

d é p e n d a n c e s

Septembre 06 • no 29

1 Editorial

Comité de rédaction de dépendances

2 Les perspectives ouvertes par «psychoaktiv.ch»

François Van der Linde

6 Dix questions à Françoise Dubois-Arber, membre de la CFLD

Interview réalisée par Jean-Félix Savary

8 L'approche globale des dépendances vue de France

Baptiste Cohen, Alain Morel, Philippe Batel

14 Avantages d'une approche intégrée des dépendances dans le suivi des personnes

Cyrill Gerber

17 Quelles perspectives pour la prévention au niveau politique en Suisse?

Reto Wiesli

22 De la stratégie «drogues illégales» à la stratégie «dépendances»: une revue internationale

Frank Zobel, Sophie Arnaud,
Françoise Dubois-Arber

25 Histoire des régulations de l'usage de drogue et d'alcool

Alexandre Pollien

30 PS: RPT: les travaux commencent au niveau cantonal

Josée Martin

Le modèle du cube: nouveau paradigme d'une politique des addictions

Revue éditée par

Institut suisse de prévention de
l'alcoolisme et autres toxicomanies

sfa / ispa



Groupement romand d'études
sur l'alcoolisme et les toxicomanies

Editorial

Adresse des éditeurs

Institut suisse de prévention
de l'alcoolisme et
autres toxicomanies, ISPA,
Ruchonnet 14,
case postale 870,
1001 Lausanne

Groupe romand
d'études sur l'alcoolisme
et les toxicomanies, GREAT,
Pêcheurs 8, case postale 638,
1401 Yverdon-les-Bains

Rédaction

Rédacteurs:

Corine Kibora-Follonier, ISPA
Jean-Félix Savary, GREAT

Comité de rédaction:

Pierre-Yves Aubert
éducateur, Genève
Michel Graf
directeur de l'ISPA, Lausanne
Étienne Maffli
psychologue, Lausanne
Jean-Dominique Michel
socio-anthropologue, Genève
Gérald Progin,
responsable Espace Prévention,
Aigle
Louis-Pierre Roy
enseignant EESP, Lausanne

Administration et abonnements

ISPA, case postale 870,
1001 Lausanne,
tél. 021 321 2985,
fax 021 321 2940

Parution

3 fois par an

Abonnement

Frs. 45.- par an

Les articles signés n'engagent
que leur auteur

Les titres et sous-titres sont
de la rédaction

La reproduction des textes
est autorisée sous réserve
de la mention de leur provenance
et de l'envoi d'un justificatif
à la rédaction

Ligne graphique

Fabio Favini
Romanel-sur-Morges

ISSN 1422-3368

En mai 2005, La Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (CFLD) a rendu son rapport sur le futur d'une politique drogues, «psychoaktiv.ch». Elle y propose un nouveau modèle pour réfléchir aux produits psychotropes, plus intégré, plus nuancé, le modèle dit du «cube». Si ce concept n'est de fait que le développement logique du modèle des quatre piliers, son mérite est d'offrir un cadre pragmatique et systématique à la mise en œuvre de cette politique énoncée depuis de nombreuses années. Dans ce sens, il reprend les réflexions qui animent le réseau professionnel autour de cette question et les organise de manière cohérente, tout en évitant le piège des conclusions hâtives. Mais, ce qui a également changé, c'est la possibilité d'avoir un modèle légitime, proposé par une commission d'experts de plusieurs disciplines nommés directement par le Conseil fédéral. Il s'agit donc bien plus d'offrir une possibilité de ralliement autour d'une lecture et d'un outil communs, plutôt que d'une vision révolutionnaire de la politique en matière de substances. En ce sens, «psychoaktiv.ch» a su trouver une voie intéressante. Soutenu par l'administration, les experts et les associations professionnelles, le modèle du «cube» permet de recentrer le débat sur un terrain plus scientifique et pragmatique, moins favorable aux lobbies de

toutes tendances, mais certainement plus ambitieux en termes de prévention et de traitement. Ce cadre jette les premières bases d'une politique intégrée que nous appelons de nos vœux. Pour cela, les professionnels ont une responsabilité particulière dans sa promotion. Ce n'est que lorsqu'on se comprend que l'on peut vraiment pratiquer l'interdisciplinarité, construire une réflexion dialectique plutôt qu'un débat de positions stériles. Un discours et des outils communs nous y aident grandement.

Le comité de rédaction salue ce modèle car il favorise une vision globale de la problématique, débarrassée des a priori qui entachent la crédibilité des discours politiques. Il rejoint ainsi sur de très nombreux points les principes et les valeurs des deux organismes porteurs de «dépendances», l'ISPA et le GREAT. Ce modèle doit devenir rapidement une référence dominante pour qu'il puisse aider le monde politique à adopter une vision plus proche des réalités du terrain et des préoccupations du monde professionnel. Les récentes discussions sur l'imposition de la bière nous ont encore rappelé à quel point le travail politique doit être poursuivi, si nous voulons pouvoir traiter ces questions de manière cohérente dans ce pays. Le cube nous y aide. Sachons nous en servir!

Le comité de rédaction

François van
der Linde,
président de
la Commission
fédérale pour
les questions
liées aux
drogues, CFLD,
Berne

Cet article décrit les apports du modèle du cube, un modèle tri-dimensionnel qui permet, en plus des quatre piliers et des substances, de prendre en compte les modes de consommation, ouvrant la voie à une politique intégrée des dépendances. (réd.)

Les perspectives ouvertes par «psychoaktiv.ch»¹

Le 14 juin 2004, le Conseil national a décidé de ne pas entrer en matière sur la révision de la loi sur les stupéfiants. La raison principale tenait aux changements prévus concernant le cannabis: la consommation de produits du cannabis, de même que la culture et la possession de cannabis pour un usage personnel auraient en effet été dépénalisées. Cette décision du Conseil national a créé la surprise dans la mesure où le Conseil des Etats avait approuvé la révision en décembre 2001 déjà et souligné une nouvelle fois la nécessité de cette révision en mars 2004.

Un durcissement des fronts?

Dans un premier temps, on a expliqué la décision du Conseil national par la proximité des élections à venir. De nombreux politiciens - appartenant essentiellement au camp bourgeois - voulaient à l'évidence éviter de se brûler les doigts. De plus, on a l'impression que la relative ouverture de la population vis-à-vis des questions liées aux drogues constatée à la fin des années 1990 n'existe plus, même si l'on manque malheureusement de données

à ce propos. Cette ouverture était-elle conditionnée à l'époque par le poids des souffrances rendues visibles par les scènes ouvertes de la drogue apparues essentiellement dans les villes allemandes? En tout cas, les souvenirs de ce temps-là se sont maintenant effacés. Les informations portant sur la teneur de plus en plus élevée des produits du cannabis en substance active ont-elles suscité de nouvelles craintes? Nous n'en savons rien. Quoi qu'il en soit, le débat sur les drogues est redevenu plus émotionnel, ce qui fait obstacle à des solutions rationnelles. Cette évolution n'est objectivement pas justifiée. Il est vrai que les problèmes d'héroïne ont diminué un peu, mais ce n'est pas le cas des autres drogues, dont la consommation a simplement pris d'autres formes. La consommation de cocaïne est très répandue et notamment dans des milieux très éloignés des scènes de la drogue traditionnelles. Les drogues dites récréatives, dont on connaît encore très mal la dangerosité potentielle, circulent partout. Très souvent, la consommation de drogues ne s'accompagne pas véritablement du sentiment de faire quelque chose d'illégal. La politique actuelle de la Suisse en matière de drogue n'est pas en mesure de faire face à cette situation.

De la politique des drogues illégales à une politique des substances psychoactives

Les spécialistes qui s'occupent des divers aspects de la consommation de substances psychoactives sont largement d'accord entre eux pour considérer que la paralysie actuelle de la politique suisse de la drogue ne devrait pas persister trop longtemps. Ils bénéficient aussi du soutien de nombreuses personnalités politiques, qui ne constituent cependant pas encore une majorité. Une projection vers l'avenir ne permet pas de se faire une idée précise de l'évolution future de la consommation de drogues. On peut néanmoins partir de l'hypothèse assez probable que la consommation de substances psychoactives et la recherche des modifications de la conscience continueront à faire partie de la réalité sociale dans l'avenir. Dans le passé déjà, la manière dont elles se manifestent a changé constamment et des substances et des habitudes de consommation nouvelles vont encore faire leur apparition dans le futur. Avec ce que l'on nomme les "cognitive enhancers", de nouvelles substances psychoactives s'adressant à d'autres catégories de la population seront

en outre disponibles et rendront la distinction entre consommation légale et illégale de plus en plus inappropriée. Dans une telle situation, il semble pertinent de prendre un peu de hauteur par rapport à la consommation de cannabis et de chercher à savoir comment il conviendra de gérer à l'avenir la consommation de toutes les substances psychoactives dans notre société, y compris celles de l'alcool, du tabac et des médicaments psychoactifs.

Des voies nouvelles

La Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (CFLD), au titre d'organe consultatif pour le Conseil fédéral², a déposé un rapport dans lequel sont formulés les principes devant régir une future politique des dépendances³. Ce rapport ne propose pas de solutions applicables à court terme, mais une perspective à moyen et à long terme. L'idée de base est que, compte tenu du pluralisme culturel de la Suisse et de sa "société à options multiples"⁴, il n'est plus possible de parvenir à un consensus social concernant la "bonne" manière de gérer les substances psychoactives. Il n'existe donc aucune alternative à une politique des dépendances qui s'efforce de trouver des solutions pragmatiques en faisant abstraction de tout jugement moral. Le seul objectif est alors de trouver des manières de gérer les substances psychoactives qui, en prenant acte des raisons qui incitent aux diverses formes de consommation, visent à en réduire les effets négatifs tant pour l'individu que pour la société.

Le rapport de la CFLD contient une série de recommandations. Elles ont pour pivot central l'établissement de *lignes directrices d'une politique des dépendances* sur lesquelles s'appuierait la législation future et un nouveau modèle régissant l'organisation et l'évaluation continue de cette politique. Les *lignes directrices* devraient reposer sur les résultats de la recherche scientifique, les principes de protection de la santé, les réalités sociales en Suisse et la nécessaire cohérence des mesures étatiques. La CFLD recom-

mande notamment d'abandonner une politique axée exclusivement sur les drogues illégales. L'objectif doit être de définir une politique réaliste, cohérente, efficace et crédible portant sur l'ensemble des substances psychoactives. Sa réalisation nécessiterait la mise en place d'un marché réglementé, dans le cadre duquel l'Etat disposerait d'un large éventail de dispositions permettant de le réguler. Ces dispositions peuvent inclure des taxes d'incitation et s'étendent de l'interdiction de vente à la vente libre.

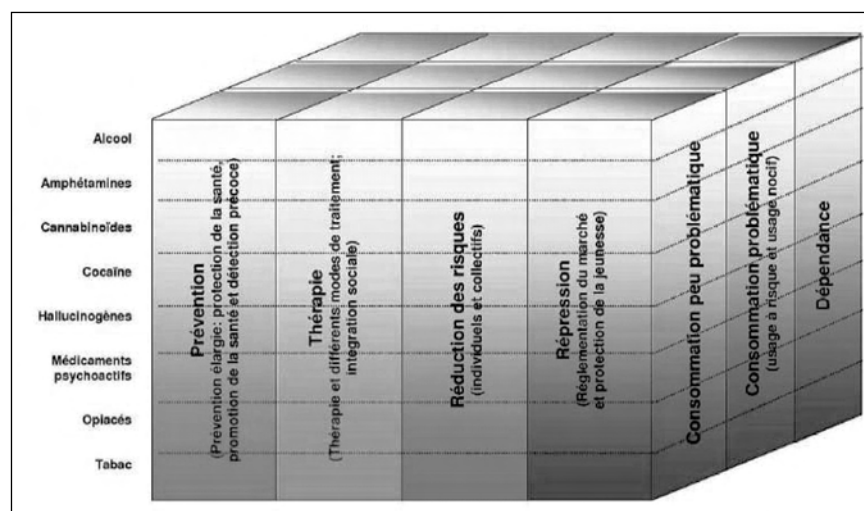
Le nouveau modèle de prévention des dépendances

Le *nouveau modèle* s'appuie sur le modèle des quatre piliers qui a fait ses preuves (prévention, traitement, réduction des risques et répression) pour s'enrichir de deux dimensions supplémentaires: le *type de substance consommée* et le *mode de consommation*. A la place des quatre piliers, on obtient ainsi un modèle tridimen-

tituent. Par exemple: dans le pilier "thérapie", on peut vérifier si, pour le groupe de substances "*cannabis*", des mesures portant sur le *mode de consommation* "*consommation problématique*" existent déjà ou doivent être planifiées.

Les quatre piliers, qui sont conservés, sont conçus de manière plus large que jusqu'à présent. Dans le nouveau modèle, ils sont décrits comme suit (voir figure):

- La *prévention* comprend l'ensemble des mesures de protection de la santé, de la promotion de la santé et de la détection précoce, un poids plus important étant accordé à cette dernière.
- La *thérapie* englobe non seulement les thérapies classiques visant l'abstinence, mais aussi toutes les options de traitement dont l'objectif premier est l'intégration sociale.
- La *réduction des risques* ne concerne pas seulement l'individu particu-



sionnel (voir figure ci-dessus). En ce qui concerne le type de substance consommée, les substances psychoactives telles que l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes viennent s'ajouter aux drogues illégales; s'agissant des modes de consommation, on en décrit globalement trois: la consommation peu problématique, la consommation problématique et la dépendance. Ce nouveau modèle permet de considérer et d'apprécier chacun des éléments partiels qui le cons-

lier et les conséquences de la consommation pour sa santé, mais inclut aussi la réduction sociale des risques. La responsabilité en matière de réduction des conséquences néfastes de la consommation de substances psychoactives est ainsi du ressort de toutes les politiques sectorielles.

- La *répression* enfin ne devrait plus être la tâche exclusive de la police et de la justice. Sur un marché réglementé tel qu'il est prévu à moyen

terme dans les recommandations, elle doit être assumée par tous les acteurs concernés. Elle devrait donc à l'avenir englober toutes les possibilités de contrôle du marché et privilégier la protection de la jeunesse.

La réorientation demandée de la politique peut à première vue paraître irréaliste. Dans le secteur des drogues aujourd'hui illégales, un modèle prévoyant un système réglementé contre-venant aux conventions internationales en vigueur. Par ailleurs, les nombreux intérêts économiques liés aux substances légales font qu'il semble encore impensable d'arriver à un point de vue commun sur l'alcool et le cannabis par

exemple. Il serait par conséquent contreproductif de faire appliquer les recommandations par la force; pour modifier la politique de la drogue, la société doit y être prête, ce qui risque de prendre beaucoup de temps. Les changements qui ont lieu en maints endroits, y compris en Suisse depuis peu, dans le domaine des produits du tabac montrent toutefois que de telles évolutions sont possibles. Dans l'immédiat, il s'agit pour la politique suisse de réaliser ce qui est possible en matière de politique de la drogue et d'élaborer, en collaboration avec d'autres pays qui envisagent eux aussi de réorienter leur politique des dépendances, des stratégies communes.

Notes

1) Cet article est paru en allemand dans un bulletin interne des médecins cantonaux le 21 décembre 2005.

2) La CFLD est composée de spécialistes nommés ad personam et venant des domaines suivants: aide aux personnes dépendantes, éthique, justice, statistiques criminelles, médecine, économie, police, psychiatrie, service social/éducation spécialisée et sociologie. Voir composition actuelle sous www.admin.ch/ch/f/ko/index_297.html

3) Sur Internet, sous www.psychoaktiv.ch

4) "Multioptionsgesellschaft": notion utilisée par le sociologue Peter Gross; voir www.single-generation.de/schweiz/peter_gross.htm

Adresse mail de l'auteur:

info@psychoaktiv.ch

Publicité



Ne restez pas seul avec un problème d'alcool.



Ligue valaisanne
contre les toxicomanies



VILLA FLORA

Centre de traitement de l'alcoolisme - Sierre - Chemin des Cypres 4 - 3960 Muraz - 027 455 75 51

h e d s

Haute école de santé
Genève

HES

Formation continue dans le domaine de la santé

Cours postgrade prise en charge interdisciplinaire des plaies et cicatrisation

Formation destinée aux professionnel-le-s de la santé au bénéfice d'une formation de niveau HES ou ES qui sont intéressé-e-s à développer des compétences d'experts dans le domaine de la prise en charge interdisciplinaire de Plaies et Cicatrisation

La formation est construite autour des trois thématiques principales suivantes :

- A) Connaissances théoriques
6 crédits ECTS
- B) Pratiques de prise en charge interdisciplinaire
5 crédits ECTS
- C) Prévention, réseaux et recherche
2 crédits ECTS

Un travail de certification : 2 crédits ECTS

Renseignements
Unité des admissions

Haute Ecole de Santé
47, avenue de Champel
CH - 1206 Genève

Cours postgrade en santé mentale

Formation destinée aux professionnel-le-s de la santé et du social au bénéfice d'une formation de niveau HES ou ES qui sont intéressé-e-s à développer des compétences en santé mentale dans un contexte extra-hospitalier et dans une approche de santé ou d'action communautaire.

