

Colloque anniversaire de l'AMPTA 20 et 21 octobre 2006

Monsieur Jean Victor CORDONNIER, Président de l'AMPTA

Je voulais dire en ce lieu chargé d'énormément d'histoire, 600 ans avant JC, à coté, un émigré est arrivé déjà, mais une femme marseillaise a su reconnaître en lui, ce qu'il pouvait apporter de l'extérieur et en plus de ça, il arrivait déjà avec des produits inconnus, agréables au goût, il arrivait avec l'huile d'olive et les oliviers.

Première tentation d'un commerce qui pouvait arriver à une certaine forme d'addiction, puisque aujourd'hui qui pourrait en Provence se passer de l'huile d'olives ?

Quelque temps après dans une rue pas très loin d'ici, un chanteur dans un club entonne une chanson où on parle de liberté de sang et d'orgueil, les fédérés marseillais s'en emparent, montent à Paris déjà !, et méridionaux courageux mais cabots, le soir au bivouac, ils font quelques sous en chantant cette chanson.

Mais ils l'entonnent aussi à (Valmi ???) et la république en fait son hymne national.

Puis ici nous sommes à l'Alcazar, en ce lieu où le peuple de Marseille reprend derrière Mayol, derrière Fernandel, l'opérette Marseillaise, la chanson, nous sommes là au plein cœur d'une ville dont je sais que l'image à l'extérieur, peut dire :

“ ah le quartier Belsunce, c'est là que bat depuis des millénaires, le cœur de notre ville ” et que où doit se passer l'avenir de notre ville c'est aussi ici.

Mélange de civilisation, mélange de culture qui fait que cette ville se battit, prend sa position dans la nation mais toujours un peu frondeuse, revendique la décentralisation.

Au travers de ceci, il se passe qu'aux environs de juin 1984, le Maire en exercice : Gaston Defferre, déjà décentralisateur à quelques pas d'ici, au bas de la rue Bernard Duroy, réunit un certains nombres d'élus, que je me permettrai de citer car ils sont les membres fondateurs de notre association : “ Madame De Laval, Mr Peschard, Mr Lazzarino, et Mr Weygand ” et il nous demande, avec moi-même, de créer une association de protection, de défense, d'analyse du phénomène des toxicomanies à Marseille : l'AMPTA vient d'être créée.

En 98 ; de Marseillais, nous ne pouvions que devenir méditerranéens, et en 2002, pour répondre aux modes, nous devenons “ addictions ”, voilà notre histoire !

Et aujourd'hui, vous êtes réunis ici, parce que nous voulions marquer cet événement. Comment le marquer ? d'une manière festive certes, d'une manière grave aussi et avec une capacité quand même de réfléchir sur ce problème en lui donnant une dimension méditerranéenne.

Madame GAUNET-ESCARRAS, Adjointe au Maire, vous représentez ici Mr GAUDIN. Il y a toujours eu entre la ville de Marseille et l'AMPTA, ne serait ce que par sa vocation de création, des liens privilégiés.

Monsieur GAUDIN avait accepté d'être aujourd'hui Président de cette séance, il vous en a confié sa représentation et ce n'en est que justice, compte tenu de vos activités à l'intérieur du Conseil Municipal, mais je voudrais à cet instant là, signaler quelque chose : on peut avoir des divergences d'idéologie sur la société : je fus un adversaire politique de Mr GAUDIN, la collaboration qui a toujours existé avec la ville de Marseille dans la lutte et la prévention contre les toxicomanie, a été

exemplaire et je dois donner acte que tant, de votre côté (municipal) que de notre côté, ce ne fut jamais un enjeu politicien électoraliste.

La gravité du problème qui nous réunit ici aujourd'hui a su mobiliser nos intelligences pour que jamais ceci ne soit une banderole de manifestation de ??.

Le professeur Mattei a même à une époque, où il était en charge de cette responsabilité auprès de Mr GAUDIN, puisé dans la compétence du personnel de l'AMPTA pour renforcer des structures municipales, pour vous dire !!!

Mr Joseph CANAPA, c'est le vice président du Conseil Régional auprès de Mr VAUZELLE.

L'engagement peut être là aussi un peu différent du point de vue idéologique, même si sur certains points il se rejoint.

Le front sur lequel les hommes qui s'intéressent à leurs concitoyens, permet de lutter sur un certain nombre de fléaux, lui aussi ne passe pas par des clivages.

Et tant auprès de vous qu'auprès du Président du Conseil Régional, nous avons toujours trouvé l'appui qui permet d'avancer dans ce que nous sommes capables de faire et au niveau de la région, nous sommes à la commande, disponibles pour répondre à tout enjeu que vous voudriez mettre en place dans ce domaine.

L'autre partenaire c'est l'Etat, la Préfecture, la Direction départementale de l'action sanitaire et sociale dont Madame FLOCH-LAVIT représente cette structure.

Je serais tenté de dire à cet instant, les DDASS passent, l'AMPTA persiste.

Non pas que nous ayons des difficultés de relation, loin de là, au contraire, nous allons tous dans le même sens, mais avec l'ironie de l'affection, je dirais qu'il est quelques fois difficile, pour des responsables d'association comme la nôtre, d'être obligé de ré-expliquer aux différentes périodes de mouvements préfectoraux, ce que nous faisons.

Mais peut être que nous sommes bons car à chaque fois, cela se traduit par quelque chose d'efficace.

La Direction de notre structure depuis sa création est passée par différentes personnes.

Il y a eu d'abord, Mr BORELLO qui est parti vers d'autres fonctions nationales, après il y a eu Mr TANCHE, qui est ici et qui nous dira quelques mots et juste avant cet anniversaire, épuisé qu'il avait été par son Président, il a vite passé la main à Mr SANTUCCI, pour que ce soit lui qui, prenant en renne la structure, soit obligé en même temps d'organiser cette manifestation.

Donc là, se trouve à ma droite, l'homme qui a, avec toute l'équipe qui l'a aidée, et que je souhaite saluer aujourd'hui, organisé cette manifestation.

Vous allez pendant 2 jours réfléchir, ce soir on va se détendre : nous serons avec les membres du conseil d'administration, toujours là, intéressés par ce que vous faites et en vous rappelant que ceux qui sont les plus aptes à nous faire les propositions qui nous appartiennent, tant au niveau des élus que des associations comme la nôtre, de mettre en application, c'est grâce à votre compétence, grâce à votre engagement, grâce, dans certains cas à votre bénévolat que ceci, arrive à se faire.

Et si nous obtenons des résultats et bien c'est plus grâce à vous qu'à d'autres que nous les obtenons.

Je sais aussi la difficulté que cela représente d'être au quotidien, avec le désespoir, il faut une force de caractère très importante, et je sais combien certains d'entre vous,

et à cet instant je pense même à ceux qui ont été jusqu'à l'issue fatale dans ce domaine là, ce que cela représente de déséquilibre dans la vie familiale, privée, sociale, que de s'engager dans la voie où vous vous êtes engagés.

Avant de passer la parole à la représentante de Mr le Maire de Marseille, je tenais à vous saluer et à vous en remercier.

Vous aurez marqué tout au long de ces 20 dernières années, j'aimerais être le président d'une association qui va s'éteindre parce qu'elle n'a plus d'objet, mais la réalité m'amène à penser que nous n'en sommes pas encore là et pour les années futures, sachez que je pense surtout en ce lieu historique que l'histoire se souviendra (au moins anonymement), de l'engagement qui a été le vôtre, là où vous vivez, là où vous vous êtes engagés et que nous aurons quelques uns la fierté de penser que c'est de Marseille encore une fois que la nation a eu à remercier pour ce qu'il a fait.

