelques années et qu'il a introduit, à mon sens aussi, comme une société l'a introduit, l'ère du nihilisme culturel. Dans le nihilisme culturel, il y a effectivement l'émergence du sentiment de l'absurde qui transpire par tous les pores de cette société et qui vient signer l'incapacité de transmettre des valeurs d'une génération à l'autre ou la déliquescence des valeurs telle qu'on en a parlé pendant ces journées. Mais la question que je me pose, le balancement dans lequel je suis est de savoir si effectivement il y a mauvaise transmission des valeurs, si le père est mort ou si Dieu est mort ou si la religion est morte ou... s'il y a encore du transcendantal quelque part ou... si on n'y comprend rien quant à ce qui se passe réellement chez les adolescents aujourd'hui, qui ont probablement des codes totalement différents de notre univers sémantique à nous, d'une génération différente ou qui avons des références sémantiques différentes et... qu'il y a un travail de taupe finalement... un travail souterrain qui s'est élaboré qui fait finalement que des nouveaux codes sont en place mais dont on ne saisit pas la portée et on serait en train de jouer les inspecteurs des ruines abusés ou désabusés mais... qui finalement... sont totalement dépassés. J'aimerais que cette question soit reprise ici...

Joao FATELA

La question n'est pas de savoir si Dieu est mort ou non, mais d'accepter que Dieu ne répondra plus, que c'est à nous de retrouver les réponses. Dans les pratiques ordaliques au Moyen-Age, Dieu répondait, puisque en fonction du jugement divin, les gens mouraient ou continuaient à vivre. C'est toute la différence. Aujourd'hui, quand le toxicomane s'interroge : "est-ce que j'ai le droit de vivre ?", personne ne pourra répondre pour lui. Et le risque, c'est de faire le colmatage quand, en voulant l'aider, on répond à sa place. Je pense que le Patriarche "répond", effectivement... C'est peut-être pour cela qu'il a autant de succès.

Dr Patrick MAUGEAIS

Pour moi, je ne dirais pas ça tout-à-fait de cette façon parce qu'au fond est-ce que ce qui est important est le fait qu'il y ait une réponse ou pas, que le ciel soit vide ou habité, que ce soit Dieu ou le grand hôte qui répond... mais il me semble que ce qui nous sépare radicalement des toxicomanes c'est le fait de se questionner et il ne me semble pas que le toxicomane se questionne... je crois que souvent ce à quoi on est confronté c'est paradoxalement (évidemment je me doute bien que c'est excessif) une absence de questionnement, une absence dans le sens où un questionnement est un appel à l'autre. Est-ce qu'il reconnaît l'autre ? Je reviens un peu sur cette question...

Joao FATELA

Si le toxicomane ne pose pas de questions, il cherche en tout cas des réponses absolues. Dans le passé, l'homme, l'être humain ne faisait que mettre ses pieds sur les traces de ses ancêtres. Son destin était déter-

miné à l'avance, en quelque sorte. Le toxicomane attend, lui, des réponses absolues, ce qui équivaut à nier le propre questionnement... Dans ce sens, on peut parler d'absence d'élaboration, de questionnement, compris comme recherche incessante d'une réponse - d'une réponse à jamais satisfaisante. Ça a quelque chose à voir avec la question de la connaissance dont parlait Mr DURAND, hier.

Dr BLONDEL

Je suis intéressé par l'évolution de cette conversation parce qu'à un moment donné on était en train de parler de l'Humanité et de la Civilisation en général, et il me semblait qu'on s'éloignait énormément des problèmes que nous nous posons tous les jours.

