

RHIZOME

RHIZOME n.m. (gr. rhyza)
Tige souterraine vivante,
souvent horizontale, émettant
chaque année des racines
et des tiges aériennes.



#62

Décembre 2016



Usage(r)s de drogues

Nicolas Chambon

Christian Laval

Édito

Toxicomanes ? Drogés ? Usagers de drogues ? Consommateurs de produits psychoactifs ? Si cette dernière terminologie apparaît être la moins stigmatisante et la plus adéquate, l'entrée choisie -pour ce *Rhizome*- de l'usage et des usagers permet d'appréhender leur multiplicité, ainsi que la pluralité des problématiques induites au-delà de l'addiction pathologique. Patrick Pharo précise d'ailleurs dans ce numéro pourquoi les troubles liés à une substance et les troubles addictifs ont été confondus, et nous invite à distinguer les deux.

Ce *Rhizome* est publié dans un contexte où le bienfondé de la judiciarisation de la consommation est discuté. Deux contributions documentent les enjeux de la définition de ce qui est légal ou non. De manière schématique, certaines substances ont des propriétés pharmacologiques et sont

Sommaire

- 3 > 4 *Entretien avec Patrick Pharo, sociologue et philosophe*
Patrick Pharo
- 5 > 6 *L'interdit des drogues. Histoire d'un mythe*
Olivier Maguet
- 7 > 8 *Une rupture du consensus sur la guerre à la drogue ?*
Anne Coppel
- 9 *Soins, drogues et adolescence*
Maurice Corcos
Gérard Shadili
- 10 > 11 *L'addiction, un concept neuf pour une clinique nouvelle ?*
Philippe Le Ferrand
- 12 *Comment les humains choisissent-ils leurs drogues ?*
Guillaume Sudérie
- 13 > 15 *Prise et déprise : faire usage de drogue en prison*
Nina Tissot
- 16 *Entretien avec Julien Chambon, chef de service en CSAPA*
Julien Chambon
- 17 *L'ouverture de Salles de Consommation à Moindre Risque. Une « affaire » d'éthique ?*
Jean-Pierre Lhomme
- 18 *Quel accompagnement pour les usagers « actifs » ?*
François Hervé
- 19 *Soigner des problèmes chroniques de dépendance dans l'Oberland bernois, Suisse*
Nicole Tschanz
Kaspar Zölch
- 20 *Actualités*

légalisées et contrôlées, tandis que d'autres produits sont eux considérés comme des « drogues illicites ». Aujourd'hui, la fin du « consensus sur la guerre à la drogue » appelle à redéfinir l'objet de l'intervention et la place du (prendre) soin. Selon Anne Coppel, il n'y a pas d'autres choix que d'apprendre à « coexister avec les drogues en limitant autant que possible les risques et les dommages ».

Réductions des risques (et des dommages)

Les champs et les intervenants concernés par cette thématique sont aujourd'hui nombreux. Dans une perspective de santé publique, des médecins d'une Consultation jeunes consommateurs (CJC) rappellent ainsi l'importance d'une approche pluridisciplinaire. Pendant que des groupes d'auto-support se sont institutionnalisés pour faire de la réduction des risques liés à la consommation l'objet de l'intervention, cette perspective d'accompagnement et de soin a été légitimée par les politiques de santé publique. Mais jusqu'où aller pratiquement ? L'ouverture des salles de consommation à moindre risque, si elle est une réponse qui fait fortement sens d'un point de vue de santé publique, dérange, notamment l'opinion publique. Comment faire de cette question une affaire collective alors que c'est au nom de la liberté d'agir que la consommation peut se justifier ?

Précarité et vulnérabilités

Les usagers de drogues sont de moins en moins identifiables à un groupe homogène. Et l'usage de drogues apparaît plus être une « opportunité » qui se présente dans un parcours de vie. Pour Guillaume Sudérie, « choisir et utiliser une « drogue » est une affaire identitaire, d'affiliation sociale, d'expériences et d'apprentissages ». Selon lui, on serait passé de la figure du « toxicomane de rue » à « un usager poly-consommateur en situation de grande vulnérabilité sociale ». Le cas de la prison est paradigmatique de cet entrelacement et la lecture des témoignages de détenus, saisissante, donne à réfléchir sur ce que produit cet enfermement du point de vue de la santé globale. La solitude et la précarité augmentent les consommations et les implications dans le trafic, « nécessaires pour tenir » selon Nina Tissot.

En pratique : quels dispositifs ?

À la fin de ce numéro, sont présentés deux dispositifs dont la prise en charge se recommande de philosophies différentes. L'un, au nom du rétablissement, accueille et accompagne de manière inconditionnelle des personnes qui consomment du crack. L'autre, un lieu d'hébergement en Suisse, accueille des personnes dépendantes de tous âges, à condition qu'elles respectent un certain nombre de règles. D'un côté il y aurait des consommateurs plus ou moins avertis et de l'autre des personnes dépendantes. Pour le premier dispositif, tout est à construire à partir de l'individu, pour l'autre, c'est le collectif et la vie en collectivité qui sont au centre des préoccupations.

Les thématiques abordées en 2016 dans la revue Rhizome (sexualités, virtualités, drogues) mettent en exergue des problématiques transversales induites par la multiplicité des possibilités offertes aux individus, et surtout permises par une société libérale. Elles réinterrogent le rapport entre plaisir et consommation, dans un environnement potentiellement addictogène. Mais l'expérience n'est pas uniquement négative et envisagée seulement sous un registre médical. D'autres acteurs participent au côté des intervenants en santé mentale à ces évolutions. Et ces derniers peuvent être à l'avant-garde dans la recherche de ce que serait une « bonne » santé mentale à l'appui des ressources propres aux individus, thématiques que nous continuerons à explorer dans les futurs numéros en 2017.

Bonne lecture...

Patrick Pharo

Ancien directeur de recherche au CERSES
Ancien directeur du CERSES (Centre de Recherche Sens Ethique Société)
Paris

Entretien avec Patrick Pharo, sociologue et philosophe



La sociologie morale telle que je la conçois est une sociologie qui s'intéresse aux idées morales et philosophiques que se font les gens ordinaires au sujet de leurs propres vies. On étudie une pratique à partir de ce que pensent les intéressés, et pas seulement à partir des cogitations du chercheur. Ce qui implique de faire des enquêtes ou de rassembler des documents sociaux significatifs, comme je le fais depuis quelques années autour du cinéma qui est devenu aujourd'hui, en tant que fenêtre sur le monde social, ma principale source de données.

Je me suis intéressé à la question des addictions en explorant le volet théorique de la sociologie morale qui porte sur le sens et les motifs des actions sociales. Les recherches dans ce domaine ont souvent privilégié les questions de rationalité au détriment de celles de sentiment. Je me suis centré au contraire sur la question du plaisir parce que je pense que ce qui motive une action c'est toujours l'attente d'un plaisir ou d'une « récompense », ou au moins la cessation ou l'évitement d'une douleur – si on se place dans la perspective des épicuriens.

Rhizome : *On rapproche souvent les problématiques liées à la consommation de drogues à celles de l'addiction. Que recouvre le concept d'addiction ? Il y a-t-il un enjeu à distinguer les deux ?*

Patrick Pharo : C'est l'Association américaine de psychiatrie qui, depuis le DSM V, fait elle-même le rapprochement entre troubles liés à une substance et troubles addictifs, dans lesquels elle inclut le jeu pathologique, qui est une addiction sans substance. Le fait est que tous les plaisirs intenses, avec ou sans substance, peuvent donner lieu à des dérèglements addictifs, sous forme de craving (désir impérieux de consommer), d'usage compulsif, de tolérance, du syndrome de sevrage, d'obnubilation sur l'objet, de conséquences négatives pour soi-même et pour les autres...

Ceci étant, lorsqu'on discute le volet juridico-politique, il vaut sans doute mieux distinguer les troubles liés à l'usage de drogues des addictions en général, car ce n'est pas l'addiction aux écrans, aux achats ou à l'argent qui est punie par la loi, mais seulement l'addiction à certaines substances.

En revanche, lorsqu'on prend en compte le volet anthropologique, la notion d'addiction permet de faire ressortir une triple continuité : entre l'usage des drogues et celui des plaisirs sans drogue, dont les neurosciences ont montré qu'ils agissent sur les mêmes circuits de la récompense ; entre les dérèglements addictifs et les plaisirs ordinaires, dont les premiers ne sont qu'un emballement malheureux ; et enfin entre les « drogués » ou les « toxicos » et l'humanité commune dont ils partagent la même appétence aux plaisirs, malgré la stigmatisation dont ils font l'objet.

Rhizome : *Pourquoi est-on amené à prendre des drogues ? Comment devient-on dépendant ? Qu'avez-vous pu constater de « commun » dans vos enquêtes quant au parcours des consommateurs de drogue ?*

Patrick Pharo : Les enquêtes que j'ai menées auprès de personnes essayant d'arrêter une consommation sévère d'héroïne, cocaïne ou alcool, fait ressortir un sentiment commun : celui d'avoir été piégé par des produits dans un parcours qui visait d'autres fins, en particulier la fête et les intensités de vie, ou alors la sédation d'une douleur personnelle. Ces personnes considèrent leurs propres cas comme des accidents de parcours sur lesquels elles élaborent des explications philosophiques ou sociologiques autour de thèmes comme l'exercice de la liberté, le choix de prendre ou non certains risques, les mimétismes sociaux, les vulnérabilités individuelles, les régimes de la volonté, le sens de la fête, les nuisances à soi-même ou à autrui, le rapport à la loi...

Le but de la sociologie morale n'est pas de trancher entre toutes ces explications mais plutôt de mieux élaborer certaines d'entre elles. Par exemple, les drogués sont réputés « faibles de volonté » ou « akratiques » (suivant une notion empruntée à Aristote) parce qu'ils cherchent de l'aide au moment où ils se sentent dépassés par leur consommation. Or, dans mes

enquêtes, beaucoup ont souligné la dimension de choix en début de parcours et le fait que pendant un bon moment, voire tout le temps pour ceux qui ne vont jamais se faire soigner, ils y allaient « de bon cœur » et sans état d'âme. Ce qui illustrerait plutôt une autre notion aristotélicienne, celle d'akolasia (auto-indulgence), qu'on pourrait d'ailleurs appliquer à beaucoup de pratiques sociales gratifiantes, comme par exemple gagner de l'argent ou avoir des relations sexuelles, qui peuvent elles aussi donner lieu à des emballements addictifs.

Rhizome : *Quels rapports entre risques et plaisirs ? Peut-on prendre plaisir sans prendre de risques ?*

Patrick Pharo : Suivant les psychologues évolutionnistes, les activités qui auraient donné lieu au développement ancestral des circuits neurologiques de la récompense et de l'appétence au plaisir seraient liées principalement à la sexualité et à l'attachement parental. Il s'agit là en effet d'activités à haut risque, puisque le prétendant ou le petit court toujours le risque de ne pas être choisi par le partenaire ou le parent, avec toutes les conséquences que cela peut avoir sur la transmission de ses caractères. On trouve dans la passion et l'attachement amoureux un effet transculturel majeur de ces dispositions « évolutionnaires », qui illustre très bien l'association quasi-nécessaire du plaisir intense avec le risque et les extrêmes, dont l'usage des drogues n'est qu'une des manifestations. Rien n'exclut cependant que certains plaisirs soient finalement sans dommage, sinon sans aucun risque, qu'il s'agisse d'amour ou de drogue.

Rhizome : *Comment analysez-vous le développement des dispositifs de réduction des risques en France ?*

Patrick Pharo : L'indiscutable bienfait apporté par les politiques de réduction des risques est lié historiquement à un consensus utilitariste, qui a permis en effet de diminuer la somme des dommages sur le plan notamment des maladies transmissibles ou des décès liés à l'usage des drogues. Mais d'autres dommages comme la répression des usagers n'ont pas été concernés par cette politique, ce qui rend nécessaires de nouvelles politiques qui, tout en s'inscrivant dans les choix pragmatiques antérieurs, associeraient la réduction des risques à une reconnaissance de la liberté de chacun à faire tous les choix de vie et de pratiques qui ne concernent que lui-même.

Rhizome : *Vous affirmez qu'il faudrait « revenir à un strict libéralisme pour ce qui est de l'appréciation individuelle des conduites et renforcer au contraire le sens de la responsabilité publique pour accompagner des personnes dont le libre choix initial s'est heurté à la mauvaise fortune de leurs propres dispositions ou des circonstances sociales »¹. Comment la puissance publique peut-elle concilier visée libérale, libre choix de ses consommations, et logique de santé publique ?*

Patrick Pharo : À quelques exceptions près, comme le cannabis, les produits interdits sont réellement dangereux, tandis que ceux qui n'ont pas été interdits étaient trop enracinés ou trop bien protégés par des lobbies pour l'être. Toute la difficulté est de pouvoir réguler l'usage des drogues en tenant compte à la fois de ces dangers réels et de la liberté individuelle à consommer et à prendre des risques.

Comme me le disait un usager, l'héroïne n'est pas un produit anodin qu'on pourrait mettre en vente libre au bureau de tabac ou dont on pourrait conseiller l'usage à ses enfants. Mais, d'un autre côté il est complètement illusoire d'espérer tarir l'offre des drogues classiques et surtout nouvelles. La seule issue serait l'apprentissage d'une culture personnelle

du plaisir et de la liberté dont les professionnels de santé mentale devraient être partie prenante.

Quant à l'aspect juridique, une solution serait peut-être de rapprocher entre elles les législations des drogues licites et illicites, en ne facilitant l'accès à aucune d'entre elles, mais en laissant la liberté d'en user, de préférence sous les formes les moins agressives (sur le modèle de l'ancien vin Mariani ou des préparations à base d'opium).

Rhizome : *Comment expliquer l'augmentation des problématiques d'addiction dans nos sociétés « modernes » ?*

Patrick Pharo : Il faudrait, je crois, essayer de penser les problèmes de la dépendance individuelle ou collective à la conjonction de deux phénomènes congruents : une constitution anthropologique qui prédispose les humains à rechercher des récompenses, et un contexte sociologique d'inflation des offres inhérent à la logique économique du capitalisme qui, en stimulant sans cesse le désir des consommateurs, facilite les addictions individuelles et collectives.

Il existe probablement peu de limite naturelle à la recherche de jouissances, car l'histoire ancestrale dont sont issus les dispositifs neuropsychologiques des humains a été confrontée plus souvent au manque qu'à l'excès, les préparant davantage à la pénurie qu'à la pléthore. Au contraire, l'économie capitaliste a dû son succès à sa capacité à stimuler sans cesse les structures hédoniques de la personnalité humaine avec de nouvelles offres technologiques et marchandes. Il est possible cependant que cette affinité élective trouve aujourd'hui ses limites dans les dégâts sociaux et environnementaux qui en découlent.