Je vous souhaite une bonne journée.

Madame, vous avez la parole.

Madame GAUNET-ESCARRAS, Ville de Marseille.

Mesdames et Messieurs, tout d'abord je suis très fière d'être ici aujourd'hui, car c'est comme l'a signalé Mr CORDONNIER, un moment symbolique dans cette ville et avant de lire ce discours qui m'a été préparé, je voulais dire avec émotion ce qui vient à l'esprit quand Mr CORDONNIER parlait, à savoir que nous sommes dans une ville où il y a deux mots qui nous unissent "différence et l'unité". On s'est toujours retrouvés présents tous unis contre les grandes causes depuis 26 siècles et pourvu que cela continue.

Nous sommes effectivement tous réunis aujourd'hui dans notre belle ville de Marseille à l'initiative de l'AMPTA et je vous remercie Mr le Président et Les 2 Directeurs, de ces journées que vous proposez à l'ensemble des professionnels, aux usagers, aux élus qui viendront nombreux, je l'espère, car ils ont beaucoup à apprendre sur cette thématique, pour comprendre ce qui se passe dans cette ville à ce niveau là.

Nous retrouvons dans le programme de ces 2 journées cette exigence de réflexion, l'ouverture dans la prise en compte des questions de drogues et toxicomanies, vers lesquelles l'AMPTA a toujours su nous inviter à aller.

Il faut parler du lien entre la ville et l'association, comme on parle d'une histoire entre proches, histoire mêlée de préoccupation, d'actions communes mais aussi d'affect, c'est indispensable et de recherche de la juste distance.

L'association marseillaise de prévention des toxicomanies n'est-elle pas née en 1984, comme on le soulignait, d'un besoin identifié par le comité antidrogue de la ville de Marseille, puisque tel était son nom quand il s'est rassemblé ?

La Ville souhaitant voir la mise en place d'une structure qui apporte des réponses aux toxicomanes et leurs familles sur un registre psychosocial. Et la création de l'AMPT est alors soutenue par Mr Deferre qui met à disposition des locaux.

Et si 1998, elle devient méditerranéenne, elle ne délaisse pas autant Marseille et les marseillais. Les quartiers nord deviennent les terrains de l'expérimentation et de la construction de méthodologies d'interventions urbaines en matière de prévention et ça continue. Ce sont à la fois des actions de prévention primaires qui sont développées mais aussi des actions ingénieuses de mobilisation d'un environnement social et de ses acteurs pour tenter de faire face, de gérer les conséquences sociales de la drogue.

En effet, les quartiers populaires de notre ville ont payé comme nous le savons un lourd tribut à ce qui a été qualifié par certains alors de la période de démocratisation des drogues : l'épidémie du sida, qui va toucher dramatiquement les usagers de drogues, viendra meurtrir notamment de nombreuses familles de ces quartiers.

Et dans ces espaces de quartiers d'habitat social, l'AMPTA a su innover mais aussi conceptualiser son expérience. Elle est venue ainsi appuyer la ville dans les exercices nouveaux nouveaux auxquels elle devait se livrer avec la mise en place des conseils communaux de prévention de la délinquance et les contrats de ville.

Ce sont à la fois les savoirs issus de ces expériences urbaines mais aussi de la clinique qui ont pu, avec souvent une grande pédagogie, être partagés avec tous les élus municipaux et leurs équipes techniques.

Et c'est bien dans cette dynamique que notre ville a toujours affiché l'idée d'une politique de prévention qui articule soins et prise en charge des usagers, prévention réduction des risques et lutte contre l'offre.

Acteur d'innovations, acteur précurseur, l'AMPTA a su accompagner les modifications profondes de pratiques, tant pour ses propres techniciens que pour ses proches collaborateurs dans notre espace urbain et rappelons l'ancêtre du Stéribox, ce petit sac en papier contenant seringues, préservatifs et informations, distribué avec respect, dignité et empathie aux usagers de drogues par les pharmaciens du 13^{ème} arrondissement à l'époque.

Dans le même ordre d'idée, je pense à l'ouverture de Transit, 1^{ère} boutique française, à la formation des médecins, des pharmaciens, des gardiens d'immeuble, aux initiatives prises à partir de centre de documentation, aux premières consultations cannabis et à bien d'autres choses encore dont vous aurez l'occasion de parler tout au long de ces 2 journées.

Reconnaissant ce partenariat étroit et la compétence spécifique de l'association de 1995 à 1996, la ville mais aussi l'état, l'ont choisi comme prestataire pour les aider à construire une politique publique d'envergure sur notre territoire au travers de la préfiguration d'une équipe opérationnelle au sein de la nouvelle mission sida et toxicomanie de la ville.

En effet, en juin 1995, en faveur du changement de la nouvelle équipe municipale, Jean Claude GAUDIN, nouvellement élu, a confié comme tout le monde le sait au Professeur MATTEI, une délégation sida et toxicomanie.

Au delà de son implication dans ces actions de prévention, la municipalité a souhaité s'engager dans un programme politique fort de l'avis de tous, la responsabilité et la relation de proximité qu'entretiennent les élus et les services municipaux avec la population, constituent un atout majeur dans la prise en compte des questions de sida et toxicomanie ???

Et comme vous le savez également cette politique est basée sur 3 principes : respect et intégrité des personnes nécessaire solidarité, globalité de la politique à mener qui se construit sur et avec 2 axes prioritaires qui sont prévention et réduction des risques et accès aux droits.

Et c'est désormais sous ma responsabilité que la mission sida et toxicomanie, est depuis prévention des conduites à risques conduit au sein de la direction de la santé publique de la ville une action qui vise à construire des actions publiques efficaces, concertées, coordonnées avec vous tous qui concourent également à la mise en place de réponses adaptées aux besoins et à l'évolution de ceci et qui soutient à capacité et la qualité d'intervention des acteurs locaux que vous êtes tous.

A ce titre le soutien financier de la ville en direction de l'AMPTA au titre de ma délégation mais aussi celui de la politique de la ville, fait légitimement partie des

plus importants budgets accordés par la Ville. L'action de l'AMPTA est aujourd'hui un partenaire conséquent de notre action et je pense tout particulièrement au CIRDD, cheville ouvrière définie par la politique de la MILDT.

Au travers de nos partenariats nous partageons nos savoirs, nos valeurs et partageons la qualité du service rendu à Marseille et aux marseillais.

Je vous souhaite deux jours extrêmement fructueux et merci infiniment de votre présence sur Marseille.

Monsieur CORDONNIER

Merci beaucoup Madame.

Monsieur Joël CANAPA, je vous en prie.

Monsieur CANAPA, Conseil Régional

Mesdames et Messieurs le voulais moi aussi, saluer Madame GAUNET-ESCARRAS, représentant la ville, Madame FLOCH-LAVIT, représentant la DDASS, le Président CORDONNIER de l'AMPTA et le remercier aussi pour cette ouverture qui a été faite et qui nous permet de nous rassembler quelque soient nos provenances et nos origines sociologiques, politiques ou théologiques sur les problèmes qui touchent la société dans son ensemble, sans regarder et sans distinction de quoi que ce soit.

Et je voulais aussi signaler que régulièrement avec Madame GAUNET, avec l'Etat, avec les associations, nous travaillons sur les questions de santé.

Nous pensons ce que nous pensons de la société et de l'organisation qu'elle a ou qu'elle devrait avoir mais sur les questions qui nous rassemblent, nous travaillons sans jamais nous poser la question de savoir si nous étions de l'UMP, de l'UDF, du PC du PS ou d'ailleurs, nous travaillons en tant qu'élus, je pense pour l'intérêt général et le bien commun.