La formation est construite autour des trois thématiques principales suivantes :

- A) Apports théoriques sur la Santé mentale
5 crédits ECTS
- B) Pratique réflexive et réseaux ressources
5 crédits ECTS
- C) Veille, prévention et promotion
3 crédits ECTS

Un travail de certification : 2 crédits ECTS

T(+41) 22 388 56 00
F(+41) 22 346 21 41

www.hesge.ch
www.heds-ge.ch

Hes-So
Haute Ecole de Santé
et Université de Suisse occidentale

CARREFOUR PREVENTION®



sans fumée



Bourré de talent,
pas d'alcool.



**MAÎTRISE
STRESS**



Carrefour Prévention

Rue Henri-Christiné 5

CP 567 - CH-1211 GENEVE 4

carprev@iprolink.ch - www.prevention.ch

Heures d'ouverture de l'arcade

Lundi - jeudi 9h - 17h

Vendredi 9h - 13h

Tél. +41 22 321 00 11 - Fax +41 22 329 11 27

Les Mardis du CIPRET, de 12h30 à 14h : rendez-vous de parole et d'écoute sur la problématique tabagique.

Les Mercredis de 17h à 19h : permanence de l'ADiGe, animée par une diététicienne diplômée.

Les Jeudis de 17h à 19h : Espace Goût-Double, animé par RIEN NE VA PLUS sur la problématique du jeu.

(sauf vacances scolaires)

Françoise
Dubois-Arber,
Institut
universitaire
de médecine
sociale et
préventive,
IUMSP,
Lausanne

Dix questions à Françoise Dubois-Arber, membre de la CFLD

Comment s'est passée la réflexion au sein de la CFLD?

La réflexion s'est étendue sur plusieurs années avec une série de hearings d'experts sur des sujets divers en rapport avec la politique drogue, suivis et accompagnés d'une réflexion spécifique de la Commission lors de plusieurs workshops. Ces workshops ont donné lieu aux divers chapitres du rapport, qui émanent en général de membres de la Commission et qui ont été discutés en commission et endossés. Je ne pense pas qu'il y ait eu d'influence des politiques de pays étrangers et le cube est un aboutissement de la réflexion de la commission sur les trois dimensions retenues (type de substance, pilier, rapport à la substance).

Les disciplines ont-elles vraiment toutes pu s'exprimer sur un pied d'égalité?

Oui.

Qu'apporte la prise en compte des différents types de consommation? Qu'est ce qui vous fait placer cette distinction au même niveau que les produits et les piliers de la politique drogues?

Il ne s'agit pas vraiment de «niveau», c'est un axe supplémentaire de réflexion. D'une part, il existe une consommation non problématique reconnue pour certaines substances (par exemple l'alcool où la consommation en petite quantité est à moindre risque que la non-consommation);

d'autre part, la consommation problématique de certaines substances et la dépendance sont souvent des situations distinctes qui demandent des interventions distinctes (ce sont par ailleurs aussi souvent des diagnostics distincts au niveau individuel). Il a paru important à la commission que, pour chaque substance, on réfléchisse à ces différents rapports de l'individu (ou de groupes de personnes) à la substance et que l'on définisse s'il existe ces trois types de consommation et si des interventions spécifiques ou des recherches particulières sont indiquées.

Le cube intègre les substances, mais pas les comportements addictifs, comme le jeu pathologique par exemple. Pourquoi ne pas faire le pas?

Il y avait une certaine logique à se centrer sur les substances psychoactives. Il est par ailleurs tout à fait possible de faire le même type de réflexion avec le jeu ou d'autres conduites potentiellement addictives.

Peut-on vraiment mettre au centre de la réglementation, comme vous le proposez, la «dangerosité» des substances? Que faire des aspects socio-culturels?

C'est effectivement une proposition faite à la société de décider que ce que l'on appelle le poids de la maladie («burden of disease» en anglais), c'est-à-dire la morbidité ou la mortalité

liée à la consommation des substances, soit ce qui guide les décisions en matière de réglementation. Actuellement, ce sont plutôt des aspects socio-culturels qui prévalent, par exemple la relative acceptation sociale de l'abus d'alcool, ou la tolérance sociale face à la publicité pour les cigarettes ou les boissons alcoolisées. Ceci dit, l'idée n'est pas d'aller vers une société sans consommation de substances psychoactives, cela n'a jamais existé, mais d'avoir un regard critique et une approche plus équilibrée face à ces consommations.

Le tabac est une substance à part et de nombreux professionnels mettent volontiers en avant la nécessité de poursuivre une réflexion parallèle (et disjointe) à une politique intégrée des dépendances. Qu'en pensez-vous?

La commission a justement estimé que, la nicotine étant une substance psychoactive à fort potentiel addictif et liée à une morbidité et mortalité importantes, elle devait être traitée comme telle, avec les autres. Le cube propose une réflexion qui englobe toutes les substances psychoactives en permettant des comparaisons et une meilleure cohérence dans les politiques menées. Une telle réflexion n'implique pas que les réponses politiques et sociales à telle ou telle substance soient identiques mais que, le cas échéant, des différences soient mieux explicitées et puissent être discutées.

Vous posez la question de la «transposabilité» des savoirs d'une substance à l'autre. Comment pourrait-on, grâce à ce transfert, mieux apprendre/construire une politique de régulation du marché des substances psychoactives?

L'idée du cube n'est pas de transposer automatiquement les savoirs mais de partager les savoirs et de confronter les expériences dans le but d'améliorer la cohérence des politiques. Si il y a transposition, elle doit être réfléchie, négociée, discutée.

Quelle place la spécificité des produits garde-t-elle dans le nouveau modèle du cube? Que répondre à ceux qui vous accusent de vouloir trop vite mêler les problèmes?

Le fait même que les substances soient une dimension du modèle implique

que la réflexion soit différenciée, comparative. Qu'il puisse y avoir des convergences par la suite ne serait que la suite de ces réflexions.

Vous recommandez des programmes «obligatoires» de prévention et de dépistage, notamment à l'école. Cette notion d'obligation de dépistage ne peut-elle pas conduire à des dérives?

Il y a effectivement un problème avec cette phrase à l'emporte-pièce: ce que nous souhaitons, c'est que les programmes de prévention/promotion de la santé se généralisent et que le dépistage des problèmes s'améliore pour permettre des prises en charge précoces. Nous entendons bien par là la reconnaissance de problèmes (scolaires, sociaux, de consommation problématique) par les professionnels mais pas

du tout le dépistage de substances (par exemple par des contrôles d'urine) ou autre dépistage intrusif ou systématique.

Que compte faire la CFLD suite à ce rapport? Quel est le sentiment qui prédomine après sa publication?

La CFLD souhaite stimuler le débat à ce sujet. Une première occasion de le faire a été la «SommerAkademie Sucht» du mois d'août qui a réuni des professionnels de tous les champs des dépendances. Pour l'instant, la réception du rapport est assez favorable, même si il y a eu peu d'échos médiatiques, affaire à suivre.

Adresse mail de l'auteure:

Francoise.DuboisArber@chuv.ch

Retrouvez «dépendances» sur les sites des deux éditeurs: en plus des numéros parus, des articles supplémentaires et autres ressources en lien avec le thème traité, et bientôt la possibilité de publier en ligne vos commentaires et points de vue.

www.great-aria.ch
www.sfa-ispas.ch

Baptiste Cohen,
psychologue,
directeur de
Drogues Info
Service
Alain Morel,
psychiatre,
Secrétaire
Général de la
Fédération
française
d'addictologie
Philippe Batel,
médecin alcoo-
logue, chef du
service d'alcoo-
logie à l'hôpital
Beaujon,
Paris

L'approche globale des dépendances vue de France

Réalisée lors d'une conférence télépho-
nique, cette interview de trois experts
français fortement impliqués dans la
mise en œuvre des politiques de préven-
tion et de soin analyse les raisons de
fond qui confirment l'intérêt d'une ap-
proche globale des consommations à
risque de dépendance. Cette approche
globale, dite addictologique, fait écho
aux propositions contenues dans le rap-
port de la CFLD. Mais tous les trois poin-
tent aussi les écueils possibles de l'utili-
sation mal contrôlée du concept
d'addictologie, qui s'est toutefois imposé
en France malgré les hésitations des po-
litiques publiques. (réd.)

Corine Kibora: Le rapport psycho-
aktiv.ch propose dans sa 10e recom-
mandation de regrouper les com-
missions drogues, alcool, tabac en
une seule commission faïtière, et en
ce sens rejoint la politique de la
MILDT qui depuis 1999 propose une
approche globale de l'ensemble des
consommations à risque de dépen-
dance. Qu'est-ce qui a favorisé cet-
te évolution?

Alain Morel: A la lecture de ce rap-
port, j'ai été frappé par sa cohérence
avec ce qui a été entamé en France,
dans l'analyse des raisons de la néces-
sité d'aborder l'ensemble des condui-
tes de consommation quel que soit le
type de substance, et notamment avec
l'analyse de la société telle qu'elle évo-
lue en profondeur. A mon avis, ce n'est

pas seulement un rapprochement de
dispositifs ou de professionnels ni seu-
lement les conséquences de décou-
vertes neurobiologiques qui nous
amènent à réfléchir ensemble. C'est
aussi parce que dans la société il y a
des mouvements qui poussent forte-
ment l'individu à devoir se débrouiller
avec un certain nombre de techniques
pharmacologiques et à trouver les
moyens d'en réguler la bonne utiliza-
tion. La psychopharmacologie, depuis
50 ans, ne cesse d'en introduire de
nouvelles. Le problème n'est plus tel-
lement l'alcool, l'opium, etc, ce sont
plutôt des milliers de molécules qui se
renouvellent sans cesse, qui sont tou-
jours plus puissantes, qui sont utiles
pour une part mais qui comportent
aussi certains risques. Ce double mou-
vement est très bien analysé dans le

texte: un mouvement sociétal fort qui
donne à l'individu une place et une
responsabilité sur lui-même croissan-
te, et le développement d'outils phar-
macologiques à côté, quel que soit
leur statut légal d'ailleurs, qui sont
disponibles pour toute une série d'a-
méliorations du quotidien. Avec les
questions qui se posent à chacun: jus-
qu'où, combien de fois, est-ce que
j'en prends, est-ce que j'arrête, com-
bien de temps?, etc. Ce sont des ques-
tions auxquelles on était beaucoup
moins confrontés il y a quelques dé-
cennies. Ensuite, il y a aussi des di-
mensions très évidentes pour tous les
praticiens: des usagers qui n'utilisent
qu'une substance et tout le temps,
c'est non seulement pas la règle mais
plutôt l'exception, ça n'existe plus. Les
barrières légales ne jouent plus un
grand rôle, même s'il existe encore des
dimensions identificatoires rattachées
à telle pratique plutôt qu'à telle au-
tre (quelqu'un qui reste adepte de l'al-
cool a une certaine identité que n'a
pas celui qui va se shooter ou fumer
du crack dans la rue par exemple).
Mais ce sont des frontières extrême-
ment ténues et très mouvantes qui ne
définissent plus des catégories aussi
fermées que ce qu'on a cru aupara-
vant.

Philippe Batel: Une raison c'est le sens
de l'histoire, pratique et pragmatique.
La scission, en particulier des disposi-
tifs de soins, n'a aucun sens. Sur le
plan clinique d'abord, Alain Morel l'a
dit, car les patients sont des polydé-
pendants, et parce qu'une approche
ciblée sur les produits est une double
erreur: d'abord en raison du clivage
entre produits licites versus produits
illicites qui a mené à surévaluer le
risque des produits illicites avec un
raisonnement théorique qui s'est avé-
ré faux (si le produit est illicite, c'est

qu'il est dangereux et ceux qui sont licites ne le sont pas), et ensuite parce que si on aide un alcoolodépendant à arrêter de boire et qu'on ne s'occupe pas de sa consommation de tabac, il mourra de son tabagisme et pas de son alcoolodépendance. C'est une évidence qui s'impose à nous. De manière plus pratique encore, il n'y a pas de pays au monde qui soit capable de mettre en place des réseaux de soins spécifiques non seulement aux produits mais aux types de comportements: il y a une nécessité de concentration des moyens pas simplement économique mais pour augmenter leur performance : quand on va utiliser des techniques particulières, (par exemple cognitivo-comportementale), on peut les utiliser pour la cocaïne, l'alcool, le tabac, l'héroïne, dans certaines pratiques addictives sans produits et il est assez rare et difficile que des petites structures aient les moyens d'engager une psychologue très pointue sur ce sujet. Il est beaucoup plus normal qu'il y ait une concentration des moyens et que les structures aient différentes approches.

CK: Est-ce que la concentration des moyens ne risque pas pour l'Etat d'être un prétexte pour diminuer les ressources pour les dispositifs en place?

AM: Oui, c'est ce qu'on a pu craindre initialement en France mais ça ne s'est pas vraiment vérifié. Le problème c'est plutôt qu'il y a une nécessité de rééquilibrer, en ce sens que l'histoire, aussi pour des raisons politiques, a mis en exergue tel ou tel phénomène de consommation plutôt qu'un autre. Cela a été le cas, à une période, pour les consommations de substances illicites qui ont suscité une grande effervescence dans la population et dans les médias, et les politiques ont répondu en développant des structures spécialisées, mais en laissant en grande partie à l'abandon des questions comme celle de l'alcool ou encore plus celle du tabac. Il existe donc des nécessités de rééquilibrage des politiques en fonction des données épidémiologiques et des besoins: il y

a évidemment beaucoup plus de problèmes d'alcool dans notre société que de problèmes liés à l'héroïne par exemple. Cela étant, c'est aussi une synergie qui se dégage à plusieurs niveaux: les intervenants qui ont travaillé depuis toujours avec des personnes qui consomment des substances légales ont accumulé une expérience que n'ont pas ceux qui ont travaillé avec les substances illégales et inversement. Le fait de pouvoir partager ces savoirs, de rentrer en contact avec des populations très différentes à une période donnée permet des échanges extrêmement utiles. À présent, les dispositifs devraient pouvoir s'ouvrir à des patients nécessitant telle ou telle prise en charge à un moment donné de leur trajectoire, sans que les filières de soins soient basées seulement sur le type de produit consommé. Ce qui n'est pas encore le cas en France: les structures de soins restent, parfois totalement, parfois partiellement, fermées à des publics qui sont réputés ne pas correspondre au projet initial de l'institution pour des raisons qui sont, de mon point de vue, totalement dépassées aujourd'hui.

Baptiste Cohen: Effectivement, l'élargissement «addictologique» des politiques publiques, depuis 1999, a fait considérablement évoluer tout un ensemble de réflexions, de partenariats et d'actions. Et il a fait sortir la communauté de spécialistes et la société de l'aveuglement consistant à ne voir aucun lien entre des comportements pourtant si proches. Cependant, l'approche globale du «risque d'addiction» ne doit pas sous-estimer les risques spécifiques aux différentes consommations. Car si le produit n'est pas le seul déterminant des dangers, ses effets et son génie biologique propre peuvent être très spécifiques. De plus, il y a une sociologie des comportements de consommation qui détermine, pour une part, leur environnement. Or, cet environnement peut être très différent selon les produits. C'est pour cette raison, par exemple, qu'il reste pertinent de s'intéresser particulièrement aux consommations de cannabis, même si elles sont indisso-

ciables de celles de tabac et d'alcool. A cela il faut ajouter que l'addictologie comporte aussi un risque de surmédicalisation de la réponse sociale à la question des drogues, licites ou non. La dépendance n'est pas le seul risque; il y aussi des risques comportementaux, cognitifs, relationnels, sans parler des facteurs de risque que constituent un certain nombre de problèmes sociaux. Sur ce point, par exemple, les psychologues, notamment de l'adolescence, ne veulent pas réduire la problématique des drogues, du plaisir, des risques, de l'ennui, des conflits intra-familiaux, etc. à une science des dépendances.

CK: Je pense aux avancées dans le domaine de la neurobiologie, la recherche d'un vaccin contre la cocaïne. Il y a effectivement le danger d'une médicalisation à outrance.