Les addictions individuelles auxquelles sont confrontés les soignants sont étroitement liées aux addictions collectives de la consommation de masse ou de la recherche d'argent et de succès, ce qui ne facilite pas leur tâche. Il leur faut en effet éduquer des sujets à la culture du plaisir et de la liberté dans un contexte socio-économique qui ne cesse au contraire de manipuler le plaisir et la liberté de chacun.

Rhizome : *Que pensez-vous des politiques de prohibition ?*

Patrick Pharo : De l'avis d'une majorité de chercheurs et d'intervenants (mais seulement d'une minorité de politiques), elles sont injustes, inefficaces et dangereuses pour la cohésion sociale. Je partage ce point de vue en soulignant aussi qu'elles portent atteinte à un principe de liberté individuelle inscrit dans la Déclaration des droits de l'homme de 1789.

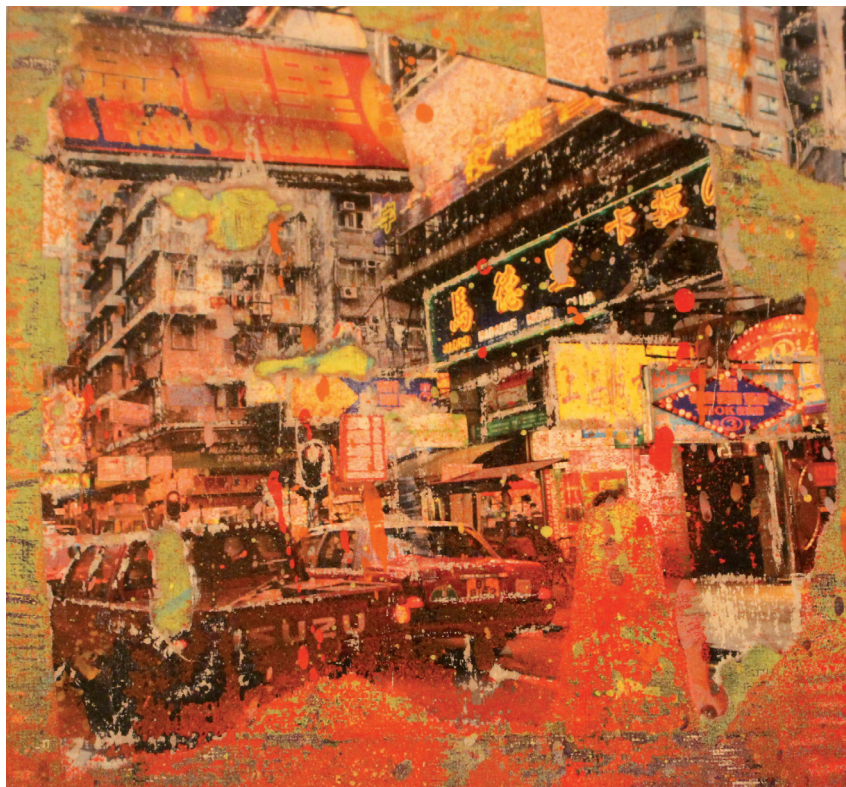
Dire cependant cela ne suffit pas si l'on ne s'interroge pas sur les raisons de ces politiques qui tiennent moins, à mon avis, à des verrous moraux sur le plaisir, qu'à un souci prophylactique que la médecine et la pharmacie n'ont cessé de développer depuis le début du 20^e siècle. S'agissant des drogues « dures », comme l'héroïne ou l'alcool, ce souci est loin d'être absurde, mais c'est la forme de la prophylaxie qui risque de rester inadaptée, tant qu'elle ne reconnaît pas la propension humaine à « vivre intensément » et « jouir sans entraves » – pour reprendre des mots d'ordre de Mai 68. Les alcooliques et narcotiques anonymes recommandent de « surrender » (capituler) devant leur désir pour essayer de devenir abstinentes. C'est ce que devrait faire la société toute entière, non pas pour devenir abstinentes, mais pour être moins incohérente dans sa gestion des plaisirs, stimulant les uns tout en réprimant les autres.

¹ Pharo, P. (2014). La dépendance aux drogues à l'âge libéral. *La Vie des idées*. <http://www.laviedesidees.fr/La-dependance-aux-drogues-a-l-age.html>

Olivier Maguet

Membre de Médecins du Monde
Responsable de la mission « Prix du médicament et systèmes de santé »
Paris

L'interdit des drogues. Histoire d'un mythe



Dans un exercice de spontanéité, le mot « drogues » évoque immédiatement des figures que ne renierait pas Roland Barthes dans ses *Mythologies* : l'être hagard avec une seringue dans le bras ; la production d'opium en Afghanistan ancrée dans un conflit meurtrier ; un sachet de poudre brune ou blanche échangé à la va-vite ; une soldatesque attachée à détruire un champ de coca ; un policier et des barreaux de prison... Ces différentes figures traduisent une même équation : « les drogues sont interdites parce qu'elles sont dangereuses », ou bien sa variante « les drogues, c'est mauvais, donc c'est interdit ». De fait, l'Éducateur – parent et école – nous a incessamment seriné cette vérité absolue, en nous expliquant que c'était pour nous protéger. Fol est celui qui oserait ouvertement questionner le mythe. Mais finalement, sait-on *vraiment* pourquoi ces substances psychoactives que l'on appelle « les drogues » sont interdites ? Et d'ailleurs, le sont-elles *vraiment* ? D'autant que dans notre for intérieur, nous ne saurions, pour la plupart d'entre nous, éluder la figure du plaisir, ne serait-ce qu'en réminiscence d'une expérimentation, fut-elle unique.

Retenons l'exercice, mais cette fois avec moins de spontanéité. Le mot « drogues » pourrait alors évoquer un médicament bien connu à base de codéine qui figure dans la pharmacie familiale ; ou bien, pour les destructeurs patentés de mythes, la société Francopia. Francopia ? Cette filiale de Sanofi a le monopole en France de l'extraction et de la com-

mercialisation, en direction de l'industrie pharmaceutique, des alcaloïdes contenus dans le pavot à opium : la morphine, utilisée comme sédatif et pour soulager les fortes douleurs ; la codéine, un antitussif ; la papavérine, un antispasmodique ; et la thébaïne, qui sert à fabriquer des médicaments de substitution. Mille agriculteurs français, cultivant le plus légalement du monde dix mille hectares de pavot, fournissent la matière première. Francopia exporte la moitié de sa production et représente à elle seule 20% du marché mondial des opiacés licites. Mais alors... les drogues ne seraient-elles donc pas interdites ?!

Ce petit détour a le mérite d'introduire un fait essentiel : plutôt que d'être interdites, les drogues ont surtout été autorisées dans le cadre d'un marché légal, dont les principaux acteurs sont l'industrie pharmaceutique et les professionnels de santé qui ont le monopole de leur utilisation¹. Voilà la réalité fondatrice de la politique internationale de contrôle des drogues.

Des porcelaines contre de l'opium

Tout commence avec un conflit consécutif à un différend commercial : les guerres de l'opium en Chine. Dès 1773, la Compagnie des Indes Orientales écoule l'opium anglo-hindou vers la Chine, en quantité croissante tout au long du XIX^e siècle. L'opium est une marchandise parmi d'autres mais joue le rôle de cheval de Troie sur le marché chinois. Il s'agit en effet d'inscrire la Chine dans les circuits du commerce mondial, à l'heure de la Révolution industrielle dans les pays européens. Mais très vite, la balance commerciale penche en défaveur de la Chine qui n'a guère que des soieries et des porcelaines à exporter en retour ; le pays voit ses réserves monétaires fondre au soleil, tout en découvrant les conséquences sanitaires d'une consommation excessive d'opium.

Le « *fléau de l'opium* » apporte ainsi un bon prétexte aux autorités chinoises pour prendre, y compris par la force, des mesures protectionnistes contre les marchands anglais. « Il fallait une raison, ou du moins un prétexte, pour écarter les étrangers, qu'on avait tolérés jusque-là. L'opium en tint lieu »². Le premier acte a lieu le 18 mars 1839 quand vingt mille caisses d'opium anglais entreposées à Canton sont jetées à l'eau. Dès lors, une série de conflits agitera les côtes chinoises faisant suite à la première guerre de l'opium (1839-1841). Enjeux commerciaux sous le faux nez de la santé publique : les principes du système qui naîtra au siècle suivant sont posés...

La naissance d'un système de contrôle international

C'est dans ce contexte qu'est programmée la Conférence internationale de l'opium qui se tient à Shanghai en février 1909. Au-delà des prurits moralistes naissants en Occident – illustrés en France par l'inquiétude des autorités et de l'opinion publique sur le danger de l'opium chez les marins de la coloniale³ – et d'une réelle inquiétude sur les usages

¹ L'approche retenue dans cet article s'inspire de la thèse de François-Xavier Dudouet, synthétisée dans son ouvrage: Dudouet, F.-X. (2009). *Le Grand Deal de l'opium. Histoire du marché légal des drogues*. Paris : Éditions Syllepse.

² Hojer, O. (1925). *Le Trafic de l'opium et d'autres stupéfiants. Étude de droit international et d'histoire diplomatique*. Paris : Éditions Spes.

non maîtrisés de l'opium, cette conférence veut trouver une solution durable aux guerres de l'opium. Elle vise à instaurer des règles commerciales pour l'écoulement de la production britannique vers la Chine, qui dans le même temps exprime sa volonté de prohiber la consommation d'opium.

En 1912, la Convention de la Haye inscrit dans une perspective mondiale les principes actés à Shanghai trois ans plus tôt en réponse à une question régionale : elle a pour objectif de réguler le commerce international de l'opium, tout en prenant en compte les intérêts économiques des puissances de l'époque – à l'instar de l'Allemagne, qui était à cette époque un grand producteur de cocaïne et de morphine à usage médical. De ce point de vue, rappelons que, avant d'être la drogue de rue que nous connaissons, l'héroïne est d'abord un médicament commercialisé par le laboratoire allemand Bayer à partir de 1898, avec une indication d'antitussif et d'antidouleur⁴. La Convention de la Haye constitue le premier texte de portée internationale pour le contrôle des drogues, sur le fondement d'enjeux économiques, et acte le principe du monopole de l'utilisation de ces produits à des fins médicales.

La Première guerre mondiale met entre parenthèse l'application de ces dispositions. Le Traité de Versailles de janvier 1919 confie à la Société des Nations la mission de contrôler l'exécution des mesures prises en 1912, par le biais de la Commission de contrôle de l'opium, une des toutes premières administrations internationales créée en 1921. À partir de cette date, de nombreuses conventions viendront préciser tous les aspects relatifs à la production, à la fabrication, au commerce et à l'utilisation de l'opium, puis progressivement des autres substances. Après 1945, l'ONU prendra la suite de ce travail de normalisation et d'encadrement du marché légal mondial des drogues.

Le marché mondial des drogues

En 1961, la multiplicité et la diversité des textes conventionnels conduit la communauté internationale à réunir dans un seul document toutes les dispositions régulant le marché légal des substances médicales classées comme « stupéfiants » (*narcotic drugs*), d'où son nom : Convention unique sur les stupéfiants. La convention de 1961 crée le « gendarme mondial » des drogues : l'Office international de contrôle des stupéfiants (OICS), qui entre en vigueur en 1968. L'OICS est une instance atypique de la gouvernance mondiale, composée de 13 personnes nommées par le Conseil économique et social de l'ONU, qui ne rendent de compte à personne, mais ont la lourde tâche de définir la quantité maximale de produits stupéfiants que chacun des pays membres peut utiliser pour répondre aux besoins de santé de sa population. Nous retrouvons dans l'octroi des autorisations les rapports de force inégaux qui étaient à l'œuvre dès l'origine du système. C'est ainsi que, en 2014, la France pouvait consommer plus de cent tonnes de morphine pour satisfaire les besoins médicaux de ses 66 millions d'habitants tandis que le Mali n'avait droit qu'à 14 kilos pour ses 17 millions d'habitants. Ce dispositif a été complété en 1971 par une autre convention portant spécifiquement sur les substances psychotropes, c'est-à-dire des médicaments psychoactifs non classés comme stupéfiants.

Nous vivons toujours sur cet édifice qui repose sur une philosophie claire : certaines substances, parce qu'elles ont des propriétés pharmacologiques utiles dans la médecine, sont classées par groupe (stupéfiants, substances psychotropes) et font l'objet d'un contrôle et de règles pour assurer leur mise à disposition. Il n'a jamais été question d'interdit, et encore moins de « drogues interdites ». D'ailleurs, les conventions de 1961 et 1971 qui listent et classent ces substances ne comportent aucune

disposition incriminant les usages non médicaux. Alors comment en est-on arrivé à ce que les prisons du monde, y compris en France, enferment des personnes condamnées au seul motif d'avoir consommé l'une ou l'autre de ces substances en dehors des règles de mise à disposition définies par les conventions ?

Nixon, Reagan et la guerre aux drogues

En 1969, le président Richard Nixon s'inquiète de « l'épidémie d'héroïne » qui frappe la jeunesse américaine post soixante-huitarde mais aussi les soldats de retour du Vietnam. Le régime de contrôle des substances classées connaît une rupture de paradigme : les préoccupations commerciales à l'origine du dispositif, qui étaient enrobées dans un paquetage de santé publique, s'éloignent et laissent la place à une politisation de la question des drogues. Le monde entier, sous l'impulsion des États-Unis, ne retient de l'expression anglaise « *narcotic drugs* » que le dernier terme, qui va progressivement s'autonomiser et devenir les figures évoquées plus haut. Le président Reagan est le héraut de cette politisation des drogues, avec sa *War on Drugs*, qui forme la trame conceptuelle de la convention de 1988, la plus répressive jamais adoptée dans le cadre du système de contrôle international des drogues et destinée plus particulièrement à réprimer le trafic des stupéfiants et des psychotropes.

C'est ainsi que, à partir de la décennie soixante-dix, les pays du monde entier adoptent des législations nationales qui incriminent les usages non médicaux de drogues – en France, ce sera le 31 décembre 1970. La force de la répression pénale annihile toute mémoire quant à la genèse du système. Les États vont utiliser à d'autres fins la norme économique-juridique forgée au cours du XX^e siècle pour encadrer le marché des substances classées : mener des politiques de lutte contre la toxicomanie. Tous, ils vont sur-interpréter les dispositions conventionnelles de 1961 et 1971 pour arrêter, contrôler et condamner les personnes suspectées de consommer. En France, le nombre d'interpellations liées aux infractions sur les stupéfiants passe ainsi de quelques milliers en 1970 à plus de 200 000 aujourd'hui – dont 8 sur 10 concernant uniquement des faits de consommation, essentiellement de cannabis. Aux États-Unis, il a été démontré que l'application de la loi sur les stupéfiants visait prioritairement les jeunes noirs pauvres, actualisant le vieux principe de « classes laborieuses, classes dangereuses »⁵. Comme l'a montré la *Global commission on drug policy*, la *Guerre aux drogues* non seulement n'a pas éradiqué les usages non médicaux de substances classées, mais a eu de très nombreux effets contre-productifs pour la santé, la sécurité et la cohésion des États⁶.