Je voudrais dire que c'est évidemment une véritable satisfaction d'être parmi vous pour participer à l'ouverture de ce colloque qui vient marquer les 20 ans d'une grande association que JV CORDONNIER l'a décrit tout à l'heure. Je voudrais vous remercier en mon nom personnel et au nom du Président VAUZELLE que je représente aujourd'hui pour le travail irremplaçable que vous tous effectué au quotidien.

Depuis 20 ans vous intervenez dans un domaine extrêmement difficile dans le domaine des addictions, pour informer, soigner, prévenir, réduire les risques et soigner, tant au niveau de l'action préventive que thérapeutique vous agissez avec professionnalisme, c'est à dire on pense d'une démarche associative empirique avec tout ce que cela suppose : de dynamisme et de bonnes choses, à une démarche structurée qui s'appuie sur les professionnels qui forment des professionnels qui ont la pratique pour aller au contact de ceux qui souffrent sans porter trop de souffrance eux même. Vous agissez avec professionnalisme avec un sens de l'éthique et de déontologie remarquable qui fait, et ça je crois que c'est réellement important, de chaque citoyen un véritable acteur de sa santé et surtout qui vise à ne jamais juger, ni même diaboliser l'utilisateur de drogue.

Vous êtes là pour comprendre, aider, expliquer et c'est là une mission qui est parfaitement noble.

Une des raisons pour laquelle la région vous soutient depuis plusieurs années, bien que la région ne dispose dans ce domaine d'aucune obligation légale en matière de santé publique et ce ne sont pas les lois d'août 2004 qui ont changé quoi que ce soit, à cet état.

Nous n'avons pas d'obligation en revanche nous pensons avoir une légitimité. Les différentes lois de décentralisation depuis 1982, nous ont confié la gestion des lycées, des centres de formation pour apprenti, une forte participation dans les missions locales, une participation importante dans les universités. Jusqu'encore récemment la loi nous confie les personnels non enseignants dans les lycées. Comment pourrait-on s'occuper des murs, des réseaux, de la cantine sans s'occuper des jeunes qui vivent à l'intérieur des bâtiments et nous concevons que ces lois de décentralisation, de fait, nous donnent une légitimité et une réelle responsabilité sur l'ensemble de ce " bloc " que l'on identifie comme " jeunes " la tranche 16/25 ans que nous retrouvons dans la plupart des actes de l'institution que nous dirigeons.

Nous avons donc cette responsabilité vis à vis de ces jeunes, nous avons fait le choix de l'exercer pleinement en prenant en compte l'ensemble des facettes qui interagissent pour faire la vie des jeunes, la santé étant évidemment une des plus essentielles.

Depuis 1998, même avant, la région a développé une politique ambitieuse notamment concernant la prévention et l'éducation à la santé. Dans cette optique nous accordons une attention toute particulière aux actions d'information et de prévention concernant toutes les drogues licites et illicites en direction des jeunes car nous le savons tous l'adolescence est une période sensible où le mal-être ou parfois simplement l'envie de tout essayer et de faire comme les autres conduit à des actes graves et dangereux comme l'usage des drogues, et en même temps il y a aussi le poids de la société, le poids de l'environnement social qui fait que l'on y goûte pas simplement parce qu'on a envie de fumer parce que les autres font cela, mais parce qu'il y a aussi un malaise général dans cette société qui conduit à des dérives qui conduit à des déviances.

Cette action nous l'avons menée notamment dans le cadre du contrat de plan état région et plus particulièrement dans le cadre du programme régional santé des jeunes qui s'est terminé en 2005. Je ne veux surtout pas être désagréable pour la représentante de l'état (je ne le serais pas), mais je ne peux pas évoquer le contrat de plan sans dire l'inquiétude réelle qui nous taraude, je ne fais pas non plus de politique je l'ai exprimé hier au secrétaire général pour l'administration régionale devant l'absence de proposition émanant de l'état pour une poursuite dans un cadre partenarial contractuel et pluriannuel qu'est le contrat de plan état région de cette politique que nous menons pour la santé des jeunes, de la santé des plus démunis, de l'illettrisme etc...

On nous promet des contractualisations, nous verrons bien ce qu'elles seront, je ne veux pas en juger d'avance, on est inquiet que ces questions de santé, de cohésion sociales ne puissent pas être mises au même niveau que les autres problèmes, les infrastructures, que les gares que les routes, qu'elles ne soient pas considérées au moins aussi importantes que ce qui est dit comme étant structurant. J'ai promis de ne pas être désagréable donc je m'arrêterai là.

Nous accompagnons diverses initiatives notamment et surtout les mamans du secteur associatif relative à la prévention et à l'éducation des jeunes visant à prévenir les conduites addictives. A ce titre, la Région est liée à l'AMPTA par une convention ce qui marque la force du partenariat dans lequel nous voulons travailler. Ce partenariat qui est renforcé depuis août 2005, puisque la loi de santé publique d'août 2004, confère aux régions la possibilité de mener une politique autonome en matière de santé publique, la région a décidé de renforcer sa politique volontariste et autonome en la matière. Donc chaque année, nous nous appuyons sur les centres de ressources qui nous font de l'ingénierie, qui nous éclairent sur les grands enjeux, à partir de ces

propositions la région définie et met en œuvre un programme prioritaire dans le champs de l'éducation à la santé des jeunes qui vise notamment à assurer une couverture homogène de l'ensemble du territoire.

C'est à dire que nous voulons d'une logique de guichets où l'on vient nous faire passer des propositions que nous allons financer, à une logique d'appels à projets considérant que la Région doit être unitaire et que quel que soit l'endroit où on habite même si c'est au fond d'une vallée difficile d'accès, s'il y a un lycée, une mission locale, les jeunes qui sont rattachés à ces établissements, doivent pouvoir être chaque année touchés par une action de prévention.

Afin de favoriser l'élaboration de ces programmes annuels de santé, l'élaboration et de suivi de la réalisation, nous avons mis en place un comité d'élaboration et de suivi composé de nos principaux partenaires (CRIPS-CRES – AMPTA ou plutôt son CIRDD : le centre information régionale sur les drogues et les dépendances).

Vous le constatez, les buts que vous vous êtes fixés rejoignent les préoccupations de la région PACA qui vise à offrir à nos jeunes les meilleures conditions de vie et d'épanouissement. J'espère que vous porterez le plus vif intérêt aux débats qui vont suivre.

Avant de terminer tout à fait, je voulais après le Président Jean Victor CORDONNIER saluer l'engagement de chacun ceux qui sont ici, ce qui n'y sont pas, ceux qui sont passés par l'AMPTA, car je pense que professionnels ou bénévoles un engagement dans un domaine comme le vôtre, ça n'est pas un engagement banal c'est un choix de vie, qui engage sa vie toute entière, une vie au service des autres mais dans le domaine des plus difficile qui puisse se trouver. Donc je voudrais au nom du Président de Région et moi même vous féliciter et saluer l'engagement qui est le vôtre et souhaiter au nom de Michel VAUZELLE et moi même de grands succès à vos travaux, une très bonne journée et un bonne soirée aussi et nous serons attentifs à la restitution mais que de la partie travaux.

Monsieur CORDONNIER

Merci.

Madame FLOCH LAVIT, il vous appartient de prendre la parole.