AM: C'est l'enjeu futur dont on ne doit pas avoir peur. C'est une nécessité car la recherche médicale, en particulier en neurobiologie, est en train d'apporter toute une série d'éléments nouveaux et importants sur lesquels des pratiques vont se développer, notamment pharmacologiques, qu'on le veuille ou non. L'important c'est de savoir comment cela va s'inscrire dans quelque chose de plus large, parce que depuis quelques décennies, de par le monde, les personnes sérieuses qui travaillent dans ce champ savent que c'est un problème qui s'articule en trois dimensions: un sujet, le produit, l'environnement. C'est un modèle médico-psycho-social qu'il ne faudrait pas perdre. Cela dit, la puissance de la science dans notre société est telle qu'il faut s'attendre à ce que ce soit difficile de réinjecter ces connaissances dans un modèle intégratif et global qui permette aux dimensions sociales ou psychosociales des problèmes d'addiction, qui sont essentielles, de ne pas être minimisées et de continuer à servir d'appui à un certain nombre de pratiques.

PB: La question du progrès scientifié ne peut pas être complètement opposé à la prise en charge plus globale, car el-

le permet parfois cette prise en charge: par exemple, les traitements de substitution représentent un progrès important parce qu'on a permis à des équipes d'avoir des moyens de faire un autre travail ô combien plus important que de bloquer des récepteurs.

BC: L'addictologie s'intéresse aux dépendances, mais elle s'intéresse aussi au plaisir, aux dangers, à la vie sociale et à son organisation et à ses évolutions. Elle représente donc un point de vue indispensable sur l'ensemble des consommations de produits psychoactifs. Mais l'addictologie n'est pas uniquement le soin aux personnes toxicodépendantes. Elle a aussi pour objet la prévention, l'entrée en consommation, les consommations adolescentes. Dans ces situations, il y a beaucoup d'autres éléments de fragilité que ceux générés par les produits addictifs. Si l'addictologie devient une nouvelle spécialité médicale, on devra adresser les jeunes fumeurs chez ces nouveaux spécialistes, les addictologues, pour leur consommation de cannabis, alors qu'ils ont surtout besoin d'un bon généraliste qui prenne en compte aussi bien leur environnement familial, leur vie sentimentale, relationnelle et amoureuse, leur intégration scolaire, leurs passions comme leurs ennuis, leurs projets comme leurs manques de projets.

CK: Qu'est-ce que ça a changé au niveau des représentations de dire «l'alcool est une drogue»?

PB: Difficile de faire un constat global. Il y a des résistances, même au plus haut niveau, on a quand même eu un ministre de la santé il y a à peine trois ans qui a dit dans sa première apparition publique qu'on avait vraiment exagéré en disant que l'alcool est une drogue. Il suffit d'ouvrir un dictionnaire pour voir la définition d'une drogue: c'est un produit psychoactif dont on peut devenir dépendant. Si l'alcool n'est pas une drogue, il faut que je change de définition ou de métier. La question c'est est-ce une drogue dont tout le monde devient dépendant? Evidemment non, c'est toute la subti-

lité mais aussi la difficulté du métier d'alcoologue. Je crois que ça a permis de mettre de l'air dans les représentations qu'on avait de l'alcool. Et, finalement, le concept de maladie addictive a permis aux alcoolodépendants de se représenter autre chose. Cela imposait aux alcoologues de s'intéresser à autre chose que seulement la consommation d'alcool qui ne résume pas le devenir du patient ni le traitement qu'on peut lui proposer. Ensuite, ça a permis un rééquilibrage aussi dans un premier temps du budget ou des moyens attribués à l'alcoologie. Je trouve qu'on y a énormément gagné.

AM: Ne penses-tu pas aussi que ça a participé à une débanalisation de l'alcool, ce qui était quand même l'enjeu le plus compliqué pour les alcoologues dans les années 60-70. Il faut se rappeler que pour pouvoir parler du risque alcool on a dû, à l'époque, créer des centres d'hygiène alimentaire! On ne pouvait pas parler d'alcool que sous couvert d'alimentation pour faire de la prévention. Depuis, on a avancé et l'addictologie y contribue largement, y compris en sens inverse: on s'aperçoit que la notion d'interdit n'est pas forcément centrale dans un comportement de consommation, que ce n'est pas là-dessus que la prise de risque d'un adolescent va pouvoir être comprise par exemple, alors qu'on a beaucoup dit dans la conception clinique du toxicomane des années 70-80 que c'était la notion de transgression et d'ordalie qui était fondatrice. S'apercevoir qu'avec l'alcool, qui est légal, il se passe des choses assez similaires malgré tout et qui n'ont pas forcément de rapport avec la transgression de la loi sociale mais plus avec des questions vis-à-vis de soi-même, de mise en danger de soi mais aussi de recherche d'autres façons de voir le monde, tout ça a contribué sur le plan clinique à ce qu'on approfondisse sur des voies un peu plus fécondes, et que l'on sorte d'un certain nombre d'impasses.

CK: Je pense que ça explique aussi certaines résistances, car ce concept de transgression de l'interdit a fon-



Il faut aussi une nouvelle réflexion sur les légis-

de plusieurs approches thérapeutiques dans le domaine de la toxicomanie et il faut un certain temps pour dépasser cette conception.

PB: Oui, c'est très intéressant, car en alcoologie, nous avons pu bénéficier du travail qui avait été fait notamment par le concept de réduction des risques avec les drogues illicites. Jamais on n'aurait pu le faire si on n'était pas rentré par le truchement de l'addictologie.

BC: C'est aussi grâce à l'alcoologie qu'on parle aujourd'hui de «gestion» de consommation en matière de cannabis, notamment en distinguant les consommations selon leur proximité avec le risque. Par exemple, traiter du risque spécifique de la consommation de celui qui conduit sous-entend une échelle de risque où celui qui ne conduit pas ne se situe pas au même niveau de risque. Avec l'alcool, il est largement admis qu'il faut (et que l'on peut) distinguer une consommation modérée d'une consommation excessive. Cette approche vient aujourd-

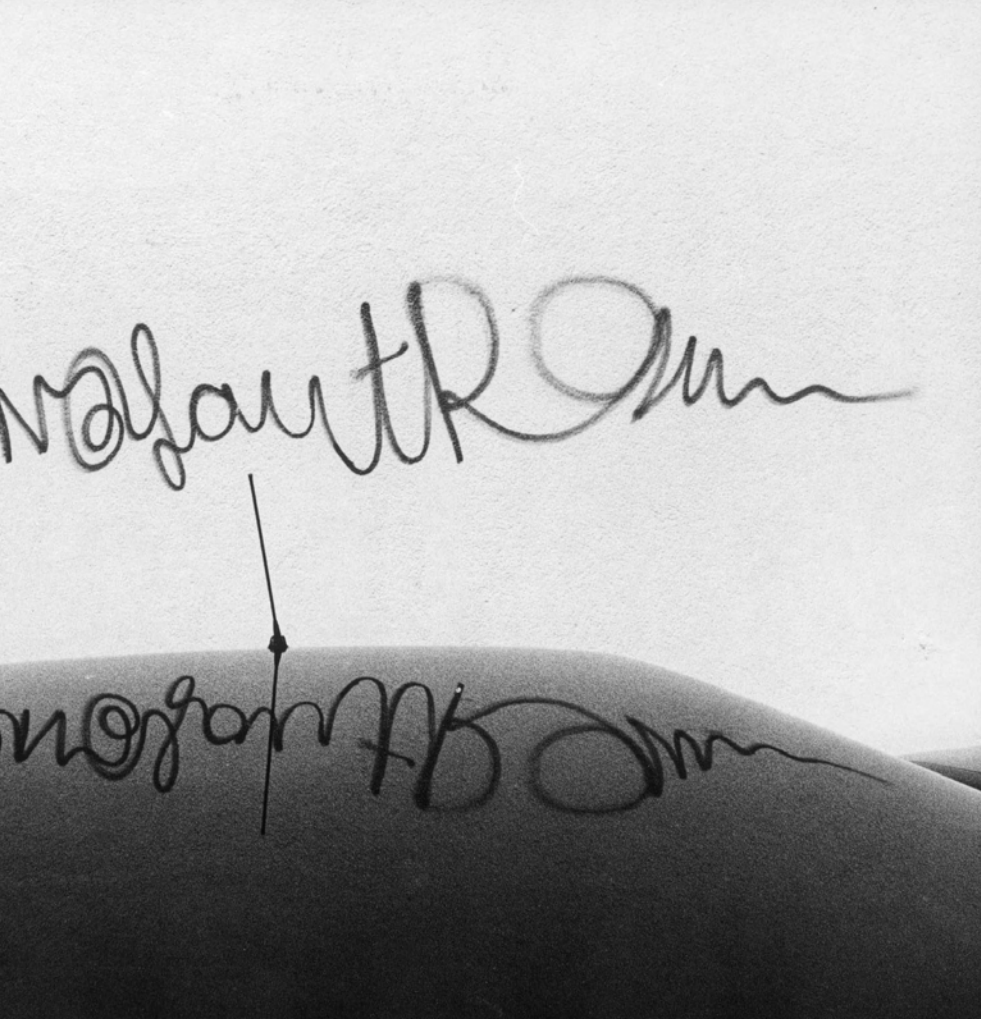


Photo Interfoto

ations

d'hui appuyer une nouvelle pédagogie de la prévention des risques liés à l'usage de cannabis.

AM: Lors de nos premières discussions avec des alcoologues, à la fin des années 90, on s'était aperçu qu'il y avait deux grands points de différenciation entre nous. D'abord, c'était la notion d'abstinence: elle était très centrale pour les alcoologues alors que nous étions de moins en moins accaparés par cette notion-là dans le champ des toxicomanies. Ensuite, il y avait la notion de groupe, et notamment de groupe d'entraide, très présente en alcoologie mais qui nous était totalement inconnue. Même s'il y a quelques groupes d'usagers et d'auto-support, ils n'ont ni la puissance ni la même fonction que ces grands mouvements d'entraide que connaît l'alcoologie. Ce sont des choses comme ça qui ont été perçues comme des différenciations.

Il faut rappeler que l'alcoologie et l'intervention en toxicomanie se sont créées en France sur des ruptures différentes¹. Il y avait de la stigmatisa-

tion des usagers dans les deux cas, mais de façon différente. Dans le sens où celui qui devient alcoolodépendant est perçu comme responsable d'un mauvais usage car l'alcool est un bien de consommation ordinaire, tandis que les «drogues» sont d'emblée mauvaises et les usagers en étaient quelque part victimes. Il a fallu, pour ce qui est de l'alcoologie, débanaliser, en tout cas faire de l'alcool un objet qui n'est pas anodin, qui n'est pas sans poser de problèmes dans ses conséquences au quotidien. C'est exactement l'inverse qui a dû être fait par rapport aux drogues illicites qui étaient un objet de diabolisation culturelle et qu'on s'est efforcé sinon de «banaliser», en tout cas de faire en sorte qu'elles ne soient pas vécues comme des substances totalement hors du monde et totalement différentes des autres. Maintenant, il semble qu'on ait pu se rencontrer dans ce mouvement inverse des institutions et des professionnels, et qu'effectivement de cette rencontre naissent pas mal de choses nouvelles: c'est pas seulement l'addition de nos différences, c'est

vraiment quelque chose de nouveau. Par exemple, une grande évolution qui émerge à mon avis, c'est l'éclatement de la notion de dépendance: la clinique de la dépendance est de moins en moins un monolithe, il y a des dépendances et, sur le plan thérapeutique, sans doute devons-nous inventer des réponses différentes selon le type de dépendance. Nous ne sommes vraisemblablement qu'au pas de porte de quelque chose qui va transformer fondamentalement nos manières de voir.

CK: Oui, certainement, je repense au cube, il y a des cases auxquelles on n'a jamais réfléchi: consommation peu problématique de tabac, ou d'héroïne, etc.

AM: Ce sont des choses qui sont difficiles à penser parce que pas politiquement correctes.

CK: Politiquement peu correctes, mais aussi législativement! Il est difficile de parler de consommation non problématique d'héroïne alors que c'est un produit interdit pour sa dangerosité!

AM: C'est pourquoi il faut également une nouvelle réflexion sur les législations, ce que fait d'ailleurs psychoactif, pour pouvoir réfléchir sur un socle commun de principes du droit sur lequel puissent être adaptées ensuite des réglementations en partie propres à chaque substance. Alors que la démarche suivie jusqu'ici a été de construire d'abord une législation prohibitrice vis-à-vis des substances réputées les plus dangereuses («les drogues»), puis de tenter ensuite de rééquilibrer au fur et à mesure de l'évolution de l'opinion publique sur les dangers des drogues d'un côté et des substances licites d'autre part. Le résultat c'est une grande incohérence. Je suis convaincu qu'on va être amené à remettre à plat la législation avec des principes communs pour l'ensemble des substances afin de donner une cohérence. Ce mot revient beaucoup dans ce rapport et il est effectivement essentiel. On a besoin de l'addictologie pour

reconstruire une conceptualisation, un mode d'intervention qui soit cohérent avec les réalités d'aujourd'hui.

BC: Evidemment, il faut avoir une approche complètement modernisée. Parce qu'on voit très bien qu'il y a des dépendances qui s'inscrivent dans la vie des jeunes bien plus tôt que les consommations de produits psychoactifs et que ces dépendances peuvent être extrêmement dangereuses pour leur liberté. On parle facilement aujourd'hui de la dépendance à Internet alors que ça fait des dizaines d'années qu'on observe le phénomène de la dépendance à la télévision, dont on ne parle quasiment plus. Au bout de 3 à 4 heures par jour, la télé peut capter

l'attention d'un gamin et le conduire absolument n'importe où. Moi je dis oui à l'addictologie, à condition qu'elle reste «écologique», c'est-à-dire centrée sur les rapports que l'individu entretient avec son environnement. Car quel que soit son environnement, l'individu a toujours un risque d'être sous l'emprise de quelque chose ou de quelqu'un; et c'est ce combat contre l'emprise qui est au centre de nos préoccupations, avant de savoir si c'est le génie biologique des produits qui est le premier risque de l'emprise.

AM: Tu as raison, mais c'est précisément l'enjeu. Pour écrire la définition d'addictologie qu'on a travaillée notamment pour le dictionnaire des drogues et des toxicomanies³, je me suis basé sur la définition de l'alcoolologie telle qu'elle a été formulée par Pierre Fouquet, qui disait justement que ce n'est pas une spécialité médicale ni un simple regard médical sur la consommation d'alcool mais un champ d'investigation multidisciplinaire sur des comportements de consommation. On peut l'étendre à l'ensemble des stimulations des sources de plaisir qu'on peut avoir dans la vie et qui peuvent devenir à un moment ou à un autre des comportements autoaliénants.

L'approche qui introduit la notion de plaisir, qui est un moteur commun de nos existences et de ces comportements qualifiés d'addictions, peut précisément éviter le pire que tu viens de décrire. C'est là la vraie bataille : que l'addictologie ne soit pas à un moment donné avalée subrepticement par la médecine pour en faire une spécialité médicale.

**Une approche
ciblée sur les
produits est une
double erreur:
elle a mené à
surévaluer le
risque des
produits illicites**

BC: Mais à la condition qu'on aborde également la question de la capacité de résistance des personnes, de ce qui construit la personne dans sa dignité, dans son humanité. L'addictologie est aussi une science éducative, une pédagogie de l'apprentissage à la résistance avant d'être une science médicale.

L'apprentissage de la liberté est un enjeu absolument majeur dans l'éducation et la prévention².

CK: Plus largement, je reviens aux mouvements de fond de la société où on a de plus en plus de différents produits à disposition pour gérer le quotidien, etc. C'est vrai qu'on est dans une société de consommation qui pousse à l'addiction, il est donc nécessaire d'utiliser le concept d'addictologie, de l'avoir comme option.

AM: Comme réflexion sur nous et notre temps. Je pense d'ailleurs qu'il y a de grandes proximités avec la question de l'obésité, un phénomène mondial qui commence à être abordé sous un angle de santé publique, avec aussi des abus du côté médical, qui va chercher le gène de l'obésité alors que tout le monde sait bien que c'est dans nos comportements alimentaires que se trouve l'essentiel des facteurs qui donnent une telle échelle au problème. Il y a là un ensemble de comportements qui confrontent les sociétés à des questions de mise en place de systèmes de régulation, de limitations, de freins et de repères pour savoir quand «c'est trop» et quand «c'est pas trop», etc.

CK: C'est une réflexion sur notre société, un questionnement sur ses valeurs.

AM: C'est pourquoi ça ne doit pas être uniquement une discipline médicale.