Malgré des annonces à répétition, et à grand renfort de pompe onusienne, « d'éradication des drogues », nous avons la preuve que le logiciel introduit en 1970 n'a pas fonctionné. Et si nous revenions aux principes originels du système de contrôle pour en appliquer les dispositions aux usages non médicaux ? C'est-à-dire définir et appliquer des règles de production, de vente et d'utilisation encadrant la consommation de substances stupéfiantes et psychotropes en dehors de la médecine – ce que l'on appelle aussi les usages récréatifs de drogues. C'est le pari que commencent à faire certains États sur les continents américains et européen. Ce faisant, ils offrent au monde entier des expériences de régulation des usages non médicaux, fondées sur des modalités juridiques et économiques différentes – de la régie nationale étatique de production de cannabis en Uruguay au marché libre dans l'État du Colorado (USA).

³ Voir par exemple « l'affaire Ullmo » en 1907, du nom de l'officier de marine toulonnais Benjamin Ullmo qui, inculpé d'espionnage, se défend au cours de son procès en expliquant que son opiomanie lui aurait fait perdre toute notion du bien et du mal.

⁴ L'héroïne est donc au départ une dénomination commerciale pour la diacétylmorphine, dénomination chimique du produit, dont la synthèse fut inventée à la Medical School du St Mary's Hospital de Londres en 1874. Le mot allemand *Heroin*, de l'adjectif *heroisch*, héroïque, est retenu par Bayer car les premiers utilisateurs se livraient à des actes héroïques sous l'effet du produit.

⁵ Alexander, M. (2011). *The New Jim Crow. Mass Incarceration in the Age of Colorblindness. The New Press* (New York).

⁶ La *Global Commission on Drugs* est un groupe de personnalités de haut niveau qui ont décidé d'utiliser leur surface sociale pour diffuser des messages appelant les décideurs publics à rompre avec la « Guerre aux drogues ». Pour diffuser leur message, ils ont synthétisé les éléments diagnostiquant l'échec de cette « guerre » et proposent un modèle alternatif fondé sur une régulation des usages non médicaux. Les rapports sont disponibles sur : www.globalcommissionondrugs.org

Anne Coppel

Sociologue
Paris

Une rupture du consensus sur la guerre à la drogue ?



¹ Global commission on drug policy. (2014). Prendre le contrôle : sur la voie de politiques efficaces en matière de drogues (Rapport de la commission mondiale pour la politique des drogues). www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2014/03/GCDP_WaronDrugs_FR.pdf

² Alexander, M. (2011). The New Jim Crow: Mass Incarceration in the Age of Colorblindness. *The New Press* (New York).

³ WHO, UNODC, UNAIDS. (2012). Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users 2012 revision. Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77969/1/9789241504379_eng.pdf

Une assemblée extraordinaire de l'ONU sur la politique des drogues, c'est en soi un événement. Le rendez-vous officiel devait se tenir en 2019 au terme du dernier programme de dix ans mais le Mexique, la Colombie et le Guatemala ne pouvaient attendre : plus les armées interviennent, et plus le pouvoir de nuisances des mafias se renforce. En 2011, le gouvernement mexicain avait du prendre acte de son échec : les militaires envoyés sur le terrain n'étaient pas seulement défaits, ils contribuaient eux-mêmes au chaos en formant des milices ou en rejoignant l'une ou l'autre des terribles mafias qui ne connaissent pas de frontières. L'Amérique centrale est ainsi devenue la région la plus meurtrière au monde. La réforme de la politique internationale des drogues est une urgence pour les pays les plus engagés dans la guerre, encore faut-il d'abord que ces pays prennent conscience de ses conséquences contre-productives, il faut aussi que des stratégies alternatives soient en mesure de construire

un nouveau consensus. Car en lui-même, le bilan catastrophique de la guerre à la drogue ne suffit pas à ébranler la croyance collective que la guerre à la drogue, comme la lutte contre le crime, doit se mener coûte que coûte. Or depuis les années 1990, les recherches évaluatives ont connu un extraordinaire développement et elles sont désormais en mesure de démontrer qu'il est possible d'obtenir de meilleurs résultats dans la santé mais aussi dans la sécurité en renonçant à l'objectif exclusif d'un monde sans drogue. En 2011, une commission mondiale sur la politique des drogues avait fait la synthèse de ces alternatives et le rapport avait abouti à une stratégie de changement de la politique internationale des drogues¹.

« Rompre avec l'objectif exclusif d'un monde sans drogue. »

En France, les travaux de cette commission mondiale ne sont pas connus, mais cette expertise influence plus ou moins ouvertement la plupart des gouvernements sur le continent américain, au Nord comme au Sud, si bien qu'en 2012, lors du Sommet des Amériques à Cartagène, tous ont abouti au même diagnostic : il faut rompre avec l'objectif exclusif d'un monde sans drogues qui justifie la guerre à la drogue, donner la priorité à la santé publique pour ce qui concerne les drogues, et développer l'évaluation dans la lutte contre les organisations criminelles pour une meilleure efficacité. Ce nouveau consensus du continent américain s'est construit après la prise de conscience des États-Unis de l'incarcération de masse à laquelle ont abouti quelques 30 années de tolérance-zéro, soit plus de 30 millions d'incarcérations pour drogue entre 1986 et 2006, comme le démontre une enquête publiée en 2011 devenue un best-seller². Malgré différentes tentatives, le président Obama n'a pas réussi à réformer le système judiciaire qui poursuit sa marche encore aujourd'hui. Aussi, à Cartagène en 2012, la Maison Blanche a reconnu la nécessité de revenir à un objectif de santé publique, de renoncer aux réponses exclusivement punitives et de chercher à reconstruire un nouveau consensus international sur la politique des drogues.

« Ouvrir le débat malgré l'opposition d'une majorité des États. »

En sollicitant cette assemblée extraordinaire, les pays partisans d'une réforme étaient conscients de l'opposition d'une grande majorité des 193 États membres mais ils espéraient ouvrir largement le débat, et ce d'autant qu'au sein même de l'ONU, les experts de l'OMS pour la santé et de l'ONUDC, l'office chargé de la lutte contre le crime et la drogue, étaient parvenus à un accord sur des programmes de santé dit de réduc-

tion des risques (*Harm reduction of drug use*), programmes qui impliquent le renoncement à l'objectif exclusif d'abstinence³.

Première déception, le rapport final de l'ONU a été rédigé avant même les journées des 19 et 21 avril. Les ONG n'ont pas été invitées, et il en est de même des différentes agences de l'ONU, telles que l'OMS, l'ONU-Sida, le PNUD pour le développement, ou la commission des Droits Humains qui, dans un rapport rendu public en 2012, a dénoncé les graves violations des droits humains dans les dispositifs législatifs nationaux⁴. Les tables rondes organisées pendant ces deux journées ont fait voler en éclat le consensus auquel prétend le rapport de l'OICS, l'organe chargé du contrôle des stupéfiants pour l'ONU, mais pouvait-il en être autrement ? La guerre à la drogue s'est imposée comme une évidence et dans la grande majorité des pays, elle ne suscite aucun débat.

Deuxième déception, le rapport qui devait être court, précis, et clair dans ses recommandations, est rédigé dans un langage abstrait qui en masque les enjeux. Apparemment, le rapport se contente d'évidences incontestables, et pourtant ces évidences amorcent un tournant majeur avec les assemblées antérieures. Ainsi, pour la première fois dans ce cadre, le rapport final rappelle que le principe des Droits humains prévaut sur toute autre considération. Reste à passer de la position de principe aux pratiques effectives. L'abandon des peines de mort pour drogue reste inenvisageable pour des pays comme la Chine, le Pakistan, l'Iran, soit au total 33 pays. Il en est de même pour l'abandon de la criminalisation de l'usage et de la détention pour consommation personnelle, sanctions auxquelles la Russie, l'Algérie, le Maroc, le Pakistan, le Soudan et la Turquie ne veulent pas renoncer, même si ces sanctions ne sont pas exigées par les traités internationaux comme l'a rappelé l'OICS. Quant à la France, elle s'est contentée d'affirmer par la voix de son représentant que « la pénalisation de l'usage tend à tomber en désuétude », sans évoquer le statut de la détention, assimilée au trafic selon la loi française. Il reste que l'usage et la détention sont en grande part à l'origine de l'entrée dans le système pénal en France comme ailleurs et que la très grande majorité des personnes sanctionnées appartiennent à des minorités, une question soulevée dans la table ronde sur les Droits humains. Aux États-Unis, la démonstration a été faite du caractère discriminatoire du dispositif répressif, 90% des personnes incarcérées étant des noirs mais cette question fait l'objet d'un puissant tabou. Elle n'est pas étudiée en France, même si une récente recherche sur les prisons évalue à 70% les personnes incarcérées appartenant à des minorités originaires d'Afrique du Nord ou d'Afrique subsaharienne⁵.

Autre principe rappelé dans le rapport final, « la santé physique et morale de l'humanité [est l'] objectif essentiel des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues ». Il en est de la priorité accordée à la protection de la santé comme il est des droits humains, aucun pays ne pouvait s'y opposer, mais le rappel de cet objectif général n'a rien d'anodin. Il aura fallu la menace du sida pour donner accès aux seringues stériles et pour prendre conscience des obstacles dus à la répression dans l'accès aux soins. De très nombreux pays ont adopté des programmes de réduction des risques, mais ces programmes marginaux vont à l'encontre

des dispositifs de lutte contre les drogues, comme c'est le cas en France. Donner la priorité à la santé impliquerait de mettre en cohérence non seulement ce qui relève de la santé, la prévention et le soin, ce qui s'est fait en France dans le champ des addictions⁶, mais également avec le dispositif répressif. Faute d'un consensus sur les effets contre-productifs des réponses essentiellement répressives, le rapport se contente de recommander une proportionnalité des peines, ce qui laisse libre cours à l'interprétation.

Le cœur du débat porte sur la nécessité d'une réforme des traités internationaux. La Russie, le Pakistan, l'Iran, l'Afrique du Sud se sont violemment opposés à « l'idée défaitiste que la guerre à la drogue était perdue », mais le consensus qui avait prévalu à l'ONU jusqu'à ce jour est définitivement brisé. Le rapport de l'OICS rejette la légalisation de l'utilisation des stupéfiants à des fins non médicales et comme l'a précisé le président de l'OICS, Werner Sipp : « il s'agit non pas d'obliger le monde à choisir entre une action antidroque "militarisée" et la légalisation de l'usage de drogues à des fins non thérapeutiques, mais plutôt de mettre la santé physique et morale au cœur d'une politique équilibrée en matière de drogues ».

Une politique équilibrée, qui pourrait s'y opposer ? À l'exception du président de la Bolivie, Evo Morales, les participants ont fait mine de ne pas voir « l'éléphant dans la boutique » : la légalisation du cannabis en cours dans cinq états des États-Unis, ainsi qu'en Uruguay. Une expérience qui risque fort d'inspirer bien d'autres pays dans les années à venir. Il n'a pas été question de revoir le classement des substances psychotropes imposé par les traités internationaux, mais les experts ont parfaitement conscience que ce classement n'est pas justifié par la dangerosité des psychotropes évaluée sur des critères scientifiques, et ils ne pourront pas garder le silence. La prohibition des drogues n'est pas fondée en science, c'est un fait de société, ce qui ne signifie pas pour autant qu'il soit possible ou souhaitable de renoncer à la prohibition de toutes les drogues. La commission sur la politique des drogues a réuni des personnalités qui se sont affirmées anti-prohibitionnistes, mais elle a proposé une stratégie de changement adoptée d'abord par l'OMS puis par l'OICS⁷ avec l'exigence de résultats validés par des évaluations (*evidence-based policy*). Dans le domaine de la santé, les méthodologies d'évaluation font l'objet d'un consensus des experts, ce qui reste à construire dans la sécurité et dans la lutte contre le trafic. Au-delà de l'expertise, la gestion des produits psychotropes relève de choix de société, ce qui rend l'implication de la société civile indispensable. Il faut espérer que d'ici 2019 tous les acteurs concernés, responsables politiques, experts, ONG et société civile parviennent à s'approprier les principes qui font consensus afin de nourrir le débat et de favoriser l'expérimentation de nouveaux modes de gestion des substances psychoactives. Nous vivons une sorte de révolution psycho-active, avec une circulation mondiale de produits tous les jours plus nombreux. Nous n'avons pas d'autre choix que d'apprendre à coexister avec les drogues en limitant autant que possible les risques et les dommages.

⁴ ONU Commission des droits humains. *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, Anand Grover. Promotion and protection of human rights: human rights questions, including alternative approaches for improving the effective enjoyment of human rights and fundamental freedoms. General assembly 6 August 2010.

⁵ Fassin, D. (2015). *L'Ombre du monde, Une anthropologie de la condition carcérale*. Paris : Le Seuil.

⁶ Audition publique sur la réduction des risques et des dommages : publication du rapport d'orientation et recommandations de la commission d'audition, 7 et 8 avril 2015, Paris. http://www.addictologie.org/dist/telecharges/FFA2016_RapportOrientation&Recos.pdf

⁷ Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS). Organe technique de l'ONU.

Pour aller plus loin...

Nous vous invitons à lire : Coppel, A. (2012). *Sortir de l'impasse, pour expérimenter des alternatives à la prohibition*. Paris: La Découverte.

Maurice Corcos

Service Universitaire de Psychiatrie de l'adolescent et de l'adulte jeune
Institut Mutualiste Montsouris
Paris

Gérard Shadili

Service Universitaire de Psychiatrie de l'adolescent et de l'adulte jeune
Institut Mutualiste Montsouris
Consultation Jeunes consommateurs du Centre « Emergence-Tolbiac »
Paris

Soins, drogues et adolescence

Avec un des arsenaux législatifs des plus répressifs en Europe, la France réussit le tour de force de se situer parmi les pays ayant le plus haut taux de jeunes consommateurs avec un « trio morbide » : « alcool, tabac, cannabis » et ce dès le collège¹. Un élève de 6^e sur deux a déjà consommé de l'alcool et l'initiation est principalement familiale. L'expérimentation d'alcool progresse continuellement et atteint 80% des collégiens en 3^e. Un collégien sur sept dit avoir déjà connu une ivresse et cela augmente régulièrement au long du collège en passant de 5,0% des élèves en 6^e à 28,1% des élèves de 3^e. Pour le tabac, malgré le nombre important d'initiatives et de mesures législatives pour en limiter l'usage et/ou l'expérimentation parmi les plus jeunes, son niveau de consommation a été multiplié par cinq durant les années collège². En 2014, l'expérimentation du cannabis commence plus tardivement et principalement à partir de la 4^e, mais la progression en est très rapide et banalisée malgré des effets délétères certains lors de cette étape essentielle du développement. Comme pour le tabac l'écart entre fille et garçon se réduit régulièrement au fil des ans. Bien sûr, expérimentation ne signifie pas dépendance et si elle en constitue le premier pas, de multiples facteurs, génético-biologiques, sociaux et psychologiques (une plus forte proportion de personnes aux profils de personnalité vulnérable parmi les consommateurs) joueront un rôle majeur. Si, de fait, la consommation de cocaïne ou de MDMA³ ne dépasse pas les 5%, les modes de consommation, eux, ont bien changé et comportent plus de risques. Par ailleurs, il existe probablement une spécificité addictive féminine puisque malgré le repérage du dispositif des Consultations jeunes consommateurs (CJC), elles ne représentent toujours que 20% de la file active. Il faut sûrement réfléchir à des dispositifs facilitant l'accès aux soins des filles et des femmes puisque, ne serait-ce que pour le cannabis, 17% ont un risque de consommation pathologique⁴.