Le problème est de savoir à mon avis, et je crois que c'est ce que veut dire mon collègue si à un moment donné le toxicomane, et d'une façon générale l'immature pris en charge sur le plan psychologique, n'a pas besoin même de se faire l'illusion qu'il existe un père et qu'il en a un devant lui... et s'il n'a pas besoin de passer par ce stade-là... Je ne suis pas d'accord avec vous pour trancher en disant que finalement l'enjeu n'est pas possible avec le toxicomane parce qu'il est dans l'absolu, qu'il est décidément toujours comme ça... peut-être qu'il a besoin de se faire énormément d'illusions dans un premier temps, et je suis convaincu qu'à partir de là une évolution est possible. Je suis d'ailleurs très content que vous ayez fait une allusion au Patriarche parce que je voudrais vous dire toute la très grande admiration que j'ai pour eux... mais il y a dans cette notion du père quelque chose qui vient comme une interdiction à la limite actuellement d'un certain nombre de penseurs, je dirai de Maîtres à penser, quant au droit que certains ont, pendant quelque temps, de se faire un père ou de se faire l'illusion qu'il puisse exister un père. Et alors le problème n'est pas celui du père de l'humanité qui est Dieu mais celui qui pourrait être le leur quelque temps... et je crois que l'on touche là au problème de ces passages transférentiels nécessaire pour l'organisation d'une personnalité.

Jean-Pierre POT

Cette dernière intervention m'intéresse tout-à-fait. Je trouve ça en effet une excellente question qui est posée et qui me semble rejoindre quand même quelque chose qui a été dit tout à l'heure à la tribune à propos de la question "qu'est ce qu'un adulte ?" Et évidemment les définitions historiquement ou même actuellement peuvent être très nombreuses... mais je crois qu'une orientation pour cette question serait de dire que être adulte, ce n'est sûrement pas occuper une place de maîtrise mais plutôt être capable de soutenir un manque et de soutenir une perte, ne serait-ce que la reconnaissance du possible de sa propre mort. Alors, évidemment, au nom de quoi refuser que des sujets mettent quelqu'un en place de père un temps comme ça vient d'être dit, le mot "transfert" a été utilisé. Le problème c'est lorsque celui qui y est mis... (il) s'y croit !

Madame X

Je voudrais demander ce que l'on peut dire aux parents d'enfants déviants, toxicomanes ou autres... quelle attitude ils ont à prendre...

Joao FATELA

Qu'est-ce qu'on peut dire ? Qu'est-ce qu'on peut leur apprendre ? Il faut voir en fonction des situations comme on peut les aider. J'ai toujours trouvé dommage, à propos de prévention, qu'on se préoccupe essentiellement avec le fait de savoir comment expliquer la drogue, de savoir quelle est la différence entre le haschich et l'héroïne, etc, etc... Le problème n'est pas là. L'important est de partir de la situation des gens : aider les parents, les adultes, à être adultes, à être père, à être mère. C'est toujours émouvant de voir comment les parents peuvent parfois évoluer très facilement lorsqu'ils apprennent mieux à gérer les rapports avec leurs enfants. L'erreur est de penser que la prévention passe essentiellement par la diffusion de connaissances : comment savoir que mon fils se drogue, etc, etc...



Dr ANNE

Il va falloir clore cette séance. Je ne ferai pas de commentaire sur ce qui s'est dit ce matin, ce serait tâche impossible mais... je voudrais dire quand même que l'on peut sans auto-congratulation se féliciter, comme l'a dit dans ses premiers propos Mr FATELA, de travailler dans nos deux régions sans rivalité, ce qui n'est pas toujours le cas ailleurs et aussi d'avoir mis en place un collectif qui peut servir notre Action ; en effet, de telles rencontres, les réflexions qu'elles peuvent entraîner autour de thèmes choisis, permettent aussi de retrouver des praticiens d'origine professionnelle très diverse qu'il n'est pas toujours évident de rencontrer dans notre exercice quotidien.

Deux ans se sont passés depuis les premières Journées de Rouen et nous avons vu que les Institutions variaient comme évolue le problème de la toxicomanie, certaines ont disparu, d'autres se créent. Notre Association n'est pas un cercle fermé, aussi j'invite les représentants de nouvelles structures à venir nous rejoindre pour mieux travailler encore.

Ces Journées ont été, je pense, un succès, elles ont regroupé hier après-midi environs 200 participants qui témoignent ainsi de l'intérêt que ces personnes ont à se retrouver.

Ces deuxièmes Journées sont terminées. Avec votre aide, notre travail se poursuivra, sous des formes peut-être identiques, peut-être différentes mais il se poursuivra.

Merci à ceux qui, extérieurs à notre Association, ont bien voulu venir travailler avec nous et nous apporter leur réflexion.