BC: Cet élargissement à l'ensemble des produits a permis à l'action publique de se tourner vers des consommateurs dont les problèmes et les besoins étaient peu ou mal connus des centres de soins spécialisés, que ce soit en alcoologie ou en toxicomanie; je veux notamment parler des jeunes consommateurs. C'est une petite révolution qui est en marche. A tel point que ce recentrage actuel sur les produits, le cannabis en particulier, propose enfin un dispositif centré sur les consommations des jeunes et plus seulement sur celles des adultes toxicomanes ou alcoolodépendants. Même si, au final, il reste à préciser ce que l'on pourra proposer à ces jeunes dont la consommation est juste en train de devenir problématique. Il n'est pas facile aujourd'hui de repérer les concepts les plus structurants d'une clinique de la consommation des jeunes. Parce que la dépendance, les consommations, les symptômes ne sont pas les mêmes que chez les adultes après des années de consommation. Et on voit combien l'élargissement addictologique, après avoir concerné l'ensemble des produits psychoactifs, doit concerner l'ensemble des âges de la vie. Je suis d'ailleurs convaincu qu'il faut une législation qui fasse la différence entre les âges (le tabac ou le cannabis à 13 ans ne posent pas les mêmes problèmes qu'à 50).

AM: Absolument, et on n'est pas suffisamment au clair aujourd'hui sur la question de la responsabilité individuelle selon l'âge. Ce n'est pas pareil dans cette société d'être majeur ou mineur. Et la consommation massive de toutes sortes de substances par des mineurs, souvent très jeunes, est traitée avec tant de légèreté! C'est totalement irresponsable, ce qui ne veut pas dire qu'il faut les harceler et créer un ordre moral pour les mineurs, mais

je pense qu'il y a vraiment une énorme question à traiter et qui n'est quasiment pas abordée.

BC: Et qui touche aussi la responsabilité des adultes vis-à-vis des jeunes. Rappelons, par exemple, que malgré tout ce que l'on sait du risque majeur que représente une consommation précoce de tabac, il est autorisé de donner du tabac à un mineur.

AM: Et encore fois, pour moi, l'approche addictologique ça a été une grande aide pour pouvoir penser librement: ce qui vient en premier, chez les adolescents, c'est très majoritairement la consommation de tabac, qui anticipe quasi systématiquement la consommation de cannabis, quand elle a lieu, de deux ans en moyenne. Ce n'est pas un retour vers la théorie de l'escalade, c'est une réflexion sur le fait que le licite entraîne vers l'illicite, que certains types de comportements ouvrent à d'autres, et qu'on aurait quand même intérêt à réfléchir à ça aussi et pas à simplement isoler le problème du tabac, le problème du cannabis, etc.

***CK:* Le climat politique a changé, on assiste à un retour à en arrière depuis quelques années en France. Qu'est-ce que ça augure, est-ce que malgré tout les acteurs de terrain**

pourront avancer dans toutes ces synergies qui se sont mises en place?

AM: Pour ma part, j'ai vécu 2002 comme un coup d'arrêt. Il y avait une volonté, comme à chaque fois, de montrer la différence avec la période précédente, donc on est parti dans un retour en arrière vers une approche produit qui était revendiquée à ce moment-là sous le ministère de Mattei, y compris par la MILDT actuelle et son président. Mais depuis 2004, je perçois que les choses reprennent leur route, tout doucement, parce qu'il y a une prise de conscience sur le fond, avec des professionnels qui sont assez unanimes sur cette approche-là et qui ont la volonté de poursuivre, alors les politiques sont obligés de suivre.

PB: Oui, c'est ce que j'appelle le sens de l'histoire, quel que soit ce que la politique peut dire et essayer d'imposer, il y a quelque chose qui est en route, et on ne peut pas revenir en arrière parce que c'est pertinent, tout le monde y trouve de l'intérêt. C'est quand même dramatique de revenir en arrière, parce que ça a été tellement difficile d'acquiescer cette vision, et d'aller faire sauter un après l'autre les verrous de la résistance! De voir qu'on met au plus haut niveau de

l'Etat la démarche inverse, et là, 6 mois avant la fin du quinquennat, le président de la république découvre que l'addictologie existe, et le raccroche au plan cancer... Tant mieux pour nous, au final ça fait un peu rire puisqu'on avait commencé le quinquennat en nous disant que tout ce qui avait été fait c'était des dangereux gauchistes banalisant les produits, le cannabis en particulier et maintenant on ouvre à nouveau la discussion.

AM: La suite on verra, parce que ça peut aussi être freiné de nouveau. On se retrouve dans un an.

Références

1. A ce sujet, lire «Fondements historiques et cliniques d'un rapprochement», à consulter sous: http://www.addictologie.org/textes/fondements_historiques.pdf
2. Baptiste Cohen, Repères pour une anthropologie de la prévention, 1er congrès international de prévention des assuétudes, Liège (B), mai 2006
3. Denis Richard, Jean-Louis Senon. Dictionnaire des drogues et des toxicomanies, Larousse, 2e édition, 2001.

Adresse mail des auteurs:

b.cohen@drogues-info.fr

a.morel@trait-union.org

philippe.batel@bjn.aphp.fr

Cyrill Gerber,
conseiller et
thérapeute,
Santé
Bernoise,
Bienne

Le nécessaire découplage entre les substances mis en avant par «psychoaktiv.ch» se reflète dans la prise en charge, où l'accent est mis sur les stades de consommation ainsi que sur les besoins et les ressources des personnes en demande d'aide. Réflexions d'un praticien. (réd.)

Avantages d'une approche intégrée des dépendances dans le suivi des personnes

Le rapport «psychoaktiv.ch» propose dans l'essentiel une politique cohérente et unifiée des drogues quelles qu'elles soient. Travaillant depuis onze ans dans un service de consultation ambulatoire dédié aux drogues légales, ainsi qu'aux comportements de dépendance non liés à une substance, je ne peux que soutenir cette orientation. En effet, les comportements de dépendance ont de plus en plus tendance à se mélanger, voire à se substituer les uns aux autres. Dans le canton de Berne, les services ambulatoires sont pour l'instant encore clairement séparés entre consommateurs de drogues illégales et consommateurs de produits licites. Il n'est pas rare par exemple de rencontrer des clients qui consomment à la fois de l'alcool, des cigarettes et des joints, ou alors d'anciens consommateurs d'héroïne qui ont développé une dépendance à l'alcool. La prise en charge et la manière de travailler avec ces personnes s'est unifiée, principalement à cause de la

démocratisation du cannabis ainsi que de la dépénalisation officielle de la consommation d'héroïne et de cocaïne. Sans parler des substances chimiques comme l'ecstasy ou les amphétamines, dont les consommateurs n'ont quasi pas affaire à la justice. Dans un autre registre, je constate que la consultation et la thérapie des personnes dépendantes s'adaptent de plus en plus aux besoins de l'individu et de ses proches, en opposition aux prises en charge du passé parfois musclées découlant d'une réaction de la société face à des phénomènes qui font peur: scènes ouvertes de la drogue, prise d'antabus sous contrainte, etc. Dans la foulée apparaissent de nouvelles méthodes de traitement qui tiennent plus compte des besoins, des capacités, des compétences et des objectifs du client, comme par exemple du programme de consommation contrôlée, et les méthodes thérapeutiques orientées sur les ressources (thérapie brève). Cette évolution me semble plus éthique que la dichotomie qui prône l'abstinence comme seul

moyen, même si je reste persuadé que l'abstinence est le chemin le plus simple pour se sortir d'une dépendance, quelle qu'elle soit.

D'une dépendance à l'autre...

Je regrette un peu que le rapport «psychoaktiv.ch» n'ait pas également inclus les comportements de dépendance non liée à une substance, comme par exemple le jeu excessif, les troubles alimentaires, la codépendance, les achats compulsifs, entre autres. Ces comportements sont en effet très semblables et se substituent souvent à la consommation de produits. Pour illustrer cette affirmation, je vais vous parler de Ludovic, un client suffisamment fictif pour qu'il ne puisse pas être reconnu, mais suffisamment proche de personnes que j'ai rencontrées dans la pratique.

Ludovic, la trentaine, s'est annoncé chez nous dans une grande phase de crise liée à son activité de jeu sur les machines à sous. Il était passablement endetté, son amie menaçait de le quitter, son entreprise chancelait. Dans un premier temps, avec les méthodes cognitivo-comportementales, il a pu éviter toute activité de jeu et par conséquent toute perte d'argent supplémentaire. Mais il n'était pas au bout de ses difficultés: pour se remettre à flot financièrement, il s'est investi à fond dans son entreprise, accumulant les heures de travail et ne se permettant plus aucun loisir, bref, il devenait «workaholic». Dans les entretiens que j'ai eus avec lui, j'avais déjà repéré sa propension à s'investir jusqu'à l'excès dans différentes activités et comportements: sport de pointe, cannabis à l'adolescence, hobby poussé à l'extrême et nécessitant un premier désendettement, problème de surpoids suivi d'un régime drastique proche de comportements anorexiques, sans oublier une période de consommation d'alcool qui lui a coûté un poste de travail.

Vous devez penser que j'exagère... malheureusement non. Des situations aussi évidentes de passage d'un comportement de dépendance à l'autre sont peu fréquentes, mais pas uniques.



Photo Interfoto

Aborder les activités menées avec passion peut donner des pistes

Cela fait quelques années que je demande plus systématiquement à mes clients de décrire les activités qu'ils ont pratiquées avec passion, en plus de l'anamnèse classique concernant la consommation de psychotropes, et je rencontre assez souvent des phases de vie dans l'histoire des personnes qui sont comparables à une dépendance. J'ai constaté en particulier une forte proportion de sportifs de pointe qui ont dû abandonner leur carrière pour des raisons médicales par exemple, et qui développent par la suite une dépendance. J'ai également pu observer qu'un nombre important de joueurs excessifs ont par le passé eu des phases d'alcoolisations massives ou de consommation de cannabis dès le matin, ainsi que des consommations régulières ou occasionnelles de cocaïne. À l'inverse, j'ai eu affaire dernièrement à quelques conducteurs ayant perdu leur permis pour conduite en état d'ébriété, qui m'ont informé de difficultés avec les jeux de hasard par le passé.

Ces constatations m'ont amené à adapter mes interventions surtout au niveau de la prévention des rechutes, mais également dans la recherche d'alternatives aux comportements ayant amené la personne à rechercher de l'aide.

Autre exemple pour illustrer ces changements; je vous présente Pina, fictive bien entendu. Pina est une femme approchant la quarantaine qui dans sa jeunesse a pris de l'héroïne. Suite à un programme de méthadone, elle a pu

se libérer complètement des drogues et construire une famille. Aujourd'hui, elle cherche de l'aide parce que la consommation d'alcool domine sa vie. Les deux derniers amis avec qui elle a vécu un certain temps étaient eux-mêmes confrontés à de grosses difficultés de consommation.

Et, en l'entendant décrire les liens qui l'unissaient avec ces deux hommes, il m'apparaît évident que ses attitudes de codépendance n'ont pas amélioré la situation, ni pour elle, ni pour ses compagnons. Elle-même a commencé à consommer massivement de l'alcool depuis qu'elle vit seule.

Après une première phase de travail cognitivo-comportemental, qui lui a permis de se libérer de l'alcool, il était important dans une deuxième phase de trouver des moyens d'éviter une rechute et de trouver des alternatives qui lui permettent de se retrouver elle-même, de se concentrer sur ses propres besoins et surtout de se permettre de ressentir et de vivre les émotions qu'elle a refoulées une bonne partie de sa vie. Cette deuxième phase n'a plus rien à voir avec la consommation d'alcool, ni avec les autres comportements de dépendance, mais représente cependant un élément central dans la thérapie.

Il est bien évident que seuls certains clients bien motivés sont prêts à ce travail profond sur eux-mêmes. D'autres n'en sont simplement pas capables, ne sont pas encore prêts, ou alors compensent d'une autre manière, si possible moins dommageable,

leur besoin de sécurité et de comportements habituels, qui servent souvent à lutter contre l'anxiété.

Ces deux exemples montrent bien que la problématique du développement d'une dépendance est rarement liée au comportement lui-même ou au produit, mais que la structure de personnalité, les compétences personnelles et sociales, les conséquences du développement dans l'enfance liées à d'éventuels traumatismes, les comorbidités influencent de manière prépondérante le développement d'une addiction, d'où l'importance du pilier «prévention». Cette prévention n'a aujourd'hui plus de sens si elle n'est pas appliquée dans un contexte de promotion de santé plus large. Pour le pilier «thérapie», il s'agit aujourd'hui de prendre en compte les risques de polytoxicomanies («de polycomportements»), au vu de l'accessibilité quasi illimitée de produits engendrant la dépendance, et par conséquent sortir de la dualité consommation-abstinence autant que de la dualité légal-illégal. Par ailleurs, les recherches balbutiantes dans le domaine neurologique montrent que le développement d'une dépendance est lié aux dysfonctionnements du système de récompense et de frustration dans le cerveau. Une étude a par exemple montré que le joueur excessif, piégé devant sa machine, se trouve dans un état très proche du cocaïnomane sans aucune prise d'un produit psychotrope quelconque. On sait également que la personne boulimique, suite à un vomissement, a un taux d'endorphines nettement augmenté.

Un autre constat, compris depuis longtemps par le milieu médical, montre qu'une personne dépendante à l'alcool diminue massivement sa consommation dès le moment où elle prend des médicaments psychotropes, ce qui permet souvent de stabiliser une situation sociale chaotique mais comporte aussi le risque d'une dépendance médicamenteuse avec nécessité d'augmenter les doses. Dans le domaine de cette drogue légale, la pratique dans ces cas-là est finalement bien proche de la stabilisation d'un héroïnomanie par la méthadone

ou la prescription d'héroïne. Des fumeurs invétérés ont également recours sous contrôle médical à un substitut chimique pendant un certain temps (Zyban).

En conséquence, le pilier «thérapie» doit aujourd'hui tenir compte des aspects médicaux (travail en réseau) comme le fait déjà le troisième pilier «réduction des risques».

Le pilier «répression» a déjà subi une profonde mutation et si vous demandez à un policier, il vous confirmera que ses interventions sur le terrain ne sont pas différentes entre «toxicos» et «alcoolos», s'agissant de troubles sur la voie publique. On assiste d'ailleurs au développement de nouvelles scènes ouvertes concernant des personnes dépendantes à l'alcool, qui représentent un défi pour les autorités.

La ville de Bienne a mis en place une tente spécifiquement pour ces personnes. Les juges des mineurs ont aujourd'hui moins de dénonciations pour consommation de cannabis à traiter, mais plus de situations de violence, et pourtant la consommation de ce produit illégal n'a certainement pas baissé chez les mineurs.

Même si le cube du rapport «psychoaktiv.ch» semble un peu compliqué de prime abord, il a le grand mérite de rendre compte de la complexité du phénomène de la dépendance. La différence légal-illégal n'a aujourd'hui plus de sens. Dans les quatre piliers, le produit joue certainement un rôle, mais les interventions de promotion de la santé, dans les services ambulatoires ou les institutions stationnaires, sur le terrain ou dans les palais de justice se sont largement égalisées.

L'importance de la prise en compte des stades de consommation

Une autre richesse de ce cube est de montrer que la dépendance est précédée d'une consommation plus ou moins problématique. La pratique montre que l'individu peut passer du léger au pire, mais qu'un retour en arrière est possible. Il se peut également qu'un produit soit consommé de manière dépendante, pendant que d'autres produits le sont sans excès, en attendant éventuellement de prendre le relais d'une dépendance qui aura été sevrée. Les intervenants en prévention l'ont compris depuis longtemps et tiennent un discours explicatif sur les produits, non moralisant pour une consommation modérée mais informant sur les risques

réels d'une consommation abusive dépendante. Ils insistent bien plus sur les facteurs de risque et les facteurs protecteurs dans leurs interventions, indépendamment du produit.

Le domaine de la thérapie, ambulatoire du moins, répond également à la nécessité pour le client de trouver un moyen de répondre à ses angoisses, à son besoin de lutter contre le stress ou la douleur en appliquant des méthodes novatrices comme la consommation contrôlée par exemple, qui se donne pour objectif de passer d'une consommation problématique à une consommation peu problématique, donc de «reculer d'un cran». Les institutions stationnaires ont également évolué dans le sens d'une ouverture aux substitutions (méthadone, médicaments) qui permettent une prise de produits psychotropes moins problématique.

Le domaine de la réduction des risques a probablement le mieux intégré les trois niveaux de consommation en permettant aux personnes clairement dépendantes dans le sens médical du terme de se réintégrer dans la société, d'améliorer les conditions d'hygiène et de vie et par conséquent de réduire massivement les conséquences néfastes de l'addiction.

Le domaine de la répression est peut-être le domaine où les stades de la dépendance ont le moins d'influence. En effet, vu l'abandon de la dénonciation systématique pour consommation, la justice ne s'occupe que peu de l'état de la personne, déléguant par exemple cet aspect aux experts. Elle s'est dotée depuis longtemps de la possibilité de réprimer en obligeant à un traitement les personnes dépendantes, donc de les pousser vers le deuxième pilier. Son rôle essentiel aujourd'hui est de s'occuper des corollaires de la consommation (violence, troubles de l'ordre public, trafic) sans tenir compte du degré de dépendance de l'individu.