Nous sommes donc face à un sérieux problème de santé publique^{4,5}. Si depuis 2004, les CJC tentent de répondre aux besoins avec quelques 540 points de consultations sur le territoire, force est de constater que les moyens y sont très disparates et pas totalement adaptés à l'ampleur du problème^{5,7}. Toutefois, la campagne d'information sur ce dispositif sous l'égide de l'Inpes semble avoir porté ses fruits et les familles se sont emparées du dispositif pour en constituer, derrière la justice, la deuxième source de recrutement. La proportion de consommateurs venus avec leur entourage familial passe en effet de 22% à 34% en un an et les proches venus seuls représentent 7% des consultants, même si les consultants venus seuls restent majoritaires⁷.

Comment non prendre en charge, ou pire, simplement gérer socialement mais soigner cette population? Le premier axe devrait être une prévention et une réduction des risques et des dommages (RDRD), plus pertinentes. Cependant, la réduction de 30% des crédits de prévention et l'absence d'une politique de prévention sur la durée et plutôt sous forme de campagnes non convaincantes sur les populations à risque en compromettent l'efficacité.

Ensuite, chaque cas devrait pouvoir bénéficier d'une prise en charge individualisée tenant compte des différents paramètres contextuels, sociaux, éducatifs, familiaux et des antécédents de comorbidité personnels et familiaux addictifs et psychiatriques (la fréquence d'une structuration borderline de la personnalité sous-tendant les addictions est élevée et les familles de ces patients sont très souvent massivement problématiques)^{6,8,10}. Outre que l'arsenal thérapeutique doit être plurimodal au sein d'une équipe pluridisciplinaire, on en revient toujours au fait que l'addiction avec ou sans produits est le fruit d'une histoire où la dimension subjective ne peut être ignorée⁶. Ce que récuse bon nombre de protocoles thérapeutiques anglo-saxons que certains paresseux redupliquent à défaut de pouvoir inventer d'autres modes de soin⁶.

Dans les CJC, nous constatons que beaucoup de jeunes ne demandent ni aide, ni soins et toute proposition est réfutée dans son utilité puisqu'ils ne ressentent ni gêne ni souffrance. Ils consomment comme tous les jeunes de leur âge et sur un mode « festif » pensent-ils. Ils perdent la notion du caractère pathologique de l'ampleur de leur consommation, du besoin régulier de la substance pour dormir ou pour se rendre au travail ou à l'école. De même, certains pensent même qu'ils deviennent plus sociables à ce prix élevé pour leur santé. Nous ne sommes pas tous égaux face aux dépendances⁸. On reconnaît en effet aujourd'hui d'incontestables facteurs de vulnérabilité biologique. Mais la vulnérabilité psychologique est, à nos yeux, très importante à considérer. Il est question ici d'une vulnérabilité individuelle, familiale et historique évolutive qui plus est, soumise moins au hasard qu'à la contingence socio-économique et culturelle⁹. Nous considérons qu'avant d'être dépendant à un produit, ou à un comportement quel qu'il soit, on est dépendant tout court¹⁰. Avant l'adolescence où les conduites addictives émergent spectaculairement, il y a déjà dans l'enfance une problématique, souvent silencieuse, de dépendance majeure aux objets primaires parentaux plus au moins défailtants, laquelle se réifie, et s'organise peu ou prou à l'adolescence dans une stratégie de survie ou le déplacement sur le toxique, a pour un temps, des vertus antidépressives⁸. La prise en charge purement biologique, substitutive, avec sevrage ou diminution de la consommation via un traitement médicamenteux et une thérapie comportementale et cognitive (TCC), c'est-à-dire une gestion uniquement médico-sociale, sans l'aide d'une psychothérapie abordant la dynamique familiale et l'économie psychique du sujet est insuffisante sur le long terme et en matière de prévention. La recherche de sens ou le sujet se sent actif face à sa problématique et non à nouveau aliéné est primordiale⁶. L'accompagnement précoce pluridisciplinaire permet la réduction ou l'abandon de la conduite pathologique. Le travail psychothérapeutique plus long consiste à démasquer ce qui se cache derrière le produit et le comportement, puis replacer le sujet au centre de la démarche de soins. C'est une aide concrète, en quête de moins de cadre ou de schème (ce qu'assure évidemment le psychiatre référent dans une prise en charge toujours bifocale) que de sens et ce de manière homogénéisée mais toujours singulière^{6,10}.

1 Inserm. (2014). *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement* (Rapport du groupe d'experts coordonné par le pôle Expertise collective de l'Inserm, à la demande de la MiltD). Paris : Éditions Inserm. <http://www.inserm.fr/>

2 Spilka, S., Ehlinger, V., Le Nézet, O., Pacoricon, D., Ngantcha, M. et Godeau, E. (2015). Alcool, tabac et cannabis en 2014, durant les « années collège ». *Tendances*, (106), OFDT, 6 p.

3 Le méthylène-dioxy-méthamphétamine (MDMA) est une amphétamine.

4 MiltD (2013). *Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017*. Paris : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

5 Direction générale de la santé, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et Direction générale de l'action sociale. (2004). *Circulaire DGS/DHOS/DGAS n° 2004-464 du 23 septembre 2004 relative à la mise en place de consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille*. BO Santé, n° 2004/42 du 30 octobre 2004.

6 Corcos, M. (1999). La thérapie bifocale dans la dépression à l'adolescence. Indications et intérêt. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 47(4), 191-193.

7 Obradovic, I. (2015). Dix ans d'activité des « consultations jeunes consommateurs ». *Tendances*, (101), OFDT.

8 Carton, S., Chabert, C. et Corcos, M. (2013). *Le silence des émotions - Clinique psychanalytique des états vides d'affects*. Collection : Inconscient et culture. Éditions Dunod.

9 Shadili, G. (2014). Adolescents et adultes jeunes. *L'information psychiatrique*, 90(1), 11-19.

10 Corcos, M. et Jeammet, P. (2006). Conduites à risque et de dépendance à l'adolescence : la force et le sens. *Psychotropes*, 12(2), 71-91.

Philippe Le Ferrand

Psychiatre, addictologue
 Coordinateur Empp du Centre Hospitalier Guillaume Régnier
 Rennes

L'addiction, un concept neuf pour une clinique nouvelle ?



Le terme « addiction », d'usage récent, connaît actuellement un grand succès populaire et médiatique, notamment avec la description de nombreuses addictions comportementales : au jeu, au sexe, au sport, aux achats, etc. D'usage courant en anglais, signifiant le fait de s'adonner, le mot « addiction » vient du latin ad-dictus qui désignait l'esclave, et n'existe officiellement dans le dictionnaire français qui en confirme l'usage que depuis quelques années.

L'addictologie est également une science récente consacrée non sans polémique par la validation du concept de « trouble addictif » dans le DSM V¹ mais toujours absent de la classification internationale de médecine qui en reste à la notion de troubles mentaux liés à l'usage de substances psychoactives, avec une distinction principale d'usage nocif pour la santé et de dépendance.

En France, l'addictologie bénéficie du statut de science officielle validée par un enseignement et des diplômes d'addictologie.

L'addiction est aussi une des rares entités cliniques fortement influencée par la politique qui par ses choix de santé publique, oriente les représentations et le soin avec une mise en avant d'une conception médico-biologique du trouble (l'addiction est une maladie) amenant naturellement à une vision à la fois sanitaire et juridique de la prise en charge (politique de la réduction des risques et des traitements de substitution, obligation de soin et injonction thérapeutique).

Cette irruption du politique est d'ailleurs bien compréhensible puisque l'usage de psychotropes légaux comme l'alcool ou illégaux comme le cannabis renvoie aux fondements de toute société : le plaisir et la souffrance, la vie et la mort, le licite et l'illicite, le domaine public et privé, l'intégration et l'exclusion.

Pour le philosophe des sciences Ian Hacking², l'addiction fait partie d'une catégorie de maladies mentales qui sont aussi des constructions sociales caractérisées par leur apparition dans une période socioculturelle ou dans une zone géographique et leur disparition ultérieurement. Selon ce philosophe, les personnalités multiples, les voyageurs pathologiques en sont de bons exemples, l'anorexie et l'hystérie en font aussi partie. Le point commun de ces pathologies est qu'elles existent à la jonction de deux pôles : le vice et la vertu. Les addictions rentrent tout particulièrement dans cette définition avec un « pharmakon » à double face du médicament qui soigne et de la drogue qui détruit (de nombreuses drogues actuelles étaient des médicaments dans le passé), l'addict malade qu'il faut soigner ou le drogué délinquant qu'il faut punir. Le pôle vertueux de l'alcool est le plaisir de l'ivresse discrète, la convivialité et le lien social. Le vice est la perte de contrôle sous l'empire de l'ivresse et la déchéance au bout du chemin. Le pôle vertueux du pharmakon est le médicament qui soigne tant de maladies mentales et lutte contre le mal-être, le vice est la modification de la conscience qui mène à l'irresponsabilité. Entre vice et vertu, entre maladie et déviance, « souffrir d'addiction » devient ainsi une manière sociale d'exprimer son mal être. C'est ce que Georges Devereux³ appelle un désordre ethnique, un comportement proposé par la culture pour exprimer son mal être comme l'amok⁴ en Asie ou la possession en Afrique.

Les addictions occuperaient ainsi une niche écologique de nature anthropologique avec un pôle médical et culturel. La taxinomie médicale tourne autour de l'image de la physiologie des centres de récompenses du cerveau perturbés par l'action de la drogue, la polarité culturelle tourne autour de la vertu actuelle de l'hédonisme et de la performance et du vice de la dépendance (envers de la valeur positive d'autonomie) et de l'auto-exclusion sociale (envers de l'adhésion à la valeur travail cœur de l'inclusion sociale) et leur conséquence de défi à l'ordre social et de coût social porté par la collectivité.

¹ American Psychiatric Association. (2013). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e édition). Arlington, VA.

² Hacking, I. (2001). *Entre science et réalité. La construction sociale de quoi ?* Paris: La découverte.

³ Devereux, G. (1983). *Essai d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Éditions Gallimard.

⁴ L'« amok » est une crise de folie meurtrière décrite par le psychiatre allemand Emil Kraepelin en 1904 comme étant un syndrome lié à la culture. Il s'agit d'une décompensation assimilée à une forme de suicide accompagnée d'une libération de pulsions homicides.

Pour Ian Hacking, ces deux axes sont reliés par la visibilité et la reconnaissance sociale (l'observabilité) et d'adhésion collective à l'existence de cette construction sociale en tant que catégorie socio-anthropologique.

La niche écologique des addictions devient donc un théâtre social qui permet à chacun d'interpeller la collectivité et de porter sa plainte devant la société. Il se construit ainsi une boucle entre la construction médicale des addictions, l'offre socio-sanitaire (la cure, les médicaments de substitution) et le comportement addictif. Cette boucle autorise une sanitarisation des anciens vices chrétiens et vertus contemporaines de vie intense, de jouissance, de consommation, de performance et d'urgence.

Si le concept d'addiction est un progrès épistémologique par rapport aux dénominations anciennes d'alcoolisme évoquant l'intoxication passive et la toxicomanie évoquant la folie, il ne doit pas non plus masquer sa faiblesse en devenant un fourre-tout lorsqu'il devient, par glissement sémantique, une « conduite addictive » associant pêle-mêle l'usage et la dépendance de substances psychoactives, l'anorexie, l'achat compulsif, le suicide, le jeu et d'autres comportements excessifs autrefois du registre du divertissement pascalien, des passions et des vices et désormais médicalisés. Cette entité clinique peut donner l'illusion d'une approche scientifique, comme si nommer un comportement était déjà conceptualiser, comme si le passage de l'usage métaphorique du mot à l'usage nosographique en faisait une maladie objective, alors que chaque clinicien en fonction de sa grille conceptuelle voit midi à sa porte dans un consensus de surface qui aboutit en réalité à un concept mou à valeur heuristique médiocre allant vers la banalisation épistémologique de sa reconnaissance sociale et médiatique.

Réduite actuellement à un dysfonctionnement du système de récompense cérébrale la description était au départ phénoménologique pour les pionniers de l'addictologie anglo-saxonne. « Dépendance compulsive à une action externe pour réguler un état interne » pour Aviel Goodman, « dépendance à une expérience » pour Stanton Peele⁶ qui précise que l'addiction n'est pas causée par le toxique mais par l'expérience que fait vivre le toxique. Autrement dit, certains sujets deviennent dépendants d'une expérience phénoménale et non d'une substance. C'est la déclaration souvent citée du héros de *Un singe en hiver*, d'Antoine Blondin : « Si quelque chose devait me manquer ce n'est pas le vin, c'est l'ivresse »⁷.

Si l'addictologie est récente, la recherche d'ivresse est par contre un comportement humain universel qui a toujours existé et toujours socialement codifié avec des ivresses acceptables socialement et des ivresses réprouvées en fonction de leurs statuts anthropologiques. Quand on parle d'ivresse, on pense toujours à l'alcool parce que c'est le phénomène d'ivresse le plus connu et le mieux accepté socialement en occident alors que, par définition, toutes les substances psychotropes entraînent des phénomènes d'ivresses. L'ivresse n'est que l'expérience subjective liée à l'intoxication aiguë provoquée par une substance entraînant une modification transitoire de la physiologie cérébrale. L'ivresse est distincte de la dépendance même si ces deux notions entretiennent des liens forts.

On peut devenir dépendant sans expérience d'ivresse (le tabac par exemple), on peut avoir des ivresses sans être dépendant. C'est l'appétence pour l'ivresse qui entraîne le phénomène de dépendance. Dans cette perspective, l'addiction n'est pas un accident qui survient, extérieur à l'individu, c'est la transformation insidieuse de l'homéostasie somatopsychique qui un jour émerge au grand jour par la prise de conscience de la dépendance lorsque l'ivresse devient la seule solution pour rétablir l'équilibre dans une illusion éphémère de bien-être.