Madame FLOCH LAVIT – Inspecteur Principal - DDASS 13

Monsieur le Président, Messieurs les Directeurs, Mesdames et Messieurs, je pense que je vais être la parfaite illustration de ce que disait Mr CORDONNIER tout à l'heure en introduisant son discours, sur les rapports entre la DDASS et l'AMPTA, ou l'Etat, puisque autant Monsieur TANCHE a laissé le soin à Mr SANTUCCI d'organiser le colloque, autant Gérard CORUBLE, le collègue médecin inspecteur de la santé qui a beaucoup travaillé avec vous ces dernières années, s'est arrangé pour que ce soit moi qui commence à peine de s'occuper de ce secteur, que ce soit moi qui fasse ce discours sur les rapports entre l'Etat et l'AMPTA.

En tout cas ce que je peux dire c'est que je serais capable sans un papier de dire tout ce que je pense de l'AMPTA mais là, je vais être le porte parole de tout ce que l'équipe de la DDASS pense de l'AMPTA, du travail effectué ensemble et tout le bien qu'elle en pense. Donc vous me permettrez d'avoir un peu plus le nez dans mon papier

Ce que je dois dire aussi c'est que sans doute ce passage de personnes différentes dans le service permet néanmoins une fraîcheur de regard et que parfois nos

questions très naïves lorsque nous venons découvrir un dispositif, nous permettent et vous permettent sans doute, de nous réinterroger sur les orientations, sur les priorités sur les pratiques et qu'à ce niveau là il est assez intéressant finalement que les anciens et les plus nouveaux sur ce dispositif se rencontrent fréquemment.

Ce que me disent mes collègues qui ont déjà eu la chance de travailler avec vous depuis plusieurs années, c'est le caractère, qui a déjà été souligné tant par Madame GAUNET-ESCARRAS que par Mr CANAPA, très novateur de l'AMPTA, et que très souvent l'AMPTA nous a tiré par la main en nous montrant le chemin, en anticipant un certain nombre de différentes mobilisations aussi bien au niveau du public qu'au des techniciens, au niveau des villes au niveau des institutions que nous sommes et donc a donné très souvent, une direction qui a permis de restructurer complètement un dispositif, d'innover et de le restructurer au fur et à mesure, un dispositif au service du public et un public en grande difficulté.

De ce fait l'AMPTA a apporté une qualité, une diversité de réponses qui en font un acteur absolument pivot des dispositifs spécialisés dans le département.

Alors, je vais très rapidement faire un historique parce qu'on l'a déjà largement évoqué :

Dès février 1985, il y a l'ouverture d'un centre de soins rue Sainte Barbe qui après son déménagement et l'ouverture du programme méthadone va devenir le CSST Nationale.

On peut dire aussi un point important, en 1989 la mise en place de structures intercommunales d'accueil et de prévention destinées à répondre localement aux besoins des usagers de drogues et de leurs familles, parce je crois aussi qu'il est très important, au delà de leur soutien aux personnes qui ont un problème d'addiction, il y a le soutien de toute la constellation familiale.

Dès 1991, l'AMPTA se met au service des élus et techniciens des villes par la constitution d'une équipe "stratégie locale de prévention".

En 1993, c'est l'ouverture de la première boutique d'accueil "bas seuil" pour les usagers les plus en difficultés.

Toujours en 93, année faste, il y a la participation à la convention départementale d'objectifs Justice Santé (CDO)

En 94, l'ouverture du premier programme méthadone du département et en 1999, la Mise en place du CIRDD PACA.

En ce qui nous concerne au niveau de l'Etat en tout cas, en 2003, une étape particulièrement importante est franchie, tout simplement parce qu'on va se donner les moyens de structurer réellement ce dispositif et donc de rendre plus pérennes les actions que vous menez. Et cela va se traduire par un apport important sur le plan juridique et financier, pour que l'on se retrouve avec deux établissements médicaux sociaux à l'automne 2003 :

- Le CSST nationale : le centre d'accueil et de soins qui conformément aux missions dévolues aux CSST par le décret du 26 février 2003 assure ses missions avec les 4 sections qui lui sont rattachées :
 - un dispositif d'hébergement de transition et d'urgence
 - une permanence d'accueil des jeunes usagers (usages problématiques) et parents
 - une permanence d'accueil et d'orientation située à Aubagne

- et sur le pourtour Ouest Etang de Berre, le CSST situé à Martigues dont la particularité, particulièrement intéressante, c'est qu'il constitue un dispositif intercommunal intervenant au bénéfice de 5 communes. Et je crois que dans les perspectives qui nous attendent, pour les années qui viennent, on sait combien les dispositifs structurant intercommunaux prennent toute leur place à une époque où l'on se retrouve dans le cadre du plan régional de santé publique dans une notion de territoires de proximité, très proche de ce qui concerne une communauté d'agglomération et de pays et donc d'intercommunalité.
- A l'automne 2004, la permanence dédiée aux jeunes consommateurs avec usages problématiques devient après désignation officielle, une consultation d'évaluation et d'accompagnement des jeunes usagers de cannabis et substances psychoactives, dite "accueil cannabis", cela montre une volonté forte de l'état d'appuyer et de rendre visible toute l'action mise autour de cet accueil pour les jeunes.
- en 2005, le dispositif de soins spécialisés, et notamment le dispositif de Martigues sont stabilisés et consolidés sur le plan technique et financier par l'Etat
- A compter de fin 2005, on retrouve le caractère tout à fait novateur de cette structure, par la préfiguration d'un "CSAPA expérimental" à Aubagne, en charge de l'accueil, de la prise en charge et la prévention des usagers alcoolodépendants et des toxicomanes.
Ce dispositif vient de démarrer au mois de septembre 2006 et la encore nous remercions l'AMPTA de nous accompagner sur des dispositifs novateurs.

En conclusion, ce que je retiendrai :

L'AMPTA n'a cessé de développer et d'adapter ses réponses au plus près des attentes et des besoins de tous ceux qui sont concernés par l'usage des substances psychoactives licites ou illicites :

Qu'il s'agisse

- des plus jeunes à titre préventif, de leurs familles
- des usagers dépendants pour réduire les risques ou les dommages liés à leurs consommations et leur permettre de s'engager dans une démarche de soin et de réinsertion,
- des professionnels pour partager les savoirs et les pratiques, coordonner les actions, et faire évoluer les représentations et améliorer le niveau d'information, ce qui paraît capital dans le travail que nous devons mener ensemble.

Je voulais faire un hommage particulier aux équipes de professionnels formées, qui agissent dans le respect des parcours et des rythmes individuels et croient à la responsabilité et à la capacité des publics à être acteurs de leur santé.

Je vous remercie.

Jean Victor CORDONNIER

Merci beaucoup Madame. Ce sera sans doute avant 20 ans, au travers de la compréhension des textes que nous avons pu percevoir que vous serez à même de mieux apprécier.

Alors doit on l'appeler ex-directeur- past directeur, cheville ouvrière depuis de nombreuses années, celui qui a supporté son président : enfin je crois que vous tous

ici vous lui reconnaissez la qualité de son professionnalisme, sa disponibilité et son humeur toujours égale : Monsieur TANCHE, vous avez la parole.

Bruno TANCHE

Merci Président, je ne sais pas si le diaporama est en place.

Je ne sais pas ce que l'on va retenir de ces journées, en tout cas ce que je sais c'est que vous allez tous devenir d'excellents spécialistes de l'historique de l'AMPTA, puisque je vais pouvoir vous présenter un peu plus en détail la 4^{ème} de la matinée après les différentes personnes.

Je suis donc Bruno TANCHE et j'ai dirigé l'AMPTA durant vingt ans, avant de passer le relais en début d'année à Jean Jacques SANTUCCI, actuel directeur.