Conclusion

En conclusion, j'ai tenté de donner mon regard de praticien rencontrant quotidiennement des individus dans la souffrance sur la nouvelle politique des substances psychoactives. Ces individus, membres à part entière de notre société, ont un droit à une prise en charge cohérente et éthiquement équivalente, qu'ils soient toxicomanes ou alcooliques. La réalité du terrain s'est déjà bien adaptée, et le modèle du cube clarifie à mon avis la complexité et la palette des interventions nécessaires pour aborder la question des drogues.

Adresse mail de l'auteur:

cyrill.geber@beges.ch

Reto Wiesli,
Bureau pour
une politique
de la santé,
Berne

L'importance des intérêts économiques, le débat entre interventionnisme de l'Etat et libéralisme, le poids du fédéralisme sont autant de facteurs qui limitent la marge de manœuvre des tenants d'une politique de prévention efficace. Analyse à travers l'exemple des politiques récentes en matière d'alcool et de tabac. (réd.)

Quelles perspectives pour la prévention au niveau politique en Suisse?



Photo Interfoto

Débat au Conseil national sur la loi sur l'imposition de la bière, le 21 juin 2006 à Berne: droite et gauche font le même constat alarmant, mais divergent fondamentalement sur les remèdes. La jeunesse a trop tendance à s'enivrer à la bière. Que faire? Alors que la gauche exige une imposition beaucoup plus forte et entend largement en faire bénéficier la prévention, la droite en appelle à la responsabilité notamment des parents et à l'application de l'interdiction de vendre de l'alcool aux jeunes. Une fiscalité forte risquerait de menacer des

emplois, de punir les consommateurs de bière, voire carrément de détruire la culture de la bière. En fin de compte, seule une explication générale a trouvé place dans le principe de la loi – servant davantage à apaiser la mauvaise conscience qu'à résoudre vraiment le problème.

Peu après, un peu plus loin sur la place fédérale, travaux de montage en prévision d'une manifestation de beachvolley. Des camions Feldschlösschen déchargent du matériel, la grande tente Carlsberg est déjà à moitié montée. La collaboration entre le dedans et le dehors fonctionne à merveille: les brasseries peuvent continuer leur travail.

Deux fronts intransigeants

Que constate-t-on en analysant les votes au Conseil national? Un tiers exactement des parlementaires bourgeois suivent le Conseil fédéral à majorité bourgeoise en se prononçant contre une baisse de la taxation de la bière. Les deux autres tiers veulent donc baisser cette taxation. Les augmentations proposées par les organisations en charge de la prévention n'ont pas rencontré le moindre soutien de la part des parlementaires bourgeois et, à deux exceptions près de chaque côté, les positions des deux camps politiques étaient verrouillées. Là où, sous l'ancienne législature, on

pouvait encore, moyennant un lobbying acharné, obtenir une augmentation des taxes et leur affectation à la prévention, de tels succès sont impossibles sous l'actuelle législation. Après leur échec électoral de 2003, les partis du centre ont restreint la liberté individuelle de vote; l'UDC contrôle son grand groupe d'une main de fer et contraint les dissidents à le quitter ou les élimine des listes électorales. La polarisation ne permet plus de construire avec les partis du centre des majorités en faveur de solutions raisonnables. De plus, les programmes d'économie 03 et 04 ont encore réduit la marge de manœuvre financière. Ainsi, les dépenses de l'OFSP dans le domaine de la prévention ont été diminuées de 22%, et le programme d'abandon de tâches de l'administration adopté par la Confédération provoquera lui aussi des lacunes à l'OFSP (comme la suppression de la Section environnement et santé par exemple).

Une politique de prévention efficace?

La santé étant intrinsèquement du ressort des cantons et les domaines touchant à la santé ayant été attribués à la Confédération par les hasards de l'histoire, toute approche globale est par définition impossible. Le rejet de la loi sur la prévention par 24 cantons dans les années 80 en dit long et bien malin qui pourrait dire si l'initiative prise par le conseiller fédéral Couchepin de réorganiser la prévention va aboutir.

L'élaboration du programme alcool, dont la mise en œuvre ne pourra être réalisée qu'en faisant preuve d'un fédéralisme coopératif, pourrait annoncer une nouvelle ère de prévention

concertée en matière d'alcool. Grâce à la dîme de l'alcool, un financement est assuré dans les cantons, ce qui constitue un bon point de départ. Dans le domaine du tabac également, une bonne base est assurée avec le fonds de prévention du tabagisme et le programme national de prévention en cours.

Les augmentations proposées par les organisations en charge de la prévention n'ont pas rencontré le moindre soutien de la part des parlementaires bourgeois

Cela a été rendu possible par l'action politique coordonnée de six ONG actives contre le tabagisme.

Les acteurs de la prévention doivent réfléchir aux recettes qui leur permettront de réussir. A première vue, le bilan est clair. D'un côté, la faible imposition des spiritueux, l'autorisation de l'absinthe, l'assouplissement de l'interdiction

de la publicité pour le vin et la bière, une alliance de plus en plus fructueuse entre la bière et les sports de masse; de l'autre, quelques rares succès, comme par exemple le quadruplement de la taxe sur les alco pops, l'abaissement du taux d'alcool autorisé au volant et quelques interdictions d'affichage pour les alcools forts dans les cantons. Pouvant compter sur des subventions de plusieurs millions et d'ardents défenseurs dans certains cantons, le vin est l'un des principaux catalyseurs empêchant une politique cohérente en matière d'alcool. Le pouvoir historique des paysans s'est manifesté dans les années 30 déjà, lorsque les producteurs de fruits et de vin sont parvenus à soustraire de nouveau le cidre et le vin de l'impôt sur les boissons. Aujourd'hui encore, les représentants de l'agriculture au Parlement (un sixième des membres du Conseil national) y forment le groupe le plus puissant. Aussi est-il difficile, dans ces circonstances, de prévoir quels seront les succès que la prévention pourra compter à son actif à l'avenir.

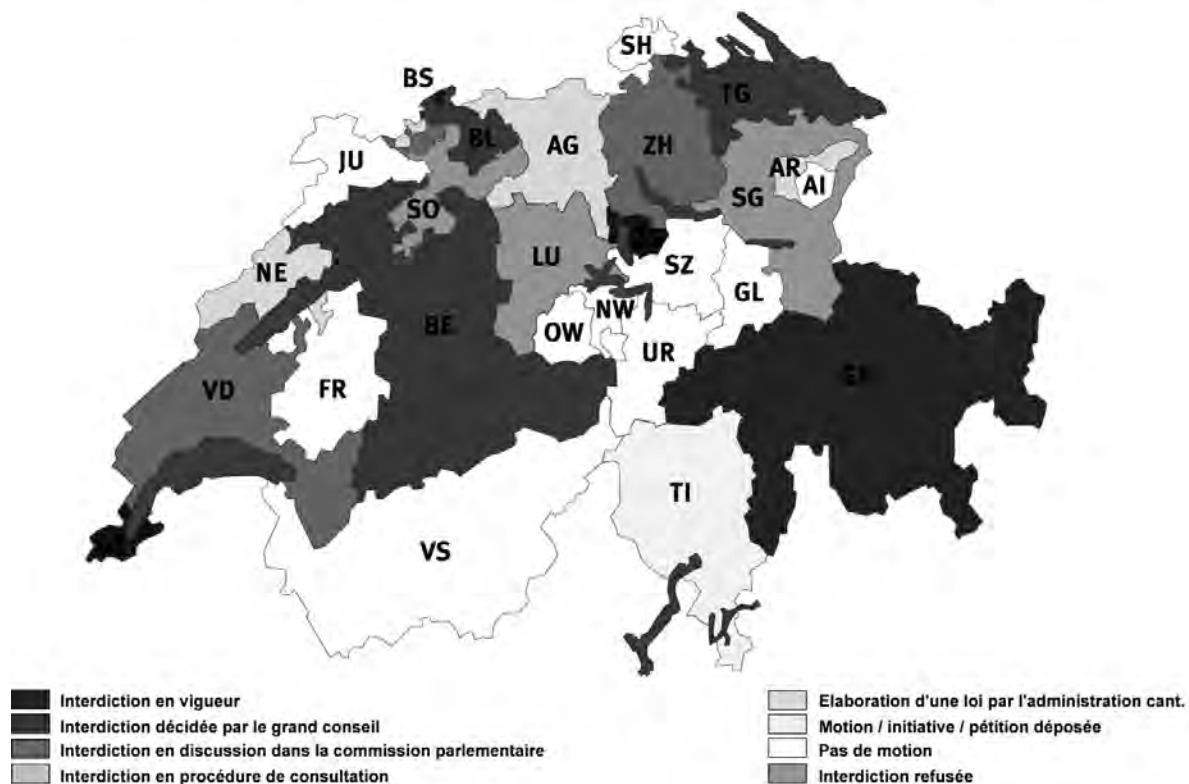
Pas à pas

Seule une analyse objective, réalisée sans œillères idéologiques, permet d'avoir une vue d'ensemble des dépendances dans notre société. De plus, il faudrait pouvoir faire abstraction du système fédéraliste de la Suisse et des différences de réglementation accumulées au cours de l'histoire. Ce quadruple mur constitue à lui seul un obstacle insurmontable pour une seule génération de gens politiquement bien intentionnés. A la lumière des expériences passées, la démarche politique à entreprendre ne peut que consister à poursuivre, de manière pragmatique et sectorielle, un objectif stratégique à long terme.

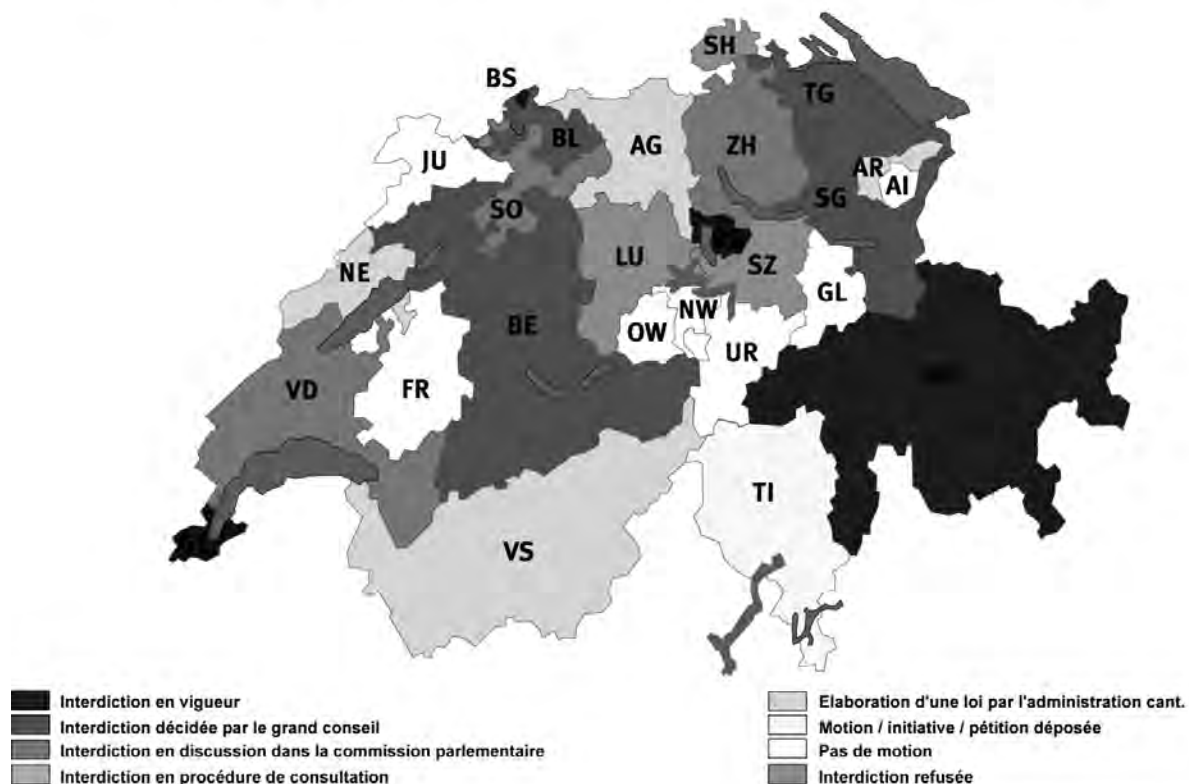
Cette démarche peut se définir en référence à l'exemple de la publicité pour l'alcool et le tabac: le rejet en votation populaire des "initiatives jumelles" en 1993 a fait disparaître l'interdiction de la publicité pour l'alcool et le tabac du débat public pour plusieurs années. Ce sont les procès intentés aux Etats-Unis à l'industrie du tabac et la perte de crédibilité qui en a résulté qui ont provoqué un certain retournement de l'opinion. Ainsi, une nouvelle loi sur la publicité a été adoptée à Genève en 2000; elle interdit l'affichage sur la voie publique ou sur un espace privé visible de la voie publique. Sûres d'elles, les branches concernées ont renoncé à lancer un référendum et ont perdu leur recours auprès du Tribunal fédéral. Cette première a suscité en quatre ans une vague de motions dans les cantons, avec pour résultat en 2006, une interdiction de l'affichage dans huit cantons, sept autres cantons s'apprêtant à en faire autant. Le travail modeste réalisé à la base a conduit progressivement à des changements qui n'avaient pas pu être obtenus avec le gros coup tenté des années plus tôt.

Treize ans après le rejet des initiatives jumelles, la situation en matière d'alcool et de tabac est la suivante (voir schémas page suivante).

L'interdiction de publicité pour les alcools, états des lieux dans les cantons



L'interdiction de publicité pour le tabac, états des lieux dans les cantons



De la théorie à la pratique

La théorie politique nous indique de manière évidente quels sont les intérêts qui ont généralement le plus de chances de prévaloir au niveau politique. Ce sont les intérêts qui bénéficient de la meilleure capacité à s'organiser et à gérer les conflits qui s'imposent. Des intérêts spécifiques immédiats sont porteurs, de même que des associations qui pourraient refuser d'assurer une prestation sociale d'importance collective. La prévention se lancera donc toujours dans l'arène politique avec un handicap, puisque nos efforts portent typiquement sur des intérêts généraux à long terme. Ce constat vaut aussi pour nos associations, qui disposent de peu de moyens de pression puisqu'elles n'ont pas d'argent à investir et qu'elles ne peuvent pas brandir la menace d'une délocalisation des places de travail. En outre, la polarisation entre interventionnisme étatique et libéralisme est omniprésente dans le débat. Pour beaucoup de gens, la responsabilité personnelle face à la santé et la liberté aussi bien du citoyen que de l'économie sont ainsi primordiales, alors que peu de gens se rendent compte de ce qui se passe dans la réalité: la répression jouit de la faveur des adversaires des mesures dirigistes, alors que cet instrument de pilotage de l'économie de marché est très apprécié par les interventionnistes.

Les mesures dirigistes et leur affectation à un usage déterminé semblent aujourd'hui malgré tout avoir une certaine chance de remporter des décisions majoritaires, profitant du changement de paradigme opéré dans le domaine de l'environnement et bénéficiant d'un soutien de la part de la gauche et du centre. Mais un tel changement de paradigme reste encore à l'état de perspective pour la prévention. Pour changer la situation, il faut réunir des majorités, qui sont pour le moment encore rares. Une organisation méthodique est indispensable pour arriver à des résultats à long terme et changer les attitudes politiques.

Une voie respectant le fédéralisme

On le voit en regardant les cartes de la page précédente, la voie pragmatique passe aujourd'hui par des solutions partielles dans les cantons. Le travail de persuasion dans un cadre restreint conduit à plus long terme à un changement de situation à plus large échelle. Un constat intéressant confirme d'ailleurs cette position: le *Kulturkampf* traverse encore la prévention. Bien que certaines de leurs brasseries régionales appartiennent à de grandes multinationales, des représentants des cantons du Valais, de Lucerne et de Fribourg ont voté contre la prévention à l'issue du débat sur l'imposition de la bière évoqué en in-

troduction. On a vu fonctionner là, comme au temps du *Sonderbund*, le réflexe des cantons catholiques où prévaut un sentiment de solidarité qui inclut la brasserie «cantonale». Aussi longtemps que de tels fonctionnements ne seront pas remis en question et révisés, réunir des majorités favorables au niveau national restera utopique.