Dans le processus addictif, la recherche de l'ivresse est une trajectoire historique qui vise d'abord à modifier la présence puis, dans l'addiction installée, qui vise à l'absence. La personne qui recherche l'ivresse chimique refuse la présence telle qu'il la vit. Il veut d'abord la modifier, puis la fuir dans un deuxième temps. La recherche de modification de présence ou le désir d'absence (une auto-exclusion chimique) sont d'ailleurs deux moments différents de la trajectoire addictive. Dans le premier cas, il y a en fait une recherche d'une meilleure présence. La rencontre avec l'ivresse apparaît comme la découverte de la solution qui permet d'être pleinement. Ce sont les deux ivresses de Friedrich Nietzsche⁸, l'ivresse divine dionysiaque et l'ivresse vulgaire apollinienne. La première euphorisante, conviviale, festive, libératrice et transgressive, la deuxième adaptative, apaisante et autothérapeutique du buveur ou du fumeur régulier.

La recherche d'absence est le refus même de la présence, le désir de non désir (l'aphanisis) que l'on peut observer dans la figure du clochard qui ne désaoule pas ou celle du junky obnubilé par sa dose d'héroïne. Cette ivresse assure l'absence dans une forme de plénitude négative de remplissage informel en utilisant l'effet anesthésiant de quantités de plus en plus élevées de psychotropes.

L'ivresse en soi n'est pas pathologique et c'est un abus de vouloir médicaliser cette expérience en parlant de conduite addictive. La dépendance non plus ne peut plus être considérée comme pathologique car personne n'oserait considérer comme addict quelqu'un de dépendant des tranquillisants ou de la Méthadone. Que reste-t-il alors pour caractériser une clinique d'un phénomène pourtant bien réel ?

La réflexion sur la clinique de l'addiction ne doit pas oublier la recherche éternelle de l'ivresse propre à la nature humaine ni son statut anthropologique. Ce préalable permet alors de replacer l'addiction dans toute sa complexité bio-psychosociale bien souvent oubliée avec la mise en avant de sa seule dimension médico-biologique au dépend de ses dimensions psycho-pathologiques et surtout socio-anthropologiques. Cette mise au point sur sa dimension sociale rappelle que la figure de l'alcoolique et du toxicomane n'est que le reflet déformé de notre société. Le jugement et le traitement moral qui connotaient fortement les termes d'alcoolique et de toxicomane, un temps évacué par le néologisme d'addict revient malgré tout avec la représentation politico-sanitaire du phénomène comme le souligne Ian Hacking.

L'enfer reste pavé de bonnes intentions parce qu'« un mot a le sens que quelqu'un lui a donné » et « en ce sens beaucoup de mots n'ont pas de sens strict »⁹. C'est cette perte de sens qui menace le concept d'addiction.

⁵ Goodman, A. (1990). Addiction : definition and implications. *British Journal of Addiction*, (85), 1403-1408.

⁶ Peele, S. (1985). *The meaning of addiction. Compulsive experience and its interpretations* Mass. Lexington : Lexington Books.

⁷ Blondin, A. (1959). *Un singe en hiver*. Éditions de la Table Ronde.

⁸ Nietzsche, F. (1872). *La naissance de la tragédie*. Paris: Éditions Gallimard (1949).

⁹ Wittgenstein, L. (1965). *Le cahier bleu et le cahier brun*. Gallimard.

Guillaume Sudérie

Anthropologue

Pôle addiction de l'Observatoire Régional de la Santé en Midi-Pyrénées

Coordonnateur du programme TREND Toulouse pour l'OFDT¹

Toulouse

Comment les humains choisissent-ils leurs drogues ?

Les humains ont depuis toujours utilisé les psychotropes. Un regard transversal concernant leurs usages dans les monographies anthropologiques indique que trois fonctions principales sont bien identifiées. Les fonctions « thérapeutiques » et « chamaniques » parfois mêlées, sont décrites dans les sociétés traditionnelles et contemporaines. La fonction « sociale » à l'origine du lien entre les membres d'une société est aussi une sorte d'invariant².

À la fin du 18^e siècle, la transformation des usages à l'échelle individuelle génère une quatrième fonction, « subjective », qui n'est ni plus ni moins que la naissance de l'usage de drogues contemporain³ autour du modèle des « opiacés » et de la dichotomie plaisir/souffrance.

Les molécules ont des attributs positifs dans certains groupes sociaux, négatifs dans d'autres. En France, le statut social du tabac s'est transformé en 25 ans, dans une société qui prône aujourd'hui le principe de précaution et le droit de ne pas fumer contre son gré alors que longtemps, fumer était une norme générationnelle.

De même, le Subutex®, médicament de substitution aux opiacés n'appartient plus au monde des « médicaments », mais à l'univers des « drogues » pour une part de ses usagers⁴.

Autre exemple, celui de l'iboga. Ce petit arbuste dont les racines sont utilisées au cours des cérémonies Bwiti⁵ est inscrit au patrimoine national du pays, au Gabon. En France, l'iboga est classé stupéfiant.

« Choisir et utiliser une « drogue » est une affaire identitaire, d'affiliation sociale, d'expériences et d'apprentissages. »

Choisir et utiliser une « drogue » est une affaire identitaire, d'affiliation sociale, d'expériences et d'apprentissages.

L'émergence de l'ecstasy à la fin des années 1990 est le fait de l'apparition du mouvement « Techno »⁶. Quinze ans plus tard, ce vecteur culturel est devenu un phénomène de génération. La diffusion de cette molécule perçue à tort comme « safe » devient massive⁷ sans que les messages de prévention nécessaires ne soient assez diffusés.

En ce qui concerne le cannabis, la France n'a jamais connu autant de fumeurs. Cette molécule est inscrite dans les socialisations adolescentes. À ces âges, si la norme n'est pas de consommer, c'est souvent d'avoir essayé. Les études épidémiologiques indiquent que si le nombre d'expérimentateurs de cannabis est important, les usages récents ne sont finalement pas si développés⁸. Seule la hausse des usages à « risques » déterminés par le *Cannabis Abuse Screening Test*

doit alerter. Les messages d'abstinence n'ont plus beaucoup de sens alors que ceux de réductions des risques et des dommages ont du mal à exister.

En ce début de 21^e siècle, se dessine une nouvelle fonction « performative ». Les psychotropes légaux, illégaux, avalés, fumés, sniffés, injectés sont utilisés pour être efficaces dans son travail et durant la fête, mais aussi parfois seulement pour accomplir son quotidien. Les « drogues » actuelles ne s'inscrivent plus seulement dans la dichotomie souffrance/douleur. Celle-ci est supplantée par des moments d'euphorie et de dépression car le craving⁹ ne s'exprime pas par le syndrome du « manque physique ».

Les observations actuelles menées par l'OFDT et ses partenaires, les chercheurs académiques ou les cliniciens et acteurs de terrain, ne peuvent être comprises que dans ce nouveau modèle.

Un usager polyconsommateur en situation de grande vulnérabilité sociale qui pour survivre doit entreprendre un parcours journalier difficile et douloureux utilise les médicaments opiacés pour pallier le manque, des stimulants pour « mancher », se nourrir et trouver un endroit pour dormir. Il n'est pas rare qu'il s'anesthésie avec des litres d'alcool et des médicaments psychotropes pour passer la nuit dehors. Chaque molécule constituant la polyconsommation a une utilité. La figure du toxicomane de rue injecteur d'héroïne est loin derrière nous.

La montée croissante des usages de cocaïne depuis les années 2000 est aussi la preuve que l'utilisation des drogues n'a plus comme seul objectif de s'éloigner de la réalité. La cocaïne inscrit ses usagers dans le présent, conforte la capacité sociale, permet d'être efficace, performant. Le problème est alors que la perception des risques et des dommages est floue car cette drogue aide à être un acteur social efficace.

La compréhension de la complexité du phénomène des usages de drogues ne peut se réduire aux fonctions d'usages et leurs contextes de réalisation. L'idée que la drogue est une forme symbolique à part entière doit être envisagée comme le démontrent des travaux récents en anthropologie sémiotique¹⁰.

Au-delà de toute conceptualisation, il est évident que le « marché » détermine la disponibilité et l'accessibilité aux molécules. Au moment où celui-ci se transforme¹¹ et que les observateurs démontrent qu'il est aisé de se procurer des drogues sur Internet via le DeepWeb¹², de nouveaux grands bouleversements sont à prévoir.

¹ Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

² Rosenzweig, M. (1998). *Les drogues dans l'histoire entre remède et poison*. De Boeck & Belin.

³ Vigarello, G. (1991). La drogue a-t-elle un passé ? Dans A. Ehrenberg (dir.), *Individus sous influence* (pp. 85-100). Paris : Esprit.

⁴ Escots, S. et Fahet, G. (2004). *Usages non substitutifs de la buprénorphine haut dosage*. Pôle TREND. Graphiti/ORSMP/OFDT.

⁵ Un ordre initiatique très répandu au Gabon.

⁶ Sudérie, G., Monzel, M. et Hoareau, E. (2010). Évolution de la scène Techno et des usages en son sein. Dans J.-M. Costes (dir.), *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND* (pp. 84-95). OFDT.

⁷ Sudérie, G. et Albisson, A. (2015). *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2014 sur le site de Toulouse* (Rapport TREND Toulouse). ORS Midi-Pyrénées.

⁸ Spilka, S. et coll. (2015). Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. *Tendance*, (100), Pôle TREND, OFDT, 8p.

⁹ Désigne l'envie irrésistible de consommer une substance. Il est parfois maladroitement associé à la notion de dépendance psychique, alors que l'on retrouve dans l'expression de toutes les formes de dépendances.

¹⁰ Escots, S. (2014). Le Subutex® une drogue, mais qu'est-ce qu'une drogue ? Esquisse d'une anthropologie sémiotique des psychotropes. *Psychotropes*, 20, 51-78.

¹¹ Cadet, A. et coll. (2015). Substance psychoactives en France : tendances récentes (2014-2015). *Tendances*, (105), Pôle TREND, OFDT.

¹² Sudérie, G. (2015). *Tendances récentes et nouvelles drogues sur le site de Toulouse* (Synthèse des résultats). ORS Midi-Pyrénées/OFDT ; EMCDDA. (2016). *The internet and drug markets*, Issue, (21). Lisbon.

Nina TissotÉducatrice spécialisée au CAARUD RuptureS
Association ARIA
Lyon

Prise et déprise : faire usage de drogue en prison

Le monde carcéral impacte usages et usagers de drogues de manière spécifique : qu'il entrave ou qu'il favorise les premiers, la circulation et la consommation de produits (drogues ou médicaments) participent en ces lieux, comme ailleurs mais peut-être plus intensément ici, d'une économie interne. Elles impliquent échanges monétaires ou trocs, structurent des relations sociales entre détenus ainsi qu'avec les soignants ou le personnel de l'administration pénitentiaire, et enfin participent d'une « économie interne du sujet » qui y trouve un moyen de gestion psychique de sa détention, lorsque cette consommation est paradoxalement l'élément sur lequel il a le plus de prise en prison.

RDR en temps de TABOU

En France, plus d'un détenu sur trois consommait de la drogue juste avant son incarcération¹, 9% des détenus sont sous traitements de substitution², des seringues sont retrouvées dans un établissement sur 5³ et un UCSA sur 3 a eu à réaliser des soins pour abcès⁴.

Les enquêtes sont anciennes, et ne renvoient jamais aux réelles consommations de drogues intra-muros. Cela peut s'expliquer par la complexité de l'accès aux informations (déclaratif de détenus qui ont tout intérêt à ne pas divulguer leurs pratiques) et par les enjeux de la diffusion de celles-ci (qui viendraient ainsi pointer les « failles » dans le dispositif sécuritaire des établissements).

Pourtant c'est su, c'est parfois vu, c'est partout entendu. « Secret de Polichinelle » comme il est d'usage de dire. Car oui, il y a des usages de drogues en prison, et il y a des usages dans la manière de l'évoquer : il s'agit de confirmer que personne n'est dupe...

Mais les tabous entourant habituellement l'usage de drogues -l'interdit légal et le tabou lié au plaisir- prennent une ampleur encore plus grande dans cet espace-temps de la pénitence qu'est la prison. Et le mythe d'une possible société -si micro soit-elle- sans drogue y est encore tenace. Mais c'est aussi que répression et soin se font face ici plus qu'ailleurs, dans un lieu où exercent des professionnels aux missions très différentes.

Voilà qui restreint les possibilités d'envisager une vraie politique de RDR en détention, qui devrait pourtant exister au même titre qu'à l'extérieur⁵.

La RDR y est amputée de ses outils : pas d'accès au matériel, et la délivrance des traitements de substitution aux opiacés (TSO) est « limitée » en terme d'accès (manque d'anonymat) et de dosage (souvent plafonné). Pas la peine d'envisager une seconde l'analyse de drogues ou la supervision des pratiques d'injection...

Nous animons, avec une collègue médecin, un « groupe RDR » où, exclusivement, il s'agit de « discuter ».

Les détenus s'y présentent avec toutes sortes d'intentions : d'abord sortir de cellule, puis espérer une remise de peine, mais aussi, pour certains, l'envie manifeste d'apparaître sous leur meilleur jour : une farouche envie de ne plus/moins consommer, voire de « faire de la prévention de la récidive » (sic!)...

Une fois que l'on a posé les bases de la confidentialité du groupe, de la logique de la RDR qui ne vise pas nécessairement l'abstinence, et qu'alors un climat de confiance s'installe, le discours individuel change de teneur, les discussions s'engagent, et les engagent, réellement.

« En détention, les produits semblent être plus souvent les meilleurs compagnons-à défaut de mieux, que les pires ennemis. »

S'évoquent les consommations de chacun, celles problématiques, d'autres qui se revendiquent, certaines débutant ou s'amplifiant en prison, et celles encore qui furent arrêtées par la détention. Se confient les différentes fonctions des produits, pour oublier, passer le temps, faire du troc, se socialiser. Apparaît le manque de connaissance sur les effets des produits, ceux qu'ils consomment ici, ou ceux qu'ils pouvaient consommer ou même dealer à l'extérieur. C'est d'ailleurs plus souvent leurs usages à l'extérieur qui s'énoncent problématiques. En détention, les produits semblent être plus souvent les meilleurs compagnons-à défaut de mieux-, que les pires ennemis. Ici, rien ne paraît pouvoir bouger... mécanique bien huilée de la (leur) gestion de la détention, dont les drogues font indéniablement partie.

Solitude et précarité : produit anesthésie, produit monnaie d'échange

Ici, les conditions de solitude et de précarité augmentent, pour beaucoup, à la fois leurs consommations et leurs implications dans le trafic : toutes deux nécessaires pour tenir.