Pour éclairer différemment les précédents historiques, il m'a été demandé de vous présenter rapidement, quelques uns des points marquants du développement de l'association et des différentes évolutions qu'elle a suivie.

La chronologie que vous avez sous les yeux, s'étale sur 21 années d'un travail visant à développer et adapter nos réponses au plus près des attentes et des besoins des milliers de personnes, qui concernés par l'usages de substances psychoactives se sont adressées à nous.

Je vous propose un déroulement à la fois chronologique et thématique.

3 Grands moments marquer par les changement d'intitulé de l'association :

- 1984 Une structure associative crée a partir d'une initiative municipale et d'un financement de l'état
- 1988 Notre volonté de nous démarquer du local et d'élargir nos perspectives notamment vers le pourtour Méditerranéen.
- 2002 Adoption du concept d'addiction et donc le choix de travailler auprès d'un public beaucoup plus large et diversifié.

C'est donc fin 1984, début 1985 que s'ouvre en plein centre de Marseille, rue Colbert, a moins de cent mètres d'ici, le centre d'accueil de l'AMPT. Ce dispositif propose alors une prise en charge que l'on peut qualifier de psychosociale et qui aux yeux des élus et décideurs nationaux se veut être complémentaire de la seule autre structure reconnue en matière de prise en charge des usagers de drogues, qu'est l'Intersecteur des Toxicomanie dirigé par le Dr. Prat, que je salue ici.

L'Intersecteur appartient au service public, il est rattaché à l'hôpital psychiatrique. C'est une structure ancienne, crée parmi les toutes premières du secteur de la toxicomanie et elle occupe naturellement une place prépondérante. La confrontation de nos idées respectives, sera rugueuse.

En effet, les débats de l'époque sont virulents. Ils tournent autour de la question de la liberté, de la délinquance, de la maladie : la toxicomanie appartient-elle au champs des pathologie mentale où bien s'agit-il d'un désordre psychosocial, comportemental ? L'usager est-il un malade, un rebelle, voire les deux à la fois ? Le médecin a t'il sa place dans les services spécialisées ? Vingt ans après certaines positions apparaissent comme surréalistes.

Ne pas être médicalisé, se revendique, alors, dans certaines structures comme une prise de position idéologique, comme le refus d'avoir recours à la prescription qui ne ferait que substituer un produit de dépendance à un autre.

La tutelle nationale, qui revendique elle un dispositif diversifié et ne dispose que de crédits limités, ne se précipite pas à l'époque pour insuffler une politique différente. Nous allons donc être contraint de fonctionner durant un certain nombre d'années, sans personnel médical.

Les problématiques somatiques ou les questions de sevrages seront sous-traitées à un certain nombre de services hospitaliers avec lesquels nous allons travailler, cela mérite d'être précisé, dans un contexte relationnel d'une qualité rarement égalée..

J'en profite pour remercier Jacqueline JOUGLARD du Centre Anti-Poison de Marseille, Philippe Jean, Alain SIMONCINI et les équipes de l'époque qui acceptaient nos patients avec intérêt et professionnalisme.

Pour en revenir au Centre d'accueil et de soins :

Il dispose dès 1986, d'une équipe " psycho-socio éducative " qui va progressivement s'étoffer.

Il reçoit, chaque année, environ 500 usagers de drogues. Différentes possibilités de prise en charges sont organisées : accès au sevrage ambulatoire ou en milieu hospitalier, soutien psychologique, départ en Post-cure, accompagnement social et éducatif, accès aux droits sociaux, etc ... L'équipe accueille et soutient également les familles ou l'entourage de personnes en difficultés avec les drogues.

Un centre de documentation et de recherche A ce dispositif va rapidement s'agréger, un petit centre de documentation, destiné aux professionnels et aux familles, qui va progressivement prendre de l'ampleur.

En effet, si la question du soin demeure centrale, une autre question préoccupe de plus en plus de professionnels : celle de la prévention.

Si presque tout le monde s'accorde sur sa nécessité, personne ou presque ne sait quoi faire, comment le faire et auprès de qui !

Les modèles s'affrontent, les initiatives fleurissent et certains lycéens, sans doute très amusés voient défiler, pêle-mêle, gendarmes munis de mystérieuses mallettes, éducateurs, médecins militants, scientologues, ex-toxicomanes issus du " Patriarce ", ...

Souvenons nous que l'association " Le Patriarce ", bénéficie à l'époque d'un crédit important (sans mauvais jeu de mot) notamment auprès des autorités judiciaires et de certaines collectivités territoriales sans oublier les familles souvent séduites par le projet communautaire de cette association.

Des petits groupes militants tenteront à plusieurs reprises d'ouvrir des appartements collectifs mais ils seront contrecarré par la DDASS qui leur refusera tout financement et toute habilitation, en tout cas dans notre département.

Ceci n'empêchera, ni les familles, ni un certain nombre de magistrats, de médecins ou d'assistantes sociales de placer de nombreux usagers dans les multiples communautés existantes en France et à l'étranger. Il est vrai que peu de gens s'offusquent, alors, de la perspective d'enfermement des toxicomanes souvent considérés comme irresponsables. Le ministre de la justice de l'époque se nomme Albin CHALANDON **Des expérimentations dans de nombreux domaines en matière de prévention " équipe stratégie locale "**

Naturellement la question de la délinquance est au cœur des préoccupations publiques, les toxicomanes emplissent les prisons, a tel point qu'il faut en construire, les seringues, paraît-il, jonchent les rues et les élus sont régulièrement interpellés sur ces questions.

Ils vont alors se tourner vers les " spécialistes " et solliciter des actions de prévention sur leurs territoires.

On commence à parler : de politiques territorialisées, de travail sur les quartiers, de politique de la ville, et pour répondre aux demandes de plus en plus pressantes, nous allons constituer un service qui s'intitulera " stratégies locales ".

L'équipe qui le constitue va largement s'investir dans "la méthodologie de prévention, l'ingénierie de prévention " mais également sur le terrain.

Elle réalisera un grand nombre d'intervention sur site, et élaborera, largement avant l'heure, une méthodologie de diagnostic partagé.

Une trentaine de ces diagnostics locaux, véritable cartographie du phénomène drogue seront conduits sur divers quartiers de Marseille et sur les principales communes du département.

De ces photographies des situations locales, naîtront les premiers points écoutes dont l'idée, sera reprise et modélisée par la DGAS quelques années plus tard. Ces lieux d'accueil et d'écoute délocalisés dans un certain nombre de communes sont aujourd'hui consolidés, et sont devenus, on le verra ultérieurement, des structures médico-sociales.

Comme l'a rappelé le président CORDONNIER, Madame GAUNET le " départ " d'une grande partie des professionnels vers le service prévention de la ville de Marseille, en 1995 atteste indubitablement de la qualité et de l'efficacité de leur travail, mais il va laisser un vide à l'intérieur de l'association, vide, que nous allons mettre un certain temps à combler.

Un seul rescapé de cette époque est toujours parmi nous. Il est aujourd'hui responsable du CIRDD.

Les partenaires de l'époque.

Dernier point indispensable à l'appréhension du paysage local : les autres structures spécialisées de l'époque.

Nous avons évoqué, l'Intersecteur, il faut également mentionner, l'antenne Toxicomanie des Baumettes, partenaires de la première heure devenu plus tard CSST, que nous avons rencontré lors d'interventions en prisons où nous avons animé dès 1987 des groupes de paroles destinés aux usagers de drogues incarcérés.