Paru récemment à la suite du projet ambitieux «Politique nationale de la santé», le rapport «Les politiques suisses de la santé – potentiel pour une politique nationale» conclut lui aussi qu'une telle politique ne peut se faire jour qu'à condition qu'elle soit développée dans la culture du fédéralisme coopératif. Ainsi, les grands programmes nationaux tels que ceux qui sont déployés dans les domaines du tabac et de l'alcool doivent inclure aussi des priorités régionales, pour tenir compte de la répartition fédéraliste des compétences et des tâches et partant de l'hétérogénéité entre les cantons et les régions linguistiques. Il convient donc de prévoir beaucoup de temps et de longues négociations pour parvenir à définir des objectifs communs et des conventions à caractère obligatoire. Seule la collaboration horizontale et verticale régulière entre un grand nombre d'acteurs et de cultures permettra de toucher au but.

Adresse mail de l'auteur:

wiesli@public-health.ch

La revue **«dépendances»** s'adresse à toute personne intéressée par le champ des toxicomanies légales et illégales.

Elle paraît trois fois l'an et traite de ces questions sous les angles social, politique, de prise en charge, de prévention et de réduction des risques.

Fr. 20.- par numéro

Abonnement :

Fr. 45.- par an

Abonnement collectif:

Fr. 150.- pour 5 ex.

Fr. 250.- pour 10 ex.



Parmi les thèmes publiés

Faut-il avoir peur de la cocaïne? (no 18)

Adolescences et consommation de psychotropes: images de société (no 19)

Peut-on parler de rétablissement dans le domaine des addictions? (no 20)

Dépendance à l'alcool et vie professionnelle:

quels enjeux (no 21)

Faire face au dopage festif (no 22)

Grandir dans une famille touchée par l'alcool (no 23)

A consommer sans modération !

Abonnements: **«dépendances»**, case postale 870, 1001 Lausanne, 021 321 29 85, fax 021 321 29 40, www.ispa.ch

Revue éditée par

Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies

sfa / ispa



Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies



Je souhaite m'abonner à la revue **«dépendances»**

Nom:

Prénom:

Adresse:

NP, ville:

Profession:

Institution ou service:

Tél.

Signature:

A retourner à: **«dépendances»**, case postale 870, 1001 Lausanne, fax 021 321 29 40

Frank Zobel,
Sophie Arnaud,
Françoise
Dubois-Arber,
Institut univer-
sitaire de mé-
decine sociale
et préventive,
IUMSP,
Lausanne

De la stratégie «drogues illégales» à la stratégie «dépendances»: une revue internationale

Cette analyse des stratégies étatiques de dix-neuf pays en matière de drogues illégales laisse présager l'avènement d'une approche plus globale des problèmes de dépendances au niveau international, même si des réflexions plus approfondies sont encore nécessaires à sa réalisation. (réd.)

Le renouvellement du programme fédéral en matière de drogues illégales (ProMeDro) a conduit à différentes réflexions concernant l'opportunité de développer une politique globale en matière de dépendances, c'est-à-dire portant sur la consommation de substances légales et illégales ainsi que sur d'autres comportements addictifs. Le rapport de M. Spinatsch¹ a en particulier mis l'accent sur la nécessité de considérer les problématiques liées aux dépendances dans leur ensemble, et ce afin d'améliorer la cohérence des messages de prévention et d'estimer la charge de problèmes sociaux et sanitaires liée à chaque substance ou comportement pour pouvoir réaliser une meilleure répartition des ressources à disposition. Le rapport de la CFLD², de son côté, insiste sur l'emploi de concepts transversaux aux problèmes de dépendance (niveaux de consommation, domaines d'intervention) pour assurer la cohérence et l'efficacité de la politique suisse dans ce domaine. La convergence des opinions en fa-

veur d'une politique globale des dépendances semble donc relativement importante. Reste toutefois à se demander comment réaliser concrètement un rapprochement des politiques consacrées aux drogues illégales, au tabac, à l'alcool, au jeu et à d'autres comportements pouvant engendrer la dépendance. L'étude présentée ici a été mandatée par l'OFSP et réalisée en 2003-2004³. Son objectif était d'investiguer l'évolution des politiques en matière de dépendances au niveau international et d'identifier des processus de progression d'approches sectorielles (drogues illégales, alcool, etc.) vers une approche globale (dépendances/addictions).

Méthode

La situation de dix-neuf pays^a a été examinée à travers une analyse de documents. Pour chaque Etat, le programme, la stratégie et/ou le plan d'action portant sur la drogue (drug) et/ou les dépendances (addiction) a été examiné sous l'angle de l'objet ciblé (substances et/ou comportements), de l'organisation/coordination

mise en place, des concepts utilisés et des mesures planifiées. Ensuite, une analyse transversale, c'est-à-dire au travers des différents pays, a été réalisée pour identifier des contenus et des processus communs de passage d'une approche sectorielle à une approche globale des dépendances.

Résultats

A) Au niveau stratégique

Les pays examinés disposent tous d'une planification dans le domaine des drogues et/ou des dépendances qui prend le plus souvent la forme d'une stratégie nationale complétée par un plan d'action. Tous ces pays ont cependant aussi en parallèle une stratégie particulière pour l'alcool et/ou pour le tabac. L'intégration des stratégies sectorielles est donc généralement très limitée. Aucun cas d'intégration complète, c'est-à-dire de développement d'une base conceptuelle, d'une stratégie et d'un programme unique en matière de dépendances n'a pu être observé. Différents modèles de liaison et d'intégration progressive sont néanmoins apparus:



Photo Interfoto

Un cadre conceptuel et stratégique doit être inventé

- Une extension opérationnelle du domaine de la prévention dans les stratégies ciblant les drogues illégales, par le développement de mesures ciblant aussi les problèmes liés à l'alcool, au tabac et à d'autres substances ou comportements (UE, Autriche, Danemark, Finlande, Grèce, Irlande, Italie, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède, Etats-Unis).
 - Une extension de l'objet de la stratégie en matière de drogues illégales qui porte alors de plus en plus sur l'abus de substances et les dépendances en général. Cette transformation n'implique toutefois pas une intégration des différentes stratégies ciblant l'alcool, le tabac ainsi que d'autres substances ou comportements engendrant la dépendance. C'est la stratégie drogues illégales qui tend à empiéter sur les autres secteurs (Allemagne, France, Espagne, Belgique).
 - Une intégration des concepts et stratégies ciblant les drogues illégales et l'alcool, ainsi que d'autres substances ou comportements engendrant la dépendance, à l'exception du tabac. Ce dernier garde une stratégie particulière se justifiant par l'importance du problème de santé publique. Ce modèle constitue une première tentative concrète d'intégration, au niveau conceptuel et organisationnel, de différents éléments des politiques en matière de dépendance (Norvège, Canada).
 - Le développement d'un cadre conceptuel et stratégique commun, pour l'ensemble des stratégies sectorielles. Ces dernières, qui existent toujours les unes à côté des autres, ont donc un ensemble de références et d'objectifs communs qui sont spécifiés pour l'ensemble du secteur des dépendances (Australie).
- Ces quatre modèles font apparaître un *continuum* de la liaison et de l'intégration des stratégies sectorielles par substances ou comportements: la liaison se réalise tout d'abord au niveau de l'**élargissement des projets de prévention** qui ciblent de multiples substances et comportements. Le pas suivant concerne un **élargissement des bases conceptuelles et des actions dans d'autres domaines**, comme les traitements ou la réduction des risques, où la prise en charge des polydépendances est fréquente. L'étape suivante concerne les concepts et stratégies qui doivent guider l'action publique en matière de lutte contre l'abus de substances et les dépendances. Il s'agit alors de développer un **cadre de référence commun pour quelques programmes**, particulièrement ceux ciblant les drogues illégales et l'alcool. Le tabac peut être traité à part notamment parce qu'il fait l'objet de mesures législatives particulières. Finalement, la **définition de concepts et de stratégies intégrées pour l'ensemble du champ des dépendances** constitue la der-

nière étape du *continuum*. Il s'agit cette fois de préciser une approche globale que les pouvoirs publics, et donc aussi la santé publique, ont vis-à-vis de toutes les substances et comportements pouvant engendrer la dépendance, et ce indépendamment de leur statut légal.

Il faut aussi noter qu'il n'y pas d'approche claire concernant la liaison et l'intégration des différents éléments de l'intervention publique en matière de dépendances. Ainsi, dans chacun des pays, les concepts, les objectifs, les moyens et les mesures sont particuliers et il n'existe pas une approche unifiée, comme une définition commune des problèmes, des populations ou des niveaux d'usage qui guident les différentes stratégies et programmes ciblant les dépendances.

B) Au niveau des mesures

Tous les pays sélectionnés pour cette étude indiquent, dans leur planification, une volonté de lier ou d'intégrer plus avant certaines mesures qui concernent la lutte contre les problèmes liés à l'abus de substances et à la dépendance. L'origine de cette volonté est le plus souvent liée à l'observation de l'évolution de la consommation et de la poly-consommation de substances dans la société et, plus particulièrement, chez les jeunes.

L'inventaire des mesures contenues dans les planifications nationales en matière de drogue et/ou de dépendance fait apparaître que c'est dans le domaine de la prévention/promotion de la santé que la liaison ou l'intégration de mesures ciblant l'abus de substances et les dépendances au sens large est la plus fréquente. Dans les autres domaines examinés (traitements, réduction des risques, application de la loi), cette dynamique est beaucoup plus rare et le seul fait de pays ayant développé un programme qui cible non seulement les drogues illégales mais aussi différentes autres substances/comportements pouvant engendrer la dépendance. Au plan des substances, les liaisons et intégrations de mesures ciblant les drogues illégales et l'alcool sont les plus fréquentes (services hospitaliers, centres spécia-

lisés). Cette observation renvoie sans doute à une grande proximité de contenu, hormis au niveau du statut légal, des mesures qui ciblent ces deux familles de substances. Finalement, en matière d'application de la loi, quelques mesures ciblant les marchés légaux et illégaux de substances, ainsi que la conduite de véhicule en état d'ébriété, sont mentionnées par le pays ayant adopté une planification ciblant la dépendance.

Discussion

Deux limites importantes sont liées à cette étude. La première est que ce sont les programmes drogue et dépendances qui ont été examinés en priorité et que les programmes alcool, tabac ou autres ne l'ont été que de manière plus superficielle. Toutefois, nos observations tendent à confirmer l'hypothèse que l'élargissement de l'approche se fait le plus souvent, comme en Suisse, à partir des drogues illégales plutôt que des drogues légales ou des problématiques comme le jeu ou l'alimentation excessive. La seconde limite concerne le fait que cette étude est basée sur des écrits et non sur des réalités. Les données utilisées reflètent donc avant tout des intentions et non des faits vérifiés. L'étude des planifications nationales en matière de drogue et/ou de dépendances fait apparaître que le mo-

dèle dominant reste celui d'une multiplicité de stratégies sectorielles parallèles. Néanmoins, tous les pays mentionnent une volonté de changement pour mieux articuler le contenu de ces différentes approches sectorielles. Cette volonté est justifiée par différentes observations: l'évolution de la consommation chez les jeunes; la fréquence des polydépendances; les problèmes de cohérence (notamment alcool versus cannabis); la multiplication des substances; les problèmes connexes (alimentation, jeu); le coût et l'efficacité. Mais il existe peu d'expériences de changement et aucun cas d'intégration complète n'a pu être observée. En revanche, différents modèles de liaison et d'intégration progressive apparaissent: une intégration limitée à la prévention et à la promotion de la santé, une politique drogues illégales «expansionniste», une stratégie unique excepté pour le tabac et une (macro-)stratégie générale en matière de dépendance. Ces observations renvoient à deux constats. Le premier est que l'intégration des approches sectorielles en une approche globale ne se décrète sans doute pas et qu'elle doit faire l'objet d'une réflexion approfondie qui ne se limite pas à énoncer deux ou trois vérités sur les similarités des problèmes de dépendances. Le second est qu'un cadre conceptuel et stratégique général en matière de dépendance doit

encore être inventé. Le travail de la CFLD constitue sans doute une bonne base pour un tel cadre.

Notes

a) Il s'agit des 15 pays européens d'alors (Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni et la Suède) ainsi que la Norvège. De plus, trois pays d'outre-mer ont été choisis pour identifier des modèles alternatifs à ceux développés en Europe (Australie, Canada et États-Unis).

1. Spinatsch M. Une nouvelle politique en matière de dépendance pour la Suisse: bases et prémisses pour une politique fédérale plus intégrée en matière de dépendances. Berne: OFSP; 2004.

2. Commission fédérale pour les questions liées aux drogues. D'une politique des drogues illégales à une politique des substances psychoactives. Berne: Hans Huber; 2006.

3. Zobel F, Ramstein T, Arnaud S. Les interventions publiques nationales en matière d'abus de substances et de dépendances: une revue internationale [document électronique]. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2004. (Raisons de santé, 101). Voir sous: <http://www.iumsp.ch>

Adresse mail des auteurs:

Sophie.Arnaud@chuv.ch

Francoise.DuboisArber@chuv.ch

Histoire des régulations de l'usage de drogue et d'alcool

Alexandre
Pollien,
sociologue,
Université de
Lausanne

La gestion de l'alcool et des drogues suit des trajectoires différenciées au cours de l'histoire, faisant écho aux idéologies dominantes des époques analysées. On constate pourtant que c'est toujours entre maladie et déviance, entre responsabilité individuelle et fléau social, entre recherche et perte de sens que se dessine l'histoire des régulations de l'usage de l'alcool et de drogue. (réd).

Si l'utilisation de substances psychoactives est sans doute très ancienne, leur régulation l'est certainement tout autant. Considérer leur usage récréatif comme un phénomène universel risque de dissimuler ce qu'il implique de singulier dans chaque contexte, c'est-à-dire tout l'effet généré par sa mise en forme symbolique. De fait, le long processus historique qui voit les sphères institutionnelles s'émanciper du cadre religieux initial a profondément modifié les rapports entre les dimensions médicale, sociale et idéologique de la consommation de psychotropes. Bien que l'alcool ait été désigné dans le monde occidental comme produit psychotrope légitime, son usage privilégié n'a pas été sans poser de problèmes et sans susciter des velléités de régulation. Au cours de l'histoire moderne, il a été analysé successivement en termes d'effets psychoactifs, de maladie mentale et de dépendance comportementale. Les psychotropes illégitimes ont suivi une destinée disjointe, pris en charge par des dispositifs institutionnels de régulation pro-

hibitionnistes déterminant pourquoi et comment il ne faut pas consommer.

Les conduites d'excès

Sous l'Ancien Régime, l'usage de psychotropes ou d'alcool n'est nullement condamné en soi. La condamnation morale de l'intempérance n'est alors pas liée aux types de produit consommé, mais à l'excès, l'ivresse étant régulée par la condamnation religieuse du péché de gourmandise qui mêle le boire et le manger: le glouton constitue une figure de l'égoïsme en ce qu'il dévore toujours un peu de la part de l'autre. Mais, en rendant plus proche et possible les autres péchés mortels, l'ivresse est également elle-même un péché mortel. Encadrant cette double figure de l'individu responsable et victime de son intempérance, les conseils de modération sont moraux et médicaux, ils relèvent des mœurs et non de la loi, et les problèmes posés par la consommation d'alcool concernent l'individu et non le groupe. Pourtant, l'ivresse et l'ivrognerie ne constituent pas un risque identitaire majeur, la condition étant déjà jouée à la naissance.

Dans le monde hiérarchisé de l'Ancien Régime, il s'agit de rembourser une dette, celle d'être né, avec toute une série de devoirs et d'obligations. L'ivresse qui les fait oublier est condamnée du point de vue de cette trahison des liens d'appartenance¹. Seule l'ivresse visible, l'ébriété en tant que conduite sortant du cadre des devoirs du sujet est réprimée.

Au cours de la deuxième moitié du 18^e siècle, les récits de voyage se multiplient et avec eux les descriptions d'ivresse, toujours plus excessives pour l'autochtone que pour le buveur européen. Le regard sur l'autre culturel, qu'il soit Indien d'Amérique ou ouvrier des faubourgs est le même: il est trop gai, irresponsable et vit dans l'immédiateté. Dans la réflexion qui se construit alors sur l'altérité, les substances psychoactives occupent une place centrale. Leurs usages vont servir à assigner à des conduites individuelles des significations sociales. L'ivresse est accusée d'entraîner l'homme dans des états antérieurs à la raison, elle est perçue comme une régression, une mise à distance de l'humain en soi. Dans les enquêtes de terrain se dégage une perception du

boire populaire inquiétant. Selon ces écrits, les causes en sont la misère et les effets, un désastre social². Un boire collectif apparaît alors, qui s'ajoute au boire individualisé par la médecine et la morale. Avec les Lumières et la perspective du bon sauvage, les excès et les délires ne sont plus du côté du sauvage dénué de raison, mais du côté de l'homme civilisé. Dorénavant, les peuples opprimés boivent «pour oublier».