Le produit devient la seule manière de se détendre, de se calmer, de s'échapper, de se contenir. Et si le « copilote⁶ » en fait de même, c'est la tentation permanente. Les produits, c'est aussi ce qu'on partage, ce qui fait lien, en cellule, en promenade : acheter, fumer, faire tourner, payer sa trace. Ritournelle des jours et des heures, notamment pour une grande partie des détenus qui fument du cannabis, c'est à dire une grande partie des détenus... Médicaments et opiacés ont la part belle dans cette mécanique, répondant à tous les maux de la détention.

¹ Mouquet, M.-C. (2005). La santé des personnes entrées en prison en 2003. *Études et résultats*, (386).

² Michel, L., Jauffret-Roustide, M., Blanche, J. et al. (2011). Pri2de. Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS-PRI2DE) : implications for public health and drug policy. *BMC Public Health*, 11(400).

³ INVS. (2008). *Enquête Coquelicot 2004-2007. Résultats d'une enquête sur l'hépatite C, le VIH et les pratiques à risques chez les consommateurs de drogues.*

⁴ Michel, L., Jauffret-Roustide, M., Blanche, J. et al. (2011). *op. cit.*

⁵ Principe d'équivalence des soins, loi du 18 janvier 1994.

⁶ Co-détenu.

Consommer, c'est tout autant se poser qu'être en mouvement. Avoir un traitement de substitution, c'est pouvoir sortir de cellule tous les matins. Occupation, oubliée, anesthésie. Certains ont du mal à comprendre d'autres détenus qui se tournent plutôt vers la cocaïne, et dont les effets leur paraissent ingérables en cellule. Mais pour s'échapper tous les moyens sont bons, chacun y trouve sa solution. « Un individu, un produit, un environnement »⁷, pour sûr ici l'environnement compte pour beaucoup dans l'équation.

Dans plusieurs groupes, des détenus nous interpellent sur les boîtes d'œufs Kinder que nous proposons d'utiliser comme outils de médiation (en proposant d'y déposer sa question de manière anonyme) : « *Il est où le chocolat ?? C'est pas humain ce que vous nous faites, c'est trop la tentation !* ». Nous passons plus de deux heures à parler drogue, détaillant les effets recherchés, le plaisir éprouvé, évoquant parfois également la sexualité, mais ce qui génère tout de même le plus de frustration, c'est l'absence de chocolat Kinder. La prison est le lieu du manque permanent..

Gérer l'usage, gérer les risques

Le lieu du manque et de la déprise, sur sa propre vie, sur son rythme. Alors les consommations de produits apparaissent pour beaucoup de détenus comme le seul aspect sur lequel ils ont encore prise. Dans le groupe RDR, venir questionner leurs usages et représentations provoque régulièrement chez certains la même réaction au premier abord : pas de problème, ils gèrent. Ils font état de leurs stratégies, leurs débrouilles, leurs usages, ce à quoi ça leur sert. Plus qu'assumer, il s'agit de revendiquer ce sur quoi ils ont encore prise.

« Seul point d'action possible dans un environnement coercitif, la consommation se revendique alors comme choix, comme marge de manœuvre personnelle. »

Seul point d'action possible dans un environnement coercitif, la consommation se revendique alors comme choix, comme marge de manœuvre personnelle. C'est sous une telle carapace que nombre de détenus semblent enfouir leur rapport aux produits, seule chose qu'ils gèrent de l'intérieur, de leur intérieur. Il s'agirait de ne pas leur enlever ça aussi, y compris dans le discours.

C'est certainement l'importance de cette question dont j'avais le moins conscience avant de commencer ces animations de groupes. On y parlera alors beaucoup de maîtrise et de gestion, des usages et des risques, ces derniers étant accrus en milieu carcéral, dû à la promiscuité et au manque d'accès au matériel, mais aussi risques de dépendance et de surconsommation liés au contexte. Produit remède à tous les maux, on l'a dit.

Stigmatisation et contrôle

On ne peut évoquer les usages de drogues en prison sans parler de la stigmatisation que cet usage opère, notamment entre détenus. « *Les tox c'est juste au dessus des pointeurs*⁸ ». Oui mais attention, n'est pas tox qui semble... Les fumeurs de pétard n'en sont évidemment pas, et n'ont rien

à voir avec ces autres, au premier rang, consommateurs de Subutex ou de Méthadone. Ces produits sont non seulement associés à l'héroïne (voire à l'injection) qui n'a pas meilleure réputation en détention qu'à l'extérieur, mais ils se réfèrent surtout à la dépendance du détenu vis à vis de l'administration pénitentiaire pour les obtenir : obligation de se soumettre au protocole, moyen de pression potentiel sur leur comportement. Le détenu est donc rendu vulnérable, et de fait d'autant plus suspecté d'être cette possible « balance » souvent associée à la figure du toxicomane.

D'une autre manière, dans les questionnements proposés au sein du groupe au sujet de la porosité des catégories entre drogues et médicaments, revient souvent le fait que tout ce qui est distribué par l'administration pénitentiaire est suspect. Les médicaments sont vus comme des outils d'asservissement, « *c'est pour nous obliger à supporter l'enfermement* », « *ils nous rendent comme des zombies* », renvoyant à l'importance pour les détenus de maintenir une prise sur leur existence, leurs envies, leurs plaisirs, mais aussi la gestion de leurs maux.

Alors qu'être en traitement c'est potentiellement être un individu isolé sans possibilité d'approvisionnement en interne et à la merci de l'administration pénitentiaire, à l'inverse, consommer des produits illicites en prison, cannabis en tête de file, c'est avant tout avoir un réseau, impliquant une forme d'intégration. Il faut pouvoir se procurer le produit, ne pas se faire prendre, avoir de bonnes relations à l'intérieur ou parfois aussi à l'extérieur. Consommer des produits illicites, c'est le symbole d'une capacité à « se débrouiller seul », qui est une attitude valorisée. Et alors, le Subutex délivré par le SMPR et le Subutex acheté à d'autres détenus n'ont à cet égard pas du tout la même incidence.

En réalité, comme à l'extérieur, consommateurs de drogues illicites et détenus sous TSO sont souvent les mêmes, mais à l'intérieur des murs, les représentations varient et les enjeux sont redistribués.

Nombre de détenus font remarquer ces paradoxes, et soulèvent la délicate question du manque d'anonymat, ou simplement de discrétion, lorsqu'il s'agit d'avoir accès à un accompagnement relatif aux consommations. Ces questions sont également soulevées par les soignants exerçant au sein de la prison. Ceux-ci regrettent le peu de marge de manœuvre qu'ils ont dans leur rencontre avec les détenus (dont les mouvements sont toujours dépendants des surveillants et au vu et au su des autres détenus) et la stigmatisation qu'ils peuvent eux-mêmes véhiculer : « *Moi quand je vais en détention, je suis monsieur Méthadone, on sait pourquoi j'appelle tel ou tel patient* », explique un infirmier.

Dans le groupe, on tente un espace de déstigmatisation, de non-jugement, de mise à distance de l'interdit légal qui les a pourtant pour beaucoup amené ici. Mais cela prend du temps, avant que les héroïnomanes qui le confessent à demi-mot ou que les revendicatifs fumeurs de joints n'acceptent d'en parler autrement que sous les discours attendus. Que s'évoquent les réels problèmes dans leur gestion des produits, et non ceux qui « devraient être », ainsi que des questions qui les, nous, dépassent, auxquelles il n'est pas forcément possible d'apporter des réponses : « *Mais pourquoi dans la vie on a autant envie de se droguer ??* ».

⁷ Selon la formule célèbre du docteur Oliveinstein.

⁸ Sous-entendu dans la hiérarchie interne de la prison qui a court entre détenus.

Consommer dans et contre les murs. Témoignages d'usage(r)s.

« À l'extérieur, quand je suis stressé, je vais faire un tour en bagnole, ici je fume un joint. Quand je suis triste je vais voir des amis, là je fume un joint. Quand je suis vénère je vais courir, là je fume un joint. Et là aussi quand j'ai envie que le temps passe plus vite je fume un joint. Même quand j'suis bien, je vais fumer un joint. Y'a que ça à faire. »
Un détenu participant au groupe RDR.

Extraits de témoignages d'usagers de drogues ayant été incarcérés, réalisés au CAARUD dans le cadre de la préparation d'une émission de radio :

« Les produits, c'est juste pour passer le temps quoi... pas te rendre compte du temps qui passe... parce qu'il faut le tuer le temps... et plus tu te défonces, plus le temps il passe vite. »

« Le contexte ça prête pas à décrocher en prison... c'est trop compliqué de décrocher en prison... chacun ses problèmes, t'as certains c'est pas de famille, t'as certains c'est la solitude... Qu'est-ce que tu veux... à part taper de la came pour oublier que t'es en prison... Quand t'as un petit peu de sous tu tapes de la came, quand t'as pas, t'es obligé de taper du sub' [Subutex] pour oublier... Oublier les années... »

« Si tu veux arrêter complètement faut que tu t'isoles un peu par rapport à tous les gens que tu connais, et en prison c'est pas possible... à moins que tu restes dans ta cellule 24h/24... Mais autrement c'est pas possible. »

« Tout le monde tape, mais c'est pas bon aussi... Trois mecs en cellule qui tapent... ils parlent de ça toute la journée... leurs discussions ça va tourner autour de la drogue toute la journée... Toute la journée ça va parler tamien, Subutex, de coke... c'est pas bon... Toute la journée ça va être : roule un joint, fait une trace... »

« Y'a tout en prison, je balance mais tout le monde le sait, y'a tout en prison, y'a du shit plus que dehors, y'a d'la came plus que dehors, y'a tout plus que dehors... »

« Tu trouves, bien sûr tu trouves, mais le prix c'est doublé. »

« Le shit, j'ai jamais eu du aussi bon shit qu'en prison. S'ils [les dealers] font rentrer de la merde, c'est l'émeute à l'intérieur... déjà t'es à la rate, t'es privé de liberté, si tu tombes sur un bout de shit pourri ça part en couille. Ils refourquent cher, mais ils refourquent bien. »

« Y'en a ils prennent de tout, ils mélangent tout [les médicaments]... y'en a c'est des véritables zombies ! »

« En prison il faut gérer aussi... La substitution ça aide à gérer... forcément niveau moyens tu peux pas te permettre d'acheter de l'héroïne tous les deux jours, donc forcément... même si tu travailles, en travaillant je faisais 90 euros de paye par mois, quand tu craques 40 ou 50 euros de tabac par mois, il te reste que 30 euros t'achètes un peu à manger, t'achètes un bout de shit et ça y est t'as plus d'argent quoi... donc après c'est toi qui vois si tu préfères avoir un demi d'héroïne ou un bout de shit, tu gères, un mois t'achètes ça, l'autre mois t'achètes ça, tu prends moins de cigarettes parce que tu te dis j'vais prendre deux joints en plus au moins je vais pouvoir passer une soirée tranquille... après c'est toi et ta défonce, faut arriver à gérer, si t'arrives pas à la gérer en ville, c'est pas en prison que tu vas arriver à la gérer c'est clair et net. »

« Je prenais du Subutex, pas de la Méthadone... parce que le Subutex tu le prends en cellule... et tu peux troquer un sub' contre un paquet de Marlboro, t'as compris pourquoi ! Même à un moment j'avais arrêté, je prenais le Subutex j'y touchais même pas, mais je continuais à avoir mon traitement pour... mais attends c'est normal, t'arrives en prison tu travailles pas, qu'est-ce que tu fais ? À part le Subutex... ou tu vends du tamien, mais y'a pas 36 solutions... le Subutex il te sauve un petit peu la mise... Disons, c'est un paquet de cigarette par jour, c'est mieux que rien. »

« À cette époque là je prenais un demi [cachet de Subutex], un demi de 8 mg, 4 mg par jour, mais ils [le Csapa] me donnaient 12 mg. Donc je faisais un paquet de Marlboro par jour, c'est la commission pour la journée. Un paquet de Marlboro, c'est un kilo de poivrons, plus les oignons, plus la tomate, tu fais une gamelle, c'est mieux que rien. »

« Moi je revendais une partie de mon Subutex. C'est vendu à l'avance hein, y'a la queue... Et pis personne n'est camé, mais tout le monde fait un détour ! « Tu dis à personne hein »... du coup je connais tout le monde, je sais que c'est tous des toxicos, mais personne y touche ! Ils viennent te voir : « Je préfère t'acheter à toi parce que tu dis à personne »... Et moi je les vois tous ils font tous la queue pour m'acheter, tout le monde ils viennent me voir. »

« Tout le monde tape, en vérité... tout le monde tape, mais personne veut déclarer... c'est mal vu. Y'avait un mec avec moi en cellule, je sais qu'il tape, parce quand ils [le Csapa] nous appellent ils nous appellent ensemble, je sais qu'il tape, mais il persiste à me dire que c'est pas ça... Ils amènent les cachets pour tout le monde ensemble, celui qui tape le Subutex, celui qui prend la Méthadone... »

« Tout le monde sait pourquoi tu viens [au SMPRI], y'en a ils veulent pas dire, mais tout le monde sait... »

« Parce que qui dit tox dit balance... c'est ça... Ils croient que parce que t'as un traitement t'es un moins que rien. Y'a toujours des gens qui veulent profiter. »

Julien Chambon

Chef de service CSAPA Tempo OPPELIA
Valence

Entretien avec Julien Chambon, chef de service en CSAPA

Les CSAPA

Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) sont des établissements pluridisciplinaires qui ont pour mission d'assurer des actions de prévention et de soins anonymes et gratuites à destination des personnes souffrant d'addiction et de leur entourage. Les CSAPA regroupent depuis 2011 les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). Les CSAPA ont aujourd'hui la vocation d'apporter une prise en charge globale sur toutes conduites addictives, quel qu'en soit l'objet.

Rhizome : *Qui sont les usagers de votre dispositif ? Constatez-vous une évolution du public ?*

Julien Chambon : Nous accueillons tout type de personne concernée de près ou de loin par une problématique addictive. Nous recevons aussi bien des membres de l'entourage que les usagers eux-mêmes, quelles que soient leurs pratiques, leur âge, etc. Si j'en crois les « anciens » de l'équipe, il y a une évolution très nette dans les caractéristiques de notre public, qui témoigne de plus en plus d'une extrême souffrance psychique. La toxicomanie a toujours été perçue comme ayant partie liée à la délinquance d'une part, à la maladie d'autre part, et, de fait, en tant que CSAPA/CAARUD, nous avons toujours été confrontés à ces deux réalités. Mais il faut bien avouer que la question des comorbidités psychiatriques prend désormais une place prépondérante dans nos accompagnements. À un moment donné, il y a eu un glissement sociétal qui nous a fait passer des drogues comme instruments d'affirmation identitaire, aux drogues qui permettent de tenir face à des exigences sociales toujours plus contraignantes. La typologie de notre public suit cette évolution : nous sommes toujours davantage confrontés à des personnes qui sont incapables de survivre à leurs troubles psychiques sans le recours à des psychotropes extrêmement puissants, et qui nous témoignent au quotidien cette impuissance. Ce qui est vrai pour les drogues illicites l'est tout autant pour les drogues licites.