Autre partenaire avec lequel nous entretenons depuis 20 ans des rapports privilégiés : " Tremplin ", dispositif et équipe d'une grande qualité avec laquelle nous avons mené de concert de nombreuses actions, partagé déboires et réussites...

Enfin, last not least, SOS DI... Structure à la fois proche quant aux approches cliniques et parfois inquiétante de par son gigantisme et sa croissance un temps, exponentielle.

Je pense pourtant que nos origines communes, comme l'a rappelé Mr CORDONNIER, en la personne de J.M BORELLO, premier secrétaire général de l'AMPT et fondateur de SOS DI, ont facilité la neutralité plutôt bienveillante que nous avons toujours observés les uns vis-à-vis des autres.

Si nous poursuivons la chronologie, nous en arrivons aux plus noires années du secteur, celles du Sida.

Le débat va s'imprégner d'idéologie, la situation est extrêmement dramatique et donc tendue et un véritable séisme va bouleverser l'ensemble du dispositif spécialisé.

Les actions de R des R

L'avènement de la politique de réduction des risques va diviser le secteur. Mais confrontée, pour la première fois à une volonté politique nationale affirmée, la quasi-totalité des institutions malgré un certain nombre de résistance va adopter une stratégie thérapeutique qui se veut pragmatique et va intégrer peu à peu la substitution.

Les premières actions locales vont concerner l'accompagnement du décret BARZACH concernant la vente des seringues dans les pharmacies d'officine et L'AMPT va être particulièrement active dans ce domaine.

Une mobilisation du réseau des pharmaciens, l'engagement du conseil de l'ordre ainsi que des centaines d'heures de prospections, de soirées débat, vont progressivement infléchir les réticences initiales d'une grande partie de la profession quant à sa participation à la politique de réduction des risques.

En partenariat, cela a déjà été dit notamment avec l'équipe d'Eliot IMBERT à Ivry, nous contribuerons à l'élaboration et à l'expérimentation du " Stéribox "

Petit clin d'œil de l'histoire, nous avons même manqué de très peu, d'être à l'origine de l'implantation du premier distributeur de seringues du sud de la France, prévu pour être installé à Marignane (alors municipalité de droite juste avant qu'elle ne bascule : front national) installation qui sera empêchée au dernier moment malgré le soutien de la DGS, par l'intervention musclée du procureur d'Aix en Provence.

En effet, la politique de réduction des risques intervenait majoritairement sur des questions d'ordre sanitaire.

Distribuer du matériel d'injection supposait de convaincre l'autorité judiciaire, ainsi que les services de police du bien fondé de mesures, qu'aucun texte législatif n'encadraient encore à ce moment là.

C'est dans ce contexte que s'est élaboré le projet " Transit ".

Ouverture de Transit

Comme vous le savez certainement, ce service, ouvert en 1992, s'adressait spécifiquement aux usagers, non désireux ou dans l'incapacité d'interrompre durablement leur intoxication. Il s'agissait, à partir l'échange de seringues, de soins médicaux et de prestations liées aux besoins les plus basiques, de leur permettre de rencontrer des professionnels à même de les aider et diffuser un certain nombre de messages de prévention.

Je vous fait grâce des démêlés politiques véritablement pagnolesques liés à l'implantation géographique d'une structure vécue comme allant attirer dans le quartier, voire dans la ville tous les toxicomanes de la région.

Transit a, malgré une animosité marquée du quartier et de certains élus, ouvrira ses portes en centre ville et sa fréquentation a rapidement été importante.

Structure phare elle a fait l'objet de centaines de visites de partenaires, d'institutions et de personnalités et servira de modèle à la plupart des équipes désireuses de s'engager dans des projets similaires.

Malheureusement, à la suite d'une somme d'événements qu'il serait fastidieux d'expliciter ici, ce service à dû, après dix années de fonctionnement être fermé et malgré nos efforts il n'a pu être réouvert.

Merci à M.J TABOADA pour son aide et son amitié dans ces moments difficiles.

Médicalisation du CAS

La question du Sida réintroduisant la problématique de santé au cœur du débat, une nouvelle demande de temps médical destinée au Centre d'accueil et de soin sera finalement acceptée en 1993. Ce temps sera rapidement augmenté par la suite.

CSST Ouest Étang de Berre

La même année, nous déposons un projet visant à transformer le point écoute implanté à Martigues en CSST.

Ce projet sera accepté et couvrira l'Ouest du département sur la base d'une convention intercommunale : 5 maires signaient une convention stipulant qu'ils acceptaient de financer un dispositif relevant pourtant de la compétence de l'Etat, c'était du CHEVENEMENT avant l'heure. En contrepartie, le service au delà de ses

missions de prises en charge et de soins, se chargeait d'organiser des actions de préventions locales.

CAS Programme Méthadone

Dans le droit fil de ces actions, le centre d'accueil et de soins dépose, en 1994, le premier projet, pour les Bouches du Rhône, de traitement utilisant la Méthadone. Il déménage pour des locaux plus grands et progressivement tous les autres dispositifs spécialisés, du département vont suivre le mouvement.

En fait, malgré la prévention de certains professionnels, ne disait on pas que la méthadone allait bâillonner nos patients ?, des divers échanges de pratiques et la maturité de nos équipes permirent un changement qui s'effectua sans grandes difficultés.

Convention D'objectif

Enfin, dans le droit fil du travail entamé aux Baumettes des années auparavant, nous signons en 1994 une convention d'objectif " santé justice " qui finance un travail auprès des usagers incarcérés et la tenue d'une permanence au Tribunal de Grande Instance de Marseille, en partenariat avec SOS DI.

Ce travail en détention et plus largement auprès des toxicomanes aux prises avec la justice, a été complexe. Il a été à l'origine de nombreux conflits - souvenons nous des débats sur l'injonction thérapeutique –des placements sous contrainte etc, mais il a porté ses fruits et a largement contribué à faire évoluer des rapports entre magistrats et soignants longtemps figés par une méfiance réciproque.

Cette convention va inspirer un nombre important de professionnels au niveau national et elle constitue encore aujourd'hui une référence.

De 1997 à 2002 on constate un ralentissement du développement de l'association au profit d'une consolidation des services et d'une diversification de l'offre de prestations. Ce ralentissement est en grande partie dû aux diverses crises traversées par Transit, crises, qui nous ont, largement accaparées.

Durant cette période, le centre d'accueil Nationale va se doter d'appartements de transition en complément de l'hébergement d'urgence, et ouvrir des ateliers d'insertion.

L'Association, a retrouvé une relative sérénité, et nous proposons en 2003, un dispositif spécifiquement dédiés aux jeunes usagers engagés dans des consommations problématiques.

Enfin résultant du choix de l'addictologie et de notre volonté de consolider certains dispositifs demeurés fragiles : la création du Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie : le " C.S.A.P.A " d'Aubagne qui vient offrir une réponse aux besoins locaux, ajoutant aux compétence classique d'un CSST, un volet, alcoologie. Bien sur il intègre les activités du " point écoute " implanté sur ce site depuis près de 20 ans.

Il ne manque que le décret organisant ces nouvelles plates-formes. Le service prévention, après le départ des deux professionnelles vers la MST de la ville, a reconstitué une équipe " éducative " de prévention, et s'est ouvert a la multiplicité des risques induits par la consommation des drogues (milieu scolaire, monde du travail, quartiers dits sensibles, sécurité routière, accès aux soins des usagers de cannabis en difficultés...)

Malheureusement malgré pléthore théorique de moyens, loi de santé publique, plan MILDT, plan régional de santé publique, qui ne prévoit pas moins de 16 programmes! , la dispersion des moyens, issus de dispositifs multiples, ne permet pas de stabiliser un corps de professionnels, qui mériteraient d'être clairement identifiés et durablement affectés a la thématique des addictions.