Romantisme et hygiénisme

Une modification du regard porté sur la consommation des produits psychotropes se produit au cours du 19^e siècle. L'alcool devient la cible de critiques de plus en plus insistantes, l'ivrognerie des couches populaires étant communément déplorée. Aux Etats-Unis apparaît un courant prohibitionniste porté par des mouvements à connotation religieuse de tempérance. En Europe, l'antialcoolisme fait partie de la vague hygiéniste dont le discours met au premier rang la conservation de la vie et de la santé des populations. L'idée qu'un seul homme, par une déraisonnable obstination, peut causer un tort général commence à poindre. Mais, pour empiéter sur la sphère privée, il faudra que les pouvoirs publics démontrent qu'ils agissent bien au nom de l'intérêt collectif. L'abus d'alcool, encore considéré comme un symptôme, n'est pas dans l'axe des politiques de santé publique qui sont environnementalistes. Avant le milieu du siècle, les travaux médicaux sur le sujet sont rares. Il faudra attendre 1849 pour voir Magnus Huss réunir l'ensemble des manifestations d'alcoolisation chronique et créer le concept d'alcoolisme. Malgré une visibilité sociale croissante, l'utilisation de drogues mettra plus de temps à mobiliser l'inquiétude sociale, la domination culturelle de l'alcool lui permettant d'être le premier exemple d'une consommation fléau. On assiste au même moment à un changement de la sensibilité se manifestant par une modification du statut du rêve et de l'imagination, qui deviennent introspectifs, et par la re-

vendication d'un certain confort et d'un droit au soulagement des maux. En dehors des milieux culturels et artistiques, l'usage d'opium est alors répérable dans le monde rural comme médicament universel et dans le monde ouvrier pour tromper la faim, calmer les enfants ou aider les parents. L'opium contribue alors au maintien de l'ordre social et ce n'est pas un hasard, selon Chantal Debock et Jean-Jacques Yvorel, si pour beaucoup d'observateurs de l'époque – dont le plus connu est Marx – l'opium constitue une métaphore de l'adversaire du désordre et des passions³.

Le *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales* de Bénédict-Augustin Morel (1857) constitue une des pièces centrales de l'histoire de la naturalisation des conduites déviantes, principalement avec la diffusion des notions de dégénérescence et d'hérédité criminelle⁴. L'allusion au pouvoir meurtrier de l'alcool donne libre cours aux inquiétudes du siècle, dont la croyance en une inversion possible du progrès, l'obsession des hérédités accablantes et malsaines. Mais une autre préoccupation habite parallèlement la dénonciation de l'alcoolisme, c'est le monde ouvrier. L'alcool accroît leur pauvreté, leur violence⁵. La santé publique commence à se polariser sur ce que l'individu doit faire pour assurer son hygiène personnelle et instaure les premières campagnes de prévention⁶. Au milieu des années 1870, l'opiomanie, considérée comme une maladie, prend place aux côtés de l'alcoolisme, de la tuberculose et de la syphilis dans le cortège des périls sociaux menaçant la race de dégénérescence. Dix ans plus tard, la morphinomanie fait son entrée en devenant le paradigme de la toxicomanie non alcoolique. C'est à partir de cette époque que se stabilise le profil des toxicomanes: cannabis, opium, morphine renvoient désormais à leur catégorie d'utilisateurs. A la fin du siècle, si on parle rarement de traitement de l'alcoolisme, la toxicomanie est l'objet de nombreux protocoles de soins. La guérison est constituée par le sevrage, qui se caractérise par des douleurs inhérentes, pour les méde-



Dès 1980, la toxicomanie devient un problème

cins de l'époque, au processus de soin. A ce moment émerge l'idée promue par Freud, selon laquelle l'abus de psychotropes constitue le symptôme de difficultés sous-jacentes⁷. Au début du 20^e siècle, d'autres appétences morbides vont s'autonomiser: la cocaïne n'est plus le prolongement d'une morphinomanie et l'absorption nasale remplace l'injection.

Prohibition et émergence des trafics

Au seuil du 20^e siècle, il n'existe en Europe aucune loi réglementant l'usage personnel de substances psychotropes. Les trois principaux produits qui seront touchés par des mesures pénales, les opiacés, les dérivés de la coca et ceux du cannabis ont été utilisés jusqu'ici à des fins thérapeutiques.

L'alcool poursuit sa trajectoire parallèle, l'expulsion de la pharmacopée des flacons de remèdes traditionnels le conduira à se trouver des alliés dans l'économie viticole. Dans la continuité des mesures de l'Ancien Régime, c'est seulement l'ivrogne, celui qui fait scandale dans les lieux publics qui est visé. Au début du 20^e siècle, l'interdiction de la vente de spiritueux aux femmes ou dans les débits à certaines heures de la journée constitue davan-



Photo Interfoto

e santé publique

tage une forme de contrôle des rites sociaux que de prévention de l'alcoolisation⁸. L'objectif est moins de bien-être physique et mental que d'adhésion aux valeurs dominantes, l'éducation sanitaire moins une préoccupation que l'éducation morale. Les pressions que le gigantesque secteur de la viticulture exerce sur l'économie vont entraîner l'antialcoolisme français, à la différence des mouvements anglo-saxon et scandinaves, sur la voie de la tempérance. Et, à travers cette régulation par la tempérance, l'alcoolique sera placé dans l'interstice de la maladie, domaine de la santé, alors que le drogué sera résolument rejeté du côté de la transgression, pris en charge par le jugement moral et le système pénal. On distribuera du vin aux soldats de la première guerre pour améliorer leur résistance à la fatigue et leur santé⁹. Les politiques de luttes contre les drogues dessinent, selon Thomas Szasz, les intérêts des groupes dominants en valorisant leurs psychotropes locaux et en condamnant les produits exotiques¹⁰.

Ce sont les Etats-Unis qui lancent une initiative visant à mettre en place un contrôle international de la production et de la circulation des drogues. La première moitié du siècle est ainsi caractérisée par une focalisation sur

les trafics et un niveau d'action international. La consommation est rarement visée en tant que telle. En France et en Angleterre, les premières lois apparaissent en 1916. Elles utilisent le terme de *stupéfiant* qui, d'un point de vue pharmacologique, regroupe les stimulants comme la cocaïne et les narcotiques comme les opiacés. Les drogues captivent donc toujours pour leur effet sur la conscience et non pour la dépendance physique qu'elles induisent et leurs conséquences sur la santé. La régulation de l'usage de drogues prend une tournure pénale, forme juridique née avec l'Etat moderne pour protéger l'intégrité nationale¹¹. En Suisse, la première loi fédérale sur les stupéfiants est adoptée en 1924 pour répondre aux pressions internationales. Elle se situe sur le plan de la régulation du marché des médicaments et ne prévoit aucune mesure médicale, se limitant à poursuivre pénalement la fabrication, la cession et la détention de stupéfiants¹².

Dans l'après-guerre, l'alcoolisme est conceptualisé par Elvin Jellinek comme une dépendance physiologique agissant sur un individu prédisposé¹³. On assiste avec cet auteur à l'émergence d'une ambition scientifique cherchant à évacuer de ses travaux toute connotation morale. Les définitions successives proposées par l'OMS passent, entre 1952 et 1969, de la notion d'asservissement à celle de pharmacodépendance. Pourtant, en écho aux préoccupations chrétiennes sociales des années 1880, on continue d'ouvrir des foyers pour accueillir les alcooliques sans domicile fixe. L'alcoolisme est encore une «maladie socialement infectieuse»¹⁴.

A partir des années 60, le concept unificateur de l'alcoolisme comme maladie est en déclin. Le succès de groupes comme les Alcooliques Anonymes suggère que l'usage chronique d'alcool n'est pas une maladie comme les autres: des malades arrivent à se soigner eux-mêmes¹⁵. En se penchant sur la personne consommatrice, on commence à distinguer les effets sur l'organisme des effets sur le comportement. L'influence

croissante de la psychologie behavioriste va encourager des chercheurs à se concentrer sur l'environnement comme prédicteur du comportement et à dépasser une vision étroite de l'alcoolisme comme maladie, c'est-à-dire comme résultant de l'interaction entre une substance et un individu. Des études empiriques consacrées à la consommation d'alcool révèlent l'importance de l'appartenance sociale et géographique¹⁶. Elles aboutissent à une perspective tri-factorielle condensée dans la formulation proposée au début des années 70 par Claude Olievenstein de la dépendance comme résultat de la rencontre entre un produit, une personnalité et un moment socio-culturel. Au sein de la perspective behavioriste, la notion d'addiction émerge de cette nouvelle approche ternaire en mettant l'accent sur l'aspect comportemental de la dépendance. En 1966 naît l'alcoolologie, tentative de synthèse prenant appui sur la psychologie, la physiologie et la sociologie, expression de ce mouvement général de démedicalisation des théories sur les dépendances, qui ambitionnent de développer un point de vue global sur l'individu et son environnement¹⁷.

La ligne d'évolution de l'attitude générale face à l'alcoolisation peut se lire à travers le développement d'une législation en matière de conduite automobile. Le passage de la figure du conducteur ivre qui suscite le sourire au criminel qu'il faut punir témoigne de la transformation du regard porté sur la responsabilité du buveur. Cette progressive responsabilisation d'un acte individuel, la consommation d'alcool, se retrouve dans le domaine des drogues illégales, une mise en danger morale se substituant à la mise en danger physique d'autrui. Jusqu'au milieu des années 60, l'usage de drogue reste cantonné à certains milieux marginaux des grandes métropoles. La toxicomanie mène une existence indépendante de l'alcoolisme, n'apparaissant pas comme un problème social. En Suisse, une nouvelle loi sur les stupéfiants est acceptée par le Parlement en 1951. La protection pénale de la vie et de la propriété ne s'é-

tend pas aux atteintes portées à soi-même. Le texte, en punissant la possession de drogue et non la consommation, vise la drogue comme médicament illégalement prescrit. Un changement de contexte de la consommation de drogue se produit avec l'émergence des mouvements dits de la «contre-culture» au sein de la jeunesse occidentale¹⁸. L'usage de stupéfiants est alors érigé en symbole de contestation. La drogue médicament s'efface devant la drogue adjuvant idéologique et les pouvoirs publics réagissent rapidement afin d'enrayer l'acte de consommation qui se présente comme subversif. En France, une loi de 1970 caractérise tout usage, même en privé, de délit. En Suisse, la répression de la consommation est amorcée dès 1969, avec un arrêt du Tribunal fédéral rendant punissables les actes par lesquels on se procure des stupéfiants et donc participe au marché illégal de la drogue. Au cours des années 70, la consommation d'héroïne se développe et les institutions résidentielles de traitement de l'alcoolisme élargissent leur offre vers la toxicomanie. Le modèle comportemental fondé sur l'alcoolisme ne convient pas au problème de la toxicomanie, surdéterminé par l'image héroïque du rebelle, concentrant tout le mépris générationnel du conformisme social. De façon caractéristique, pour Marc Valleur¹⁹, la toxicomanie se distingue radicalement de l'alcoolisme en ce qu'elle constitue une conduite intentionnelle, alors que l'alcoolisme apparaît comme une lente glissade imperceptible et involontaire.

La régulation de l'usage des drogues n'est pas laissée aux conventions inscrites dans les rapports de sociabilité mais confiée à la justice qui, dans le cas de l'alcool, n'opère que lorsque l'ivresse verse sur le domaine public et déborde le cadre des relations interpersonnelles. L'alcool est inscrit dans une perspective collective, ce sont des régulations de santé et sécurité publique et de rapport au groupe qui sont sollicitées. Les drogues impliquent au contraire un cadre individuel, un corps malade et un esprit

pervers, c'est la justice et le thérapeute qui sont mobilisés. Le stéréotype du toxicomane met en scène la solitude, la rupture du lien social. Du point de vue normatif, la drogue se distingue de l'alcool en ce que son usage est disqualifié sans référence à un seuil d'abus.

La nouvelle épidémiologie du risque

Au cours des années 80, l'augmentation des consommateurs visibles et leur marginalisation croissante vont illustrer l'impuissance des autorités à juguler le problème de la drogue. De péril individuel et faillite morale, la toxicomanie devient problème de santé publique. En rejoignant l'ensemble des conduites à risque, la consommation de drogue n'est plus considérée d'emblée comme une pathologie. Le passage du terme «toxicomane» à celui d'«usager de drogue» est symptomatique de ce glissement des représentations²⁰. Les produits légaux et illégaux sont emportés dans le même élan préventif, on se met à distinguer l'usage de l'abus, toute addiction étant considérée selon le modèle général des maladies neuro-comportementales qui s'expriment en fonction du contexte²¹. La notion de risque remplace la vieille notion de contagion. Si cette dernière collectivisait les questions posées par les problèmes de santé, la notion de risque les individualise tout en permettant une perspective commune sur les comportements «adéquats». Elle devient omniprésente et permet de donner une cohérence à un ensemble de conduites différentes: usage de drogue, rapport sexuel non protégé, violence scolaire, troubles alimentaires, sports extrêmes. La mise à jour de l'entrelacement des facteurs de risques dépasse l'usager des propriétés psychoactives du produit. Dépourvu de risque, l'usage modéré n'a pas de prise conceptuelle, il est appelé le plus souvent «bénin». La prévention secondaire repose sur un dépistage précoce des populations dites «à risque»²². Jean-Pierre Fréjaville, dès 1977, dans *Les jeunes et la drogue*,

analyse cette volonté de cerner les populations à risque par la définition des «droguables»²³. L'individu à risque appartient à une catégorie intermédiaire, il n'est pas encore malade, mais ne peut être dit en bonne santé.

L'idéologie de l'épanouissement individuel exige que l'on poursuive activement la conquête de son identité et de sa réussite, en véritable entrepreneur, alors que la perspective épidémiologique fait disparaître le facteur humain derrière la pharmacologie comportementale. Ce paradoxe dévoile une conception de l'homme comme individu informé, calculateur rationnel des opportunités et des risques. Le projet issu du Rapport de la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues en 2005 propose de réguler les drogues par des taxes d'incitation et des interdictions de vente²⁴. Le toxicomane n'est plus un contestataire qui saccage le passé, mais un entrepreneur déficient qui risque de coûter cher, à lui-même et à la collectivité. La prise de drogue n'est plus considérée pour elle-même, mais pour ce qu'elle induit. Ce tournant est analysé par Alain Ehrenberg comme le déplacement des responsabilités des institutions à l'individu. Il implique également, dans son mouvement, le sens donné aux consommations puisque, d'évasion hédoniste à l'égard de la réalité, les drogues deviennent le moyen d'augmenter les performances et le confort psychique, «c'est à une posture héroïque qu'est convié l'homme de masse». Cette dynamique qui exige des performances personnelles accroît la pression psychique s'exerçant sur chacun et les drogues deviennent alors des pratiques d'auto-assistance quand les contraintes sociales deviennent trop lourdes.

Conclusion

L'histoire des régulations de l'alcool et des drogues peut se lire comme celle de l'opposition entre les tenants du modèle de la maladie et les défenseurs d'un modèle adaptatif. Pour les premiers, l'accent est mis sur le caractère irréductible du vécu dépendant, sur

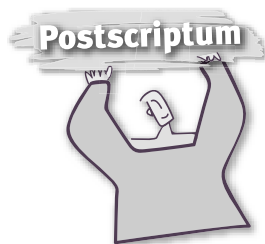
sa démesure et sa radicale différence avec d'autres expériences. À l'opposé, pour l'approche des addictions, le produit a moins d'importance que la conduite du sujet. Pour Marc Valleur, l'addiction elle-même serait à deux faces: l'une de désubjectivation, d'effacement du sens, l'autre de transgression, de recherche de sens; ce qui expliquerait l'opposition entre ceux pour qui la toxicomanie est une question de sens et ceux pour qui elle est un processus. Toute la difficulté d'une politique en matière de drogue semble ainsi d'éviter à la fois la réduction du consommateur à son produit et son éviction derrière le geste machinal de consommation.