R : *Pouvez-vous nous en dire plus sur la finalité de votre action ?*

JC : La finalité de notre action, c'est de permettre à des personnes en souffrance de retrouver un peu de pouvoir d'agir sur leurs vies, c'est à dire sur les différentes sphères de leurs vies, et pas uniquement sur leurs consommations de psychotropes, même s'il s'agit bien sûr d'un élément central et incontournable. Nous essayons donc de partir des attentes et besoins de la personne, qui ne portent pas toujours sur une hypothétique abstinence, mais qui visent bien souvent la forme de régulation des consommations la plus adaptée à sa situation. Une fois cette base posée, on se rend vite compte que la séparation entre réduction des risques et soins n'a rien de naturel. Délivrer des conseils et du matériel de RDR, faciliter le recours au droit commun, favoriser les rapprochements familiaux, c'est déjà prendre soin, davantage à notre sens que de multiplier les sevrages malheureux. Concrètement, nous faisons de moins en moins le distinguo.

R : *Diriez-vous que vous participez d'une logique de contrôle social ? Qu'est-ce que vos financeurs attendent de vous ?*

JC : Nos financeurs attendent de nous que nous mettions en œuvre une politique de santé publique, et c'est une mission à laquelle nous souscrivons pleinement, tout en gardant à l'esprit que les politiques de santé publique peuvent effectivement servir une forme de contrôle social. C'est d'ailleurs le fondement même de la Loi de 70 qui règlemente notre activité et qui nécessiterait d'être révisée. De toute façon, il nous est impossible de nous voiler la face : les usagers – et notamment ceux qui sont sous TSO¹ depuis de nombreuses années, ne manquent pas de nous rappeler la dépendance institutionnelle dans laquelle ils se trouvent vis à vis de nous. Mais, nous avons la chance d'intervenir dans un champ – l'addictologie – qui se remet perpétuellement en question, qui cherche à innover, et qui tient compte de la parole des usagers.

R : *Avec quels professionnels avez-vous l'habitude de travailler ?*

JC : Nous travaillons en lien étroit avec tous nos partenaires du réseau de soin en addictologie, car la complémentarité de nos dispositifs (soins, accompagnement, hébergement) fait notre force. Mais nous entretenons aussi des liens étroits avec nos partenaires du champ de l'urgence sociale et de l'hébergement d'urgence, ainsi qu'avec tous les dispositifs de droit commun vers lesquels nous aiguillons dès que possible nos usagers. En tant que CSAPA référent, nous intervenons en milieu carcéral. Enfin, nous nous efforçons de renforcer le travail partenarial avec le secteur psychiatrique, mais la marge de progression est énorme. Les logiques d'intervention et d'accompagnement nous semblent parfois difficilement conciliables.

R : *Avez-vous des liens formels ou informels avec des médecins libéraux ?*

JC : Là aussi, il est important de souligner la nécessaire complémentarité du secteur spécialisé et de la médecine libérale, même si nos liens restent essentiellement informels. Nous ne sommes pas en mesure de suivre la totalité de la population concernée, et les libéraux, quant à eux, ne disposent pas des moyens qui sont les nôtres, notamment en termes d'accompagnement pluridisciplinaire, pour assurer le suivi de certaines situations particulièrement complexes. Nous avons besoin des libéraux (médecins mais aussi pharmaciens), notamment pour prendre le relais en médecine de ville de certains patients. Nous espérons que les libéraux savent de leur côté pouvoir compter sur nous sur les situations qui posent problème. Voilà pour la théorie. En pratique, les cabinets de médecine libérale sont surchargés, la problématique addictive extrêmement complexe, et certaines représentations négatives liées à ce public ont la vie dure. Dans ce contexte, plus que jamais, ces prises en charge peuvent rebuter nos confrères et notre travail d'orientation est très délicat. Dans les faits, notre activité médicale est en constante augmentation, et les relais toujours plus difficiles.

¹ Traitement de substitutions aux opiacés (TSO).

Jean-Pierre Lhomme*Médecin Généraliste**Président de l'association GAÏA Paris regroupant un CSAPA, et un CAARUD porteur du projet de Salle de Consommation à Moindre Risque, Paris**Praticien attaché Centre de Soins et d'Accompagnement des Pratiques Addictives, Hôpital Marmottan, Paris.**Membre du Conseil d'Administration de Médecins Du Monde**Paris*

L'ouverture de Salles de Consommation à Moindre Risque. Une « affaire » d'éthique ?

Ces Salles de Consommation à Moindre Risque (SCMR) sont une réponse pragmatique qui fait prise en compte de nos responsabilités, de nos obligations à l'égard de personnes ne pouvant pas ou ne voulant pas pour un temps donné sortir de leurs consommations de drogues et s'enfoncent alors dans la précarité, la désaffiliation.

Elles répondent à ces enjeux d'éthique médicale, d'éthique sociale en créant des conditions d'une relation possible avec ces personnes en désaffiliation qui ne fréquentent ni CSSAPA¹ ni CAARUD. Une éthique du moindre mal, du préférable, du gain de chance et du vivre ensemble.

Ces SCMR ont comme objectifs premiers de réduire la mortalité, la morbidité, l'exclusion sociale et indirectement restaurer la tranquillité publique.

Confronté à une intentionnalité de soin frileuse, l'accès donné sans conditions extravagantes, inadaptées aux personnes en grande difficulté permet de leur proposer une prise en charge globale : prendre en considération leurs besoins élémentaires malgré leurs contraintes et leurs difficiles conditions de vie : absence de logement, de droits sociaux... l'usage de drogues faisant partie de ces contraintes. Le lien peut alors se construire.

Ces SCMR offrent aux usagers les plus vulnérables un lieu d'accueil, de convivialité et de repos et un espace ou des sous-espaces dédiés à la consommation, les produits consommés étant apportés par les usagers. Ces salles fournissent le matériel stérile nécessaire (seringues, aiguilles, pipes...) et permettent de réduire les risques d'infections virales et bactériennes (sida, hépatites), les risques d'overdose mortelle.

Ces dispositifs sont insérés dans un réseau de services qui permet un continuum de prise en charge qui va de la rue au rétablissement de la santé.

Les difficultés rencontrées lors de la construction de ces projets se sont posées de façon diverses selon les protagonistes : conditions d'accès, lieu d'implantation, types de réponses, de services rendus, composition de l'équipe de professionnels... En fait, elles étaient toutes fortement imprégnées par ou centrées sur l'acceptation de la consommation de produits prohibés ou détournés qui était actée là, dans ces dispositifs.

Faire de la consommation un axe de travail dans un lieu de prévention pour prendre soin, faire soin, aller vers le « soin », fait rupture avec le « débat » suranné faisant différence, voire opposition entre soin et prévention. La Réduction des risques fait soin à tous les instants de la trajectoire des personnes y compris le sevrage si la décision est là, muri dans le lien construit. Il fallait donner des garanties renforçant alors un cadre déjà très « serré », au risque de trop le « médicaliser » en gage de l'acceptation de cet acte de consommation de dro-

gues. Un acte, effacé du champ d'intervention sanitaire parce que trop gênant, comme si ce serait l'avaliser, comme si s'en préoccuper était contradictoire à la mission de Soins avec un grand S.

Ceci vaut tant pour une partie des professionnels de santé, du social, que pour les décideurs politiques : une réminiscence vivace du « tout sevrage » héritage de la loi de 70, même si la substitution a minoré cette posture.

Pour d'autres protagonistes, le versant répressif notamment, l'acceptation de l'usage de produits prohibés ou détournés assimilé à « l'usage simple de stupéfiants » dans un lieu de prise en charge sanitaire bouscule brutalement leurs fondamentaux sanctuarisés par cette loi de 70, même si certains sont déstabilisés par le peu de résultats de ce versant répressif sur la consommation des drogues en France.

L'antagonisme, entre protection de la santé et objectifs de sécurité entretenus par cette loi, n'a pas aidé à l'ouverture vers des positions consensuelles. Les tensions entre répression et soin induites par cette loi se sont manifestées tout au long de la construction négociation de ces projets.

La circulaire de politique pénale relative à l'ouverture des premières salles de consommation à moindre risque, espace de réduction des risques par usage supervisé du 13 juillet 2016 donne un cadre permettant ouverture.

Inévitablement et surtout dans les premiers mois d'ouverture de ces SCMR, difficultés rencontrées, négociées tout au long du parcours du combattant qu'a été le travail depuis une dizaine d'années pour l'ouverture de ces SCMR en France (la remise en cause du projet par le Conseil d'état en 2013 n'étant qu'un épisode) vont être là.

Sachons concilier le principe de responsabilité et le principe de l'efficacité, avec son corollaire, le pragmatisme, pour faire place à cette éthique du moindre mal, du préférable, du gain de chance et du vivre ensemble.

Aller au delà des postures héritées de l'académisme médical, ancrer ces approches et réponses dans des modalités qui procèdent du non abandon, relèvent d'un souci partagé du bien commun.

Cette décision d'ouverture des SCMR et l'engagement fort des associations investies dans ces projets soutenus largement par la communauté professionnelle comme celles des personnes concernées est une réponse forte aux enjeux d'éthique médicale et sociale auxquels nous sommes tous confrontés. Pourvu qu'on lui donne la possibilité de faire démonstration en France, démonstration faite depuis plus d'une vingtaine d'années dans bon nombre de pays.

Transversalité, écoute réciproque, coopération s'imposent pour que se développe cette initiative.

¹ Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

François Hervé

Conseiller technique addictions
Association Aurore
Paris

Quel accompagnement pour les usagers « actifs » ?

Le dispositif « PHASE » accueille des personnes en situation d'addiction et souffrant de fragilités psychiques, en situation sociale précaire et sans lieu de vie stable, nécessitant un traitement hépatique. Disposant de 10 places dans un immeuble divisé en appartements de 2 ou 3 personnes, les personnes hébergées sont orientées et le plus souvent suivies par le CSAPA « La Terrasse » qui assure les soins en ambulatoire. L'objectif du dispositif est de créer et maintenir un lien facilitant l'adhésion des personnes à un projet de soins. Le règlement de fonctionnement établi avec les usagers ne sanctionne pas les consommations au sein des appartements. Le règlement établi avec les usagers prohibe la consommation d'opiacés du fait des risques d'overdose.

Le dispositif « ASSORE » propose un suivi médico-social d'usagers de drogues actifs, orientés par les services de la Préfecture de Paris en sortie de squat, après évaluation par un CAARUD. Ce dispositif suit environ 60 personnes, hébergées en chambre d'hôtel par le Samu social. Comme pour le précédent, le premier objectif est de créer et maintenir un lien avec les personnes, éviter la reformation de squat, et accéder aux dispositifs de droit commun.

Les usagers de ces dispositifs, issus du nord est parisien, sont principalement des utilisateurs de crack (drogue dérivée de la cocaïne, à fumer).

Face à la situation de nombreux usagers de drogues précaires et leur difficulté à accéder à des hébergements durables ou de s'y maintenir, il nous est apparu nécessaire de proposer des réponses adaptées à travers deux dispositifs expérimentaux dénommés « Phase » et « Assore »¹. Il s'agit pour l'un en immeuble semi collectif, l'autre en chambre d'hôtel, de proposer un hébergement inconditionnel², non lié à une démarche de soins ni même à un engagement vis-à-vis des consommations.

Il s'agit de viser d'abord, au rythme de chacun, une amélioration de sa situation sociale, la restauration d'un socle minimal, un appui, une sécurité suffisante sur au moins un pan de sa vie, pour pouvoir envisager à petits pas une nouvelle place suffisamment satisfaisante au sein de la collectivité.

En effet, une situation sociale dégradée, la réitération des refus vécus comme des échecs, la perte des appuis sociaux, affectifs, voire identitaires, génèrent un sentiment d'indignité, une perte d'estime de soi, voire des comportements d'auto-exclusion. Or, pour élaborer un projet, aussi minimal soit-il, il faut d'abord s'aimer un peu soi-même, se reconnaître, et être reconnu dans le regard d'un autre.

Plus qu'un projet de soins, il s'agit d'un projet « d'hospitalité », dans lequel les professionnels s'adaptent, se rendent disponibles à la relation, s'adressent aux personnes avec égard, et visent à garantir une permanence du lien, et non à imposer un trajet. L'accueil se veut ouvert, respectueux de l'expérience de vie de chacun, appuyé sur prise en considération, et le maintien d'une distance non intrusive et respectueuse, alliée à une attention chaleureuse, une prise en compte de la parole, des tensions ressenties, autant d'attitudes favorisant la construction d'une relation et l'intégration dans un groupe. Ce n'est qu'une fois la personne rassurée, qu'un projet de vie peut se substituer aux stratégies de survie.

Le règlement de fonctionnement est minimal, repose sur des recommandations de rencontres, un accompagnement conseillé mais non imposé, un ferme refus de la violence comme mode de relation. Il est à noter que ces dispositifs fonctionnent en lien étroit avec les CAARUD ou CSAPA partenaires, qui orientent les usagers et restent leurs premiers interlocuteurs. Afin de ne pas multiplier les lieux de rencontre, la plupart des rendez-vous concernant le suivi de l'hébergement se tiennent d'ailleurs dans les locaux de ces partenaires. Cela est d'autant plus important que certains n'investissent pas d'emblée l'hébergement, alternent pour un temps périodes dans la rue et périodes dans l'hébergement. Cela permet aussi de centrer notre action sur le « vivre ensemble » plus que sur l'addiction, et de dissocier autant que faire se peut les questions relatives à l'hébergement des problématiques de consommation.

Soulignons que ce travail nécessite de bouleverser les pratiques habituelles, de réinventer des modes de relations respectueux des peurs et des difficultés à se projeter, de mettre de côté, provisoirement au moins, les standards du travail social et de ses normes pour privilégier la construction et l'apprentissage d'une relation de confiance, qu'il faudra s'attacher ensuite à ne pas décevoir. Concrètement, cela implique d'abandonner des modes de lecture désormais datés des comportements addictifs, telle l'interprétation des re-consommations comme des attaques au cadre, « transgressions » sanctionnables d'exclusion, au profit d'un mode d'intervention qui privilégie le maintien d'une possibilité de relation et de vie sociale. Cela implique aussi d'agir beaucoup sur et avec l'environnement (par exemple choisir les hôteliers et travailler régulièrement avec eux), de ne pas forcer l'élaboration d'un projet, ou parfois de le limiter à... ce qu'on va faire dans l'heure qui suit.