Rappelons, que c'est par le dispositif " emploi jeune " que nombre d'associations ont pu répondre à leurs missions de prévention.

Au risque d'être qualifié de dangereux déclinologue je pense qu'il est urgent de reconnaître et structurer professionnellement la prévention dans notre pays qui malgré certains progrès récents, demeure la lanterne rouge de l'Europe en la matière et puis, cela a été dit par Mr CANAPA, mais j'aimerais que l'enjeu collectif que sont les addictions, vailtent la peine que l'on dépasse les sempiternelles questions de compétences obligatoires ou non des collectivités locales et territoriales et effectivement là, je m'égare.

Alors très rapidement j'aimerais dire comment se sont créées les choses au niveau de l'information et la documentation. On l'a dit

1987 : constitution d'un fond documentaire

1990 : en lien avec et fondation toxicomanie prévention jeunesse, il faut rendre hommage à Micheline CHABAN DELMAS, à l'époque, le centre de documentation intègre Vidéotox qui était la première banque de données vidéo, Toxitel l'ancêtre télématique de Datis ! c'est toujours bon à rappeler.

1993, ce centre rentre dans le réseau national de documentation Toxibase, aujourd'hui devant l'incertitude de son avenir, je salue Gérard CAGNI, présent dans la salle, le Président de Toxibase.

1999 ;c'est la création du CIRDD qui anime et coordonne le réseaux de 5 CIRDD départementaux. Donc le CIRDD, dispositif territorial créé en 1999, réorganisé par Région en 2005 à l'initiative de la MILDT, dont l'AMPTA est gestionnaire a pour objectifs :

- le soutien à la politique interministérielle de lutte contre les drogues et les dépendances
- la réponse aux besoins d'information, de formation, d'expertise, dans l'ensemble des domaines concernés par les addictions

Le plan 2004/2008 de la MILDT prévoit de :

- Renforcer le son propre rôle et mieux coordonner les organismes qui lui sont rattachés (DATIS, OFDT, Toxibase, le réseau des CIRDD)
- Faire des chefs de projets de véritables relais de la politique nationale : on a déjà vu que cela ne se décréait pas.
- Déconventionner des CIRDD départementaux fin 2004 (cela a été fait)
- Et Redéfinir les missions CIRDD par un appel à projet pour des "pôles d'excellence" régionaux, l'AMPTA redépose un projet pour le CIRDD PACA et elle sera conventionnée par la MILDT en septembre 2005, après quelques péripéties.

Formation et recherche, je passe rapidement, formations initiales, formations continues, les premières formations interministérielles, la gendarmerie nationale, un gros travail avec l'entreprise, on n'a pas le temps de développer (SNCF – SNCM) mais ça été un travail tout à fait passionnant , des projets européens (TOXMED), la participation au recueil de données organisé par l'observatoire OPPIDUM, TREND...

Pour terminer, je crois pouvoir dire aujourd'hui que les équipes qu'il s'agisse des équipes de soins ou de prévention, ont capitalisées un savoir faire éprouvé et reconnu.

L'association bénéficie aujourd'hui d'une organisation qui a su faire face aux très nombreuses difficultés rencontrées ces 20 dernières années : rappelons pour mémoire, les professionnels dans la salle le savent très bien, que ce n'est que très

récemment que le financement par l'assurance maladie nous a permis de sortir d'une précarité chronique qui aura duré plus de quinze ans durant lesquels il a fallu résister pour survivre. Et enfin, ça me paraît très important, ça a été signalé par de nombreux orateurs, nous avons su préserver le cœur, la qualité de l'association c'est la réactivité, une réactivité qui nous permet d'anticiper sur les besoins à venir des usagers et garder l'institution en éveil.

Et puis pour terminer un petit mot plus personnel, puisqu'il est question de passion dans ce colloque je ne vous surprendrai pas en vous disant que l'AMPTA ça a été pour moi une belle aventure professionnelle et puis également une belle histoire d'amour, une de ces histoires d'amour tellement forte qu'elle vous amène à prendre quelques distances, car nous savons tous que les histoires d'amours se terminent mal... en général.

Jean Jacques SANTUCCI – Directeur de l'AMPTA

Il est parti avec mon nom, c'est signe que les histoires d'amour ne se terminent pas forcément. Merci

Vous dire, bonjour, c'est déjà fait.

Vous souhaiter la bienvenue, c'est fait aussi donc je le fais en mon nom. Il a été dit que Marseille avait un passé riche, l'environnement montre que c'est aussi une ville en devenir donc que me reste t il ?

Finalement, quand on y réfléchit, trois choses très importantes auxquelles je vais consacrer quelques minutes avant de vous libérer pour opérer, sans douleur j'espère, une pause.

Tout d'abord remercier :

Tout ceux qui nous aident (moralement avec leurs économies comme disait, il y a quelques années la sœur d'un usager qui venait me demander comment faire... ?) et sans qui l'AMPTA n'aurait jamais atteint l'âge que nous fêtons aujourd'hui, remercier l'Assurance Maladie, l'Etat (par l'intermédiaire de plusieurs de ses services) l'INPES, le Conseil Régional, le Conseil Général, les Communes, (Marseille, Martigues, Aubagne, Istres, Port de Bouc, Fos, Chateauneuf, Gémenos, Miramas, Les Pennes Mirabeau) dont je salue les maires ou leur représentant.

Remercier tous ceux qui nous aident à penser et à donner, y compris et peut être surtout, dans les moments difficiles, un sens à nos actions.

Et dans un deuxième, dédier ces journées,

- A nos partenaires qu'ils soient ponctuels ou réguliers,
- A tous ceux, familles, usagers, professionnels, qui nous ont fait, nous font, suffisamment confiance pour solliciter notre aide.
- Aux membres du Conseil d'Administration qui depuis 20 ans nous accompagnent dans nos travaux, nos évolutions, dans nos révolutions parfois.
- A l'ensemble des professionnels qui depuis 1985 ont fait, font et continueront à faire l'AMPTA, avec une pensée particulière pour deux d'entre eux, que les autres ne m'en veillent pas, Laurent DECOUST (qui devait être là mais qu'un tragique évènement appelle à Paris) et Bruno TANCHE.

Enfin vous dire et ça ne prendra que quelques secondes, que si le programme de ces deux journées est dense, nous (et ce " nous " englobe l'ensemble des équipes de l'AMPTA) avons, en effet, souhaité et le Président CORDONNIER a introduit son

propos de cette manière, qu'elles donnent à penser et à réfléchir, qu'elles ouvrent des pistes de travail et pourquoi pas de réponses, mais aussi, qu'il soit agréable d'y participer.

C'est donc tout ce que je nous souhaite pour célébrer cet anniversaire : qu'il nous rende plus intelligents, et osez je le penser, mais aussi plus heureux.. Voilà je vous remercie de votre attention et vous libère pour un petit quart d'heure puis nous accueillerons Bruno Etienne et Alain TARRIUS pour la première plénière.

1^{ère} plénière : Passion des drogues et Méditerranée

Monsieur CORDONNIER

Deux intervenants dont nous avons intervertis l'ordre, le premier sera le professeur Bruno ETIENNE, professeur émérite à l'institut géopolitique d'Aix en Provence, méditerranéen convaincu et humaniste, le deuxième intervenant sera le professeur Alain TARRIUS, professeur de sociologie et anthropologie urbaine à l'université de Toulouse le Mirail, membre des laboratoires du ?? et de Migrinter, l'organisme de migration nationale à Poitiers.