Notes

1. Véronique Nahoum-Grappe, «Le boire et l'ivresse dans la pensée sociale sous l'ancien régime en France (XVIe-XVIIIe siècles)» in Thierry Fillaut, Véronique Nahoum-Grappe, Myriam Tsikounas, Histoire et Alcool, Paris, L'Harmattan, 1999, p. 97.
2. Véronique Nahoum-Grappe, «Le boire et l'ivresse dans la pensée sociale sous l'ancien régime en France (XVIe-XVIIIe siècles)» in Thierry Fillaut, Véronique Nahoum-Grappe, Myriam Tsikounas, Histoire et Alcool, Paris, L'Harmattan, 1999, p. 78.
3. Chantal Debock et Jean-Jacques Yvrol, «L'usage des psychotropes en France. Les aspects contradictoires du "biopouvoir"» in Psychotropes, Vol. VI, N°3, hiver 1991, p. 32.
4. Laurent Mucchielli, «Criminologie, hygiénisme et eugénisme en France (1870-1914): débats médicaux sur l'élimination des criminels réputés "incorrigibles"» in Revue d'histoire des sciences humaines, N° 3, 2000, pp. 57-89.
4. Georges Vigarello, «Entre peurs et excès, l'alcoolisme et la toxicomanie en France au XIXe siècle», in Alain Ehrenberg et Patrick Mignon (dir.), Drogues politique et société, Éditions Descartes, Paris, 1992, p. 296.
6. Virginia Berridge, «Alcool et drogues en Grande-Bretagne: histoire et politique», in Alain Ehrenberg et Patrick Mignon (dir.), Drogues politique et société, Éditions Descartes, Paris, 1992, pp. 310-311.
7. Louise Nadeau, «Stanton Peele, ou l'extension du concept de dépendance», in Psychotropes, Vol. 1, N° 1, printemps-été 1983, p. 77.
8. Thierry Fillaut, «Pouvoir publics et antialcoolisme en France sous la Troisième République» in Thierry Fillaut, Véronique Nahoum-Grappe, Myriam Tsikounas, Histoire et Alcool, Paris, L'Harmattan, 1999, pp. 139-140.
9. Thierry Fillaut, «Pouvoir publics et antialcoolisme en France sous la Troisième République» in Thierry Fillaut, Véronique Nahoum-Grappe, Myriam Tsikounas, Histoire et Alcool, Paris, L'Harmattan, 1999, p. 130.
10. Thomas Szasz, La persécution rituelle des drogués, boucs émissaires de notre temps, Éditions du Léopard, Paris, 1994, p. 77.
11. Marialuisa Cesoni et Christian-Nils Robert, «L'interdit désintégrant. De l'interdit des drogues à l'obligation médicamenteuse. L'histoire d'une intégration.» Psychotropes, Vol. VI, N° 3, hiver 1991.
12. Yann Boggio, Sandro Cattacin, Maria Luisa Cesoni, Barbara Lucas. Apprendre à gérer. La politique suisse en matière de drogue, Georg, Genève, 1997, p. 25.
13. Virginia Berridge, «Alcool et drogues en Grande-Bretagne: histoire et politique», in Alain Ehrenberg et Patrick Mignon (dir.), Drogues politique et société, Éditions Descartes, Paris, 1992, pp. 312-313.
14. Virginia Berridge, «Alcool et drogues en Grande-Bretagne: histoire et politique», in Alain Ehrenberg et Patrick Mignon (dir.), Drogues politique et société, Éditions Descartes, Paris, 1992, p. 314.
15. Pierre Fouquet et Martine de Borde, Le roman de l'alcool. Éditions Seghers, Paris, 1985, p. 276.
16. Louise Nadeau, «Évolution du discours sur l'addiction en Amérique du Nord» in Daniel Bailly et Jean-Luc Vénisse (éds.), Dépendance et conduites de dépendances, Paris, Masson, 1994, p. 34.
17. Pierre Fouquet et Martine de Borde, Le roman de l'alcool. Éditions Seghers, Paris, 1985, p. 277.
18. Voir l'ouvrage de Theodore Roszak, Vers une contre-culture: réflexions sur la société technocratique et l'opposition de la jeunesse, Stock, Paris, 1980.
19. Marc Valleur, «Les conduites ordaliques chez les toxicomanes» in Psychotropes Vol. 1, N°3, printemps/été 1984, p. 50.
20. Marie Jauffret-Roustide, Les drogues, approche sociologique, économique et politique. La documentation française, Paris, 2004, p. 112.
21. Rapport de la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues, 2005, p. 30.
22. Rapport de la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues, 2005, p. 36.
23. Jean-Pierre Fréjaville, Françoise Davidson et Choquet Maria. Les jeunes et la drogue. Presses Universitaires de France, 1977.
24. Rapport de la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues, 2005, p. 10.
25. Alain Ehrenberg, «Dépassement permanent» in Alain Ehrenberg et Patrick Mignon (dir.), Drogues politique et société, Éditions Descartes, Paris, 1992, pp. 62-66.
26. Marc Valleur, «Au-delà des produits. Les conduites addictives» in actualité et dossier en santé publique, n° 22, mars 1998.

Adresse mail de l'auteur:

Alexandre.Pollien@unil.ch



RPT: les travaux commencent au niveau cantonal

Josée Martin, directrice adjointe INSOS Suisse, Yverdon

La Réforme Péréquation financière et de la répartition des Tâches RPT qui transfère la responsabilité et le financement de l'OFAS aux cantons concerne également des institutions prenant en charge des personnes toxicodépendantes. Enjeux et mode d'emploi pour se préparer aux changements prévus dès 2008. (réd.)

Dès janvier 2008, les institutions prenant en charge des personnes toxicodépendantes vivront un nouveau changement important pour celles qui sont financées par l'OFAS. En fin 2004, la Réforme Péréquation financière et de la répartition des Tâches RPT a été acceptée par le peuple suisse. L'objectif annoncé de cette réforme était de rendre plus performant le système de répartition des tâches entre la Confédération et les cantons. Le transfert du financement des institutions pour personnes handicapées et des écoles spécialisées a été la pièce financière maîtresse de la nouvelle répartition. Ce qui signifie, notamment pour les institutions d'hébergement et de travail qui sont actuellement de la responsabilité et financées par l'OFAS selon l'article 73 LAI, un changement de partenaire. La responsabilité sera désormais transférée aux cantons.

Les cantons préparent leur plan stratégique

Le transfert de responsabilité se passera en deux temps. En principe, en janvier 2008, les institutions seront assurées de recevoir leur financement antérieur pour une période de 3 ans, à savoir jusqu'en fin 2010. Les récents calculs de répartition financière de l'entier de la RPT ont cependant soufflé un vent de turbulence qui donne espoir aux cantons «perdants» de pouvoir éventuellement repousser la date de 2008. Il faut noter à ce sujet que les cantons romands en général grands gagnants au moment de la votation populaire de 2004 sur ce sujet, ont vu leurs gains se rétrécir comme peau de chagrin. Les modalités de financement durant ces 3 années transitoires ne sont pas encore fixées. Les milieux des institutions préconisent une reconduction des montants actuels affectés pour chaque institution avec une indexation au coût de la vie. La CDAS travaille actuellement en partenariat avec les cantons et les associations d'institutions et d'aide du domaine du handicap sur ce sujet (voir plus loin). C'est en janvier 2010 que le transfert aux Cantons sera donc intégral.

Cette période transitoire de 3 ans a été octroyée par le monde politique pour

assurer une certaine sécurité de l'avenir des prestations des institutions. Elle sera utilisée particulièrement pour l'élaboration des «plans stratégiques cantonaux». Ces plans, sortes de plans directeurs en matière de politique de prise en charge des personnes handicapées, devront être approuvés avant fin 2010 par le Conseil fédéral. Leur contenu est clairement structuré par la Loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides LIPPI. Durant cette période de 3 ans également, les lois de financement des institutions et d'application de la RPT devront être adoptées dans les cantons.

Le plan stratégique cantonal sera un document fondamental sur lequel il vaut la peine de se pencher. Selon la LIPPI, il devra contenir 5 chapitres:

- a. la planification des besoins du point de vue quantitatif et qualitatif
- b. la procédure applicable aux analyses périodiques des besoins
- c. le mode de collaboration avec les institutions
- d. les principes régissant le financement
- e. les principes régissant la formation et le perfectionnement professionnels du personnel spécialisé

La LIPPI concerne les ateliers protégés,

les homes et foyers ainsi que les centres de jour. Certains cantons pourront saisir l'opportunité des plans stratégiques cantonaux pour repenser la politique globale des prestations des institutions comme des offres ambulatoires, des synergies possibles pour tirer profit des compétences des institutions.

Il faut encore souligner que la LIPPI concerne l'accompagnement des personnes «invalides» au sens de l'Assurance-invalidité (AI). Il s'agit donc d'une protection particulière des prestations pour les personnes bénéficiant de l'AI et par conséquent ne concerne pas obligatoirement les personnes non «invalides». La LIPPI a pour objectif d'«assurer à toute personne invalide l'accès à une institution destinée à promouvoir son intégration (art. 1). Chaque canton doit garantir «que les personnes invalides domiciliées sur son territoire ont à leur disposition des institutions répondant adéquatement à leurs besoins» (art. 2). Si un canton ne dispose pas de l'institution adéquate, le canton assumera les frais dans un autre canton (art.7). Quant aux personnes invalides, elles

doivent être assurées de disposer de ces prestations sans «avoir besoin de faire appel à l'aide sociale» (art.7).

Les associations du domaine du handicap d'une seule voix

En septembre 2005 s'est créée la Communauté d'intérêts Mise en œuvre de la RPT pour la défense des intérêts des personnes handicapées. La CI Mise en œuvre RPT rassemble les 14 organisations faitières d'entraide, de parents et d'aide spécialisée de la DOK ainsi que INSOS, Integras, Curaviva, Fondation Cerebral et Visoparents. Son but est de défendre les intérêts des personnes handicapées dans la RPT. Une documentation intéressante est accessible sur leur site www.per-equation-financiere.ch.

En premier lieu, la CI assure le lobbying durant les débats parlementaires sur la législation RPT, notamment la LIPPI et la loi sur les Prestations complémentaires. Egalement, la CI suivra la convention intercantonale qui sera appliquée dès 2010 (pour les tarifs lors de passage d'un canton à

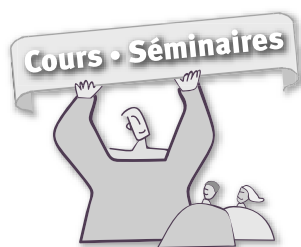
l'autre). La CI participe aux travaux de la Conférence des directeurs d'action sociale CDAS dans le cadre de son groupe de pilotage et des trois groupes de travail instaurés sur la RPT. Les représentants d'INSOS y participent activement en raison de leurs compétences en ce qui concerne les institutions. Puis, la CI agira sur l'application de la RPT sur les cantons. Elle a élaboré des lignes directrices à défendre dans les législations cantonales et les plans stratégiques. Elle s'est pour cela structurée également sur le plan cantonal. Dans pratiquement tous les cantons, la CI Mise en œuvre de la RPT dispose désormais d'un groupement cantonal et d'une personne de coordination. La priorité sera mise sur le plan stratégique cantonal et sur les lois d'exécution cantonales de la RPT. Il est important de participer aux travaux cantonaux par le biais des groupements cantonaux de la CI. Pour la liste des adresses de contact au niveau cantonal, voir sur le site internet.

Adresse mail de l'auteure:

josee.martin@insos.ch

Calendrier RPT

	2004	2005	2006	2007	2008	2009 - 2011
1 ^{er} message relatif à la RPT Modifications de la Constitution	Votation populaire 28 novembre 2004					
2 ^e message relatif à la RPT Modifications de lois - LAVS/LAI - LPC - LIPPI - + 20 autres lois	Consultation	Message du Conseil fédéral 14.9.2005	Session de mars: Conseil des Etats Session d'octobre: Conseil national 20.12.2006: Vote final Délai référendaire 100 jours (dès publication)			
3 ^e message relatif à la RPT - Bilan global définitif - Compléter les bases statistiques - Concept général de l'acte législatif relatif à la PFCC - Garantie du contrôle de qualité / Rapport d'efficacité - Problèmes transitoires			Mise au point Message du Conseil fédéral 27.9.2006	Parlement fédéral Vote final 22.6.2007 Délai référendaire 100 jours (dès publication)		
Mise en œuvre dans les cantons					1.1.2008 La RPT entre en vigueur	
Ratification ACI (Accord-cadre intercantonal)			Parlements cantonaux (entre en vigueur dès que 18 cantons l'ont signé)		Mise en vigueur	
Bases légales concernant la période transitoire 2008-2010 (homes et écoles)				Parlements cantonaux	Mise en vigueur	
Plans stratégiques cantonaux selon la LIPPI (homes et ateliers)					Remise des plans stratégiques au Conseil fédéral (d'ici à 2010)	Dès 2011: plans stratégiques approuvés
Législation homes et écoles spéciales			Elaboration/adaptation	Les lois sont en vigueur dans les cantons au plus tard en 2011.		
CIIS			En vigueur le 1.1.2006 Remaniement (adaptation à la LIPPI)	Remaniement Ratification par les parlements	CIIS remaniée (entre en vigueur dès que 18 cantons l'ont signée)	



Centre de formation du GREAT

La dépendance au tabac et l'opportunité des arrêts simultanés de produits addictifs

Anne-Catherine Merz, co-responsable du Cipret-Vaud ; Corinne Wahl, infirmière tabacologue du Cipret-Genève.
1 jour: 2 octobre 2006
Prix: Sfr. 200.- (membre Great 150.-)

Adolescence et cannabis

Holger Schmid, ISPA, Lausanne; Dresse Sophie Le Garrec, Université de Fribourg; Dresse Isabelle Philippe, Trans-At, Delémont ; intervenant-e du projet Départ, Lausanne ; Viviane Prats, EESP, Lausanne
1 jour: lundi 23 et mardi 24 octobre 2006
Prix: Sfr 400.- (membre Great 300.-)

Une demi-journée journée de rappel pour la prévention des overdoses et les techniques de réanimation

Emmanuel Ducret, Béatrice Gomez Rogers, Jacqueline Reverdin
Mercredi 6 décembre 2006, 9h00 - 12h30
Public-cible: Toute personne ayant suivi l'un des cours Aria «Réduire les risques liés à l'injection et prévenir les overdoses» (module fordd)
Prix: Sfr 100.- (membre Great 75.-)

Comment aborder le sujet de l'alcool ?

Rose-Marie Notz, secteur prévention de la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme (FVA), Lausanne

Public-cible: tout professionnel du champ social ou sanitaire occasionnellement en lien avec des usagers touchés par la dépendance à l'alcool
1 jour: mardi 28 novembre 2006
Prix: Sfr 200.- (membre Great 150.-)

Modules de formation fordd

Conduites addictives et spécificité genre

Adrianna Bouchat, psychologue, DAS, Centre Saint-Martin ; Dresse Barbara Broers, département médecine communautaire, HUG ; Michel Graf, directeur de l'ISPA ; Marianne Modack, sociologue, professeur HES-EESP, spécialiste de la question genre ; Geneviève Praplan, sociologue, ISPA, rédactrice de la Malette genre ; Viviane Prats, sociologue, coordinatrice Plate-forme romande Femmes dépendances
2 jours: vendredi 27 octobre, lundi 6 et vendredi 17 novembre 2006
Prix: Sfr. 500.- (membre GREAT 400.-)
Délai d'inscription: 6 octobre 2006

Traumatisme et dépendances

Jean-Christophe Miéville, infirmier, chef de service au dépt. Universitaire de psychiatrie adulte du DP-CHUV, Lausanne ; Pierre Jaquier, assistant social, chef de service au centre Loi d'Aide aux Victimes d'Infractions (LA-VI), Lausanne ; Roland Gammeter, psychiatre-psychothérapeute FMH, anc. chef de clinique et médecin associé universitaire ; Isabel Eiriz, psychologue FSP, resp. sect. formation, Appartenances, Lausanne ; Philippe Conne, psychologue, Appartenances, Yverdon ; Christine Davidson, médecin psychiatre, MD consultations psychia-

triques, Genève ; Philippe Maso, infirmier spécialiste clinique, Genève
3 jours: mercredi 1 novembre, lundi 13 et jeudi 30 novembre 2006
Sfr 500.- (membre GREAT 400.-)
Délai d'inscription : 11 octobre 2006.
Le cours accueille 20 participants au maximum, les inscriptions seront retenues par ordre d'arrivée

Groupes d'entraide

Enzo Negro, formateur en ressources humaines, Belmont
3 jours: mercredi 8, jeudi 9 et vendredi 10 novembre 2006
Prix: Sfr. 510.-
Délai d'inscription: 18 octobre 2006

Addictions et travail sous contrainte

Bruno Gravier, PD et MER, médecin responsable SMPP ; Messaoud Benmebarek, médecin psychiatre, chef de clinique adjoint, SMPP ; Philippe Delacrausaz, psychiatre, chef de clinique, unité d'expertise, DUPA, Cery ; André Vallotton, délégué aux Affaires Pénitentiaires (DSE), ancien chef du Service Pénitentiaire du canton de Vaud, ancien directeur des EPO
3 jours: vendredi 1er décembre, lundi 4 et mardi 5 décembre 2006
Prix: Sfr. 500.-
Délai d'inscription: 10 novembre 2006

Programme complet et informations:
GREAT - Fordd, case postale 638,
1401 Yverdon, 024 426 34 34,
fax 024 426 34 35, info@great-aria.ch



Revue éditée par

sfa/ispa



GREAT