Toutes les personnes accompagnées ont souhaité bénéficier ou ont maintenu un accompagnement, bien que non obligatoire, et nous constatons, ce que confirment nos partenaires, l'amélioration parfois spectaculaire de l'état de santé général, ainsi qu'une évolution positive du rapport aux consommations (meilleure gestion, diminution) et des capacités relationnelles.

Il faut souligner que ces dispositifs ont vu le jour en réponse à des situations complexes au niveau d'un territoire, tant du point de vue de la santé que d'ordre public, ici la consommation de crack sur certains sites du nord-est parisien. C'est la mise en commun de différents acteurs et de différents regards, élus, représentants de la santé, de la préfecture, de la police, intervenants de terrain, qui a permis d'inventer des solutions et des montages originaux qui ne préexistaient pas à ces rencontres.

À l'heure où se mettent en place pertinemment les salles d'injection à moindre risque, mais aussi à l'heure où l'on incendie les lieux destinés à l'accueil de ceux qui ont fui la mort, n'oublions pas que l'accès à la sécurité inconditionnelle d'un toit est déterminante dans la capacité d'une personne à construire son avenir.

¹ Baraton, G. et Hervé, F. (2013). Mijaos. Phase, deux dispositifs pour les crackers actifs. *SWAPS*, (70).

² Ces dispositifs s'inspirent du principe du « Housing first », ou « logement d'abord », qui visent à proposer un hébergement durable de façon inconditionnelle, associé à la mise en place des soutiens nécessaires à la personne, rompant en cela avec la pratique courante de l'accès à un logement en fin de parcours de soins et d'insertion.

Nicole Tschanz

Professionnelle de soins, infirmière
Stockhornstrasse, Suisse

Kaspar Zölch

Professionnel de soins, infirmier
Directeur de Solina Spiez
Stockhornstrasse, Suisse

Soigner des problèmes chroniques de dépendance dans l'Oberland bernois, Suisse

Solina Spiez est un centre de soins de longue durée de soins infirmiers à Spiez (Oberland Bernois, Suisse). Nous hébergeons 180 personnes dépendantes en raison d'une maladie chronique, prodiguons des soins infirmiers, et offrons un lieu d'habitation et un lieu de vie.

Environ 40% des patients sont âgés de moins de 65 ans, 60% ont plus de 65 ans. À l'heure actuelle, le plus jeune résident à 19 ans et le plus ancien est âgé de 104 ans. Les raisons du séjour sont les maladies multiples fréquentes chez les personnes âgées, les troubles neurologiques chroniques, les troubles psychiatriques chroniques, diverses formes de démence, de toxicomanie chronique, de multiples handicaps dus à une malformation congénitale ou acquise dans l'enfance, de multiples handicaps dus à des accidents et des maladies. Nous hébergeons même des personnes en situation de soins palliatifs.

Les résidents effectuent de très longs séjours (dix ans et plus), avec quelquefois des interruptions de très de courte durée (de plusieurs jours ou plusieurs semaines). Nous avons par an environ 70 entrées et sorties, dont environ 50 décès.

Nous considérons la dépendance comme une maladie au sens de l'OMS et non pas comme un ensemble de traits de caractère. L'objectif des soins peut être l'abstinence, mais aussi la rencontre d'une voie de coexistence avec la dépendance. La consommation de produits provoquant la dépendance est régulée comme suit:

- La consommation d'alcool (définie individuellement) est autorisée aussi longtemps que le comportement induit ne génère pas de plaintes ou la violation du règlement.
- Nous ne sanctionnons pas la consommation de produits à base de cannabis, à l'extérieur de l'établissement et ne reportons pas ce fait aux autorités.
- Les traitements de substitution sont effectués en conformité avec le règlement des stupéfiants et selon autorisation individuelle par l'administration médicale cantonale en charge du contrôle des médicaments.
- La détention de produits de dépendance est de la responsabilité des résidents. Solina Spiez décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol.
- Le commerce et l'utilisation de drogues illicites, le commerce et la consommation de médicaments soumis à ordonnance obtenus sans ordonnance d'un médecin ne sont pas autorisés chez Solina Spiez et sont sanctionnés pour violation du règlement intérieur.

Pour les résidents avec un problème connu de toxicomanie, un protocole de coopération est établi au début du séjour. Il s'agit

d'un accord qui régule le comportement et les soins (les droits et obligations des résidents et de l'institution) et qui définit les sanctions à appliquer en cas de violation des règles.

Dans le protocole, les points suivants sont éclaircis et définis:

- Le traitement avec des substances psychotropes et la consommation simultanée d'alcool.
- Le contrôle des boissons alcoolisées: leur approvisionnement, livraison et consommation de ces boissons.
- Le tabagisme, qui comprend la consommation personnelle et le tabagisme passif.
- L'utilisation accessoire d'alcool et de produits illicites en tant que traitement de substitution.
- Les mesures définies en cas de non-respect du protocole, soit les sanctions.

L'observance des dispositions est nécessaire, et en cas de suspicion d'infraction, elle sera vérifiée au moyen de tests (par exemple analyse d'urine ou tests respiratoires) ou au travers de la vérification des biens personnels (par exemple au moyen d'un contrôle régulier de la chambre). Les infractions seront sanctionnées (le catalogue de sanctions fait partie du protocole).

Notre concept est basé sur le principe de normalité adapté (selon la règle Böhm 2001), qui est notre modèle pour la gestion du quotidien. Ce cadre comprend les activités réalisées par les résidents basées sur leurs vécus, leurs compétences, ou au travers d'un apprentissage en continu. Cela leur apporte d'enrichissantes possibilités de développement. Les activités menées peuvent être des tâches ménagères ou des activités professionnelles, de loisir, culturelles, sportives, etc... Le «principe de normalité» s'applique au niveau physique, psychologique, social, culturel et également spirituel. Cette normalité guide le développement individuel au quotidien, en incluant la mise en œuvre de l'autonomie et des ressources de la personne.

Notre institution ne comporte pas d'unités spécialisées, nos espaces de vie sont mixtes et partagés. Nous offrons également uniquement des formes d'habitat intégré; cela signifie que nous mélangeons les résidents avec des restrictions différentes dans un même foyer en groupe. Nous considérons que cet habitat partagé est bénéfique aux résidents au quotidien. Nous utilisons comme critère de placement dans le foyer en groupe le fait de garantir les ressources suffisantes en matière de soins infirmiers et d'assistance en satisfaisant toutes les exigences de sécurité.

Les équipes sont constituées de professionnels de différentes spécialités dans le domaine de la santé et de l'assistance aux soins, tels que des thérapeutes d'activation, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des travailleurs sociaux et des éducateurs spécialisés.

Notre travail est basé sur l'appréhension de l'autonomie et la conviction que l'homme peut se développer toute sa vie durant.

¹ Le centre a plus de 100 ans d'histoire, il porte depuis 2013 le nom Solina. Notre établissement appartient au groupe Solina qui gère également deux autres établissements de soins de longue durée dans la ville voisine de Steffisburg.

Pour aller plus loin...

Nous vous invitons à vous rendre sur le site de Solina Spiez (suisse allemand):
<http://www.solina.ch/Home/Solina-Standorte/Solina-Spiez>

Directeur de publication :
Christian LAVAL

Assistante de rédaction :
Natacha CARBONEL

Comité de lecture :

- Nicolas CHAMBON,
sociologue, responsable de la recherche,
Orspere-Samdarra (Lyon)

- Gwen LE GOFF, directrice adjointe
Orspere-Samdarra (Lyon)

Comité de rédaction :

- Guy ARDIET,
psychiatre (St-Cyr-au-Mont-d'Or)

- Marianne AUFFRET,
vice-présidente de l'association « Élus,
Santé Publique et Territoires » (Paris)

- Arnaud BÉAL, psychologue social,
GRePS (Univ. Lyon 2)

- François CHOBEAUX, responsable
des secteurs social et jeunesse
des CEMEA, sociologue (Paris)

- Bernard ELGHOUZI, médecin, président
de Créteil Solidarités (Créteil)

- Pascale ESTECAHANDY,
médecin, DIHAL (Paris)

- Benoît EYRAUD, sociologue
(Univ. Lyon 2)

- Jean FURTOS, psychiatre (Lyon)

- Sandra GUIGUENO, psychiatre (Rouen)

- Antoine LAZARUS,
président de l'OIP et professeur
de santé publique (Univ. Paris XIII)

- Édouard LEAUNE, psychiatre (Lyon)

- Philippe LE FERRAND, psychiatre (Rennes)

- Jean-Michel LE MARCHAND,
psychiatre (EPSM des Flandres, Bailleul)

- Jean-Pierre MARTIN,
psychiatre (CH Sainte-Anne, Paris)

- Alain MERCUEL,
psychiatre (CH Sainte-Anne, Paris)

- Éric MESSENS,
directeur de la LBFSM (Bruxelles)

- Pierre MORCELLET,
psychiatre (Marseille)

- Marie-Noëlle PETIT,
Chef du pôle Avignon Nord
(CH de Montfavet, Avignon)

- Olivier QUEROUIL, ex-conseiller
technique fonds CMU (Paris)

- Bertrand RAVON, professeur
de sociologie (Univ. Lyon 2)

- Pauline RHENTER,
politologue (Marseille)

- Étienne RIGAL, magistrat (Lyon)

- Aurélie TINLAND, médecin de santé
publique et psychiatre (Marseille)

- Nadia TOUHAMI,
aumônier des hôpitaux (Marseille)

- Nicolas VELUT, psychiatre (Toulouse)

- Benjamin WEIL, psychiatre (Lille)

- Halima ZEROUG-VIAL, psychiatre,
directrice Orspere-Samdarra (Lyon)

Contact rédaction :

Orspere-Samdarra
CH Le Vinatier
95 bvd Pinel
69678 BRON CEDEX
Tel : 04 37 91 53 90
orspere-samdarra@ch-le-vinatier.fr
Création & réalisation : Médiacité

Dépôt légal : 2302
ISSN : 1622 2032
N° CPPAP : 0910B05589
Tirage : 8500 exemplaires

Artiste du numéro : CENTLAD, collage

Faut-il y voir comme un signe... C'est bien un vendredi 13 que la ville de Bordeaux a vu naître CENTLAD. C'est au milieu des années 80 à l'âge de 15 ans que CENTLAD vit ses premiers pas d'artiste. Ses influences sont, à son image, diverses et variées : les cultures urbaines et l'Afrique sont un aperçu des facettes qui se retrouvent dans ses œuvres. Sa curiosité pour les Arts Plastiques, le Néo-impressionnisme new-yorkais, le travail de Jean-Michel Basquiat sont aussi des inspirations qui se ressentent sur ses toiles. Les personnes qui aiment son travail sont très différentes, mais l'état d'esprit de l'artiste pendant la conception de ses œuvres est toujours le même.

Quelle que soit la commande, il y a la touche CENTLAD qui rappelle la richesse des différences. CENTLAD, plus qu'une artiste, se donne à voir comme un mode de vie basé sur les mélanges de Culture, du Respect des uns et des autres et sur l'ouverture d'esprit. Depuis 2011, CENTLAD partage son quotidien entre sa passion du collage à travers des expositions, principalement à Bordeaux et Paris, des marchés de créateurs, des ventes privées et les différents soins de confort et de soutien apportés à sa dernière fille, jeune adolescente atteinte d'une maladie génétique décelée en juillet 2011.

➤ wcentlad2@gmail.com

➤ www.centlad.com

➤ www.facebook.com/CENTLAD/

Agenda

- « **Consommations et prohibitions de drogues : approche transversale** », conférences organisées par ASUD et l'EHESS autour des consommations et prohibitions de drogues.

➤ Date et lieu : tous les deuxièmes jeudis du mois, de 17h à 20h, du 10 novembre 2016 au 8 juin 2017, à Paris.

➤ Programme et informations : <https://enseignements-2016.ehess.fr/2016/ue/1260/>

- Séminaire « **Santé mentale et habitat** », organisé par l'Orspere-Samdarra pour l'année 2017-2018.

Ce séminaire réunit des professionnels du logement, qui, dans leurs pratiques, se retrouvent confrontés à des problèmes de santé mentale et des intervenants en santé mentale, intéressés par les questionnements en lien avec le logement et l'habiter, ainsi que des chercheurs mobilisés sur ces thématiques. La thématique de l'année 2017 est la suivante : « Intervenir à domicile : enjeux professionnels, pratiques et éthiques ».

➤ Date et lieu : rencontres bimestrielles les lundi après-midis, au Centre hospitalier Le Vinatier, Bron.

➤ Inscriptions et renseignements : <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/recherche/seminaires-de-recherche/seminaire-habitat-et-sante-mentale-2017-2018-1514.html>

- « **37^e Festival Psy de Lorquin** », organisé par le Centre National de l'Audiovisuel en Santé Mentale (CNASM) et l'Association Festival Psy.

➤ Date et lieu : le 7 Juin 2017, à Lorquin (57).

➤ Inscriptions et renseignements : 03 87 23 14 79 / cnaasm@orange.fr

Depuis 1977 le festival psy de Lorquin se veut le fer de lance de l'actualité audiovisuelle dans le champ de la santé mentale en présentant les réalisations de l'année, tournées par des professionnels de l'image, des professionnels du soin, mais également des associations, des familles ou des usagers. Cette volonté de laisser la place à chacun de pouvoir s'exprimer, permet une liberté de ton, de format et de sujet qui fait l'originalité de ce festival depuis 40 ans.

Parution

- **Drogues et conduites addictives.** (2015). Inpes.

Coédité par l'Inpes et la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, cet ouvrage, promu auprès des professionnels, propose une information complète et accessible à un large public. Mieux connaître les substances, licites ou illicites, leurs effets et leurs dangers. Comprendre les comportements de consommation. Connaître la législation en vigueur. Mais surtout agir, aider, ou se faire aider. L'ouvrage de référence actualisé est désormais disponible sur internet : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1573>

- **Au temps du sans-abrisme - Enquêtes de terrain et problème public.** (2016). Coordonné par Pichon, Pascale, Girolla, Claudia et Jouve, Élodie. Publication de l'Université de Saint Étienne.

Dans ce livre collectif, le problème social et public posé par la question du sans-abrisme interpelle des chercheurs en sciences sociales mais aussi des artistes en France, au Québec, en Argentine et au Japon sur leurs œuvres, leurs méthodes d'enquête et sur la manière dont leurs travaux documentent de nouvelles politiques publiques d'urgence sociale et d'accès au «logement d'abord». Sur des terrains et des publics diversifiés, dans une optique à la fois sensible et pragmatique, cet ouvrage atypique donne à voir au lecteur des regards croisés qui ouvrent de nouvelles clefs de compréhension et d'action sur un problème actuel trop souvent perçu selon les représentations a priori que chacun s'en fait.

- **Thématique du prochain Cahiers de Rhizome n°63 :**

« **Cliniques et migrations** »