Leur intervention durera entre 25 et 30 minute, vous aurez la possibilité à la suite de poser des questions sur le contenu pour une dizaine de minutes et à l'issue des 2 interventions une quarantaine de minutes sera consacré aux débats.

Mr ZURBACH va nous exposer le contenu de ce thème, l'interrogation que nous nous sommes posé était celui d'association méditerranéenne, certes la géographie nous y a mené, on l'a rappelé tout à l'heure on passe de marseillais à méditerranéenne et quand on sait qu'à Marseille, ce fut d'abord les grecs, puis les romains, puis il y a la plage des catalans, puis les ritals, et puis les arméniens et puis il y a eu le Maghreb, un de mes amis une fois m'a dit à l'époque où nous rétablissions des relations d'amitié avec l'Algérie alors qu'elle n'était pas encore reconnue par le gouvernement français m'a donné cette parole qui m'est restée ancrée :

“ demain je vais à Paris ”

“ tu prends l'avion ” ?

“ Non je passe par Marseille ”

“ Ah bon et pourquoi ” ?

“ Parce que si j'atterrissais directement à Paris, j'aurais l'impression d'être entré par la porte de service ”. Vous voyez la dimension qu'il donnait à Marseille. Et C'est vrai que porte de l'Europe pour tout ce bassin méditerranéen, nous avons dans ce domaine là un rôle important à jouer et nous avons un mélange sacrément important de méditerranéen, vous voyez en étymologie souvent, y compris dans des discussions politique sur l'immigration, on me dit : toi “avec un nom comme le tien, tu es français “CORDONNIER” mais “Cordonnier” c'est [cordonaire ???](#) c'était les ouvriers qui travaillaient le cuir [de cordo ??](#), et toutes mes origines sont andalouses et quelques part aussi arabes.

Etienne ZURBACH, chef de service CIRDD, Prévention

La réflexion du groupe s'est basée sur :

- notre expérience du public,

- nos intuitions, des sentiments partagés,
... elle n'est pas le résultat d'une collecte de données scientifiques.

Elle nous aura permis au moins de formuler des questions, bien plus que d'identifier des spécificités.

Sources:

- **nos propres constats**, effectués à partir des activités de soin et de prévention
- **les diagnostics, " états des lieux "** en matière de drogues et toxicomanies , que l'association a effectués au cours des années 90 sur différents territoires du département
- d'autres travaux ou réflexions, dont une étude, **TOXMED**, menée en deux étapes, entre 1998 et 2002. Ce projet européen d'étude posait déjà la question des différences entre Nord et Sud de l'Europe, dans les politiques publiques et les pratiques sociales des usagers de drogues
- **les études sur les consommations et les usagers** de drogues disponibles au plan local ou régional : je pense aux études de l'OFDT (ESCAPAD, TREND) et les données de cadrage sur la santé des jeunes en région PACA ('Observatoire Régional de la Santé),...

THEMES

Les échanges et débats qui ont eu lieu entre les membres du groupe peuvent se résumer en cinq thèmes :

1. l'importance de la famille étendue, des pairs, des groupes d'appartenance dans les prises en charge des usagers dépendants, la place manquante des pères dans les histoires de vie.

Dans ce domaine, nous nous sommes interrogés sur les caractéristiques spécifiques, en terme de **biographies, de pathologies**, que peuvent présenter les usagers de drogues " méditerranéens " lorsque, confrontés à des difficultés, ils s'adressent à nos services :

- o quelle place tient la famille - au sens de la famille élargie, qui est parfois présente de manière massive et pesante dans certaines prises en charge ?
- o comment joue, dans l'usage des drogues, la disparition progressive du rôle social attaché aux pères, si central dans les cultures méditerranéennes dites " traditionnelles " ?
- o quel rôle – de soutien, mais aussi de frein – peuvent exercer les **pairs**, et leur rapport avec la perte des valeurs transmises par les familles ?

2. les spécificités culturelles liées aux phénomènes migratoires et à la perte, ou au recul progressif des solidarités d'origine :

- o **le rôle des groupes sociaux issus des flux migratoires** permanents, dépendant d'aléas politiques et économiques, et participant à des activités économiques diverses, que l'on a pu qualifier selon les contextes d'économie parallèle, de la débrouille, ou de survie. (Groupes en négociation avec les autorités, pouvoirs municipaux ...)¹

¹ cf l'Histoire des Migrations à Marseille, travaux dirigés par Emile TEMIME

- **Le commerce et son corollaire, l'appartenance à un réseau** d'échanges entre groupes sociaux, semblent avoir été des éléments d'intégration et de socialisation majeures. Le commerce illégal (produits, travail au noir,...) est souvent environné d'une conception assez "tolérante" de son exercice, il peut être considéré comme éthiquement acceptable, car lié historiquement à la grande précarité, à l'état de nécessité. Il constitue d'ailleurs un moyen d'accès – à terme - au système social légal.²

3. la place du commerce des drogues et de l'économie parallèle dans l'imaginaire et le réel des échanges sociaux

- Nous pouvons évoquer **le poids de l'histoire du commerce des "herbes, drogues et épices"**, dans le bassin méditerranéen de l'antiquité à nos jours, la place éminente puis déclinante en France du port de Marseille dans le commerce oriental et extrême oriental, les particularités de son industrie (dont la chimie, et son rôle éminent dans les années 70 lors de la French connexion, qui est un des derniers avatars de l'ancien commerce de l'opium)

4. la nature des produits consommés : l'importance de l'usage des médicaments psychotropes, des produits de substitution aux opiacés, qui ont semble t il pris la place des consommations d'héroïne, drogue symbole des années 70 et 80, l'utilisation très fréquente de la voie injectable par les personnes toxicodépendantes...

- On a parlé de Marseille comme **une ville "matricielle"**, territoire de repli et refuge, si différente des autres territoires urbains nationaux. L'usage des drogues en est peut être la démonstration : prédominance des médicaments et drogues de sédation, de protection, d'assistance, face à un univers social et familial en perte de repères et de sens ; il y a relativement à d'autres villes (même si cela augmente) moins d'usages de drogues stimulantes, d'hallucinogènes ; mais il est difficile de séparer les drogues de la dépression des drogues de la précarité... **fin de cassette 1 face B**

○

Début de la cassette 2 face A

5. la surconsommation régionale du cannabis chez les jeunes et la place particulière occupée par ce produit dans l'espace méditerranéen.

QUESTIONS

- culture de l'exil, de la migration : quelle réalité aujourd'hui, alors que l'on en est à la troisième génération pour certains groupes, qui ne proposent plus le mythe du retour ?

² Je pense aux travaux récents conduits à Marseille par Pierre Roche, du CEREQ, avec des travailleurs sociaux et la prévention spécialisée du département sur **l'économie de la débrouille**, et les question majeures qui y sont évoquées au sujet de la prévention des usages et des inclusions dans les circuits de revente des drogues, en premier le cannabis.

- le groupe d'appartenance est-il une réalité perceptible et signifiante pour la majorité des usagers de drogues à problèmes ? quel lien y aurait - il entre poids de la " communauté " et nature/ niveau de problèmes ?
- la famille " méditerranéenne " est elle une réalité, et/ou s'agit il de familles maghrébine, italienne, espagnole,... ? et quel rôle l'origine nationale joue t'elle encore?
- l'économie " parallèle " actuellement : la référence historique (années d'arrivée et de misère) a-t- elle simplement un rôle de justification d'actes délinquants ou participe-t-elle encore d'une économie réelle, issue du besoin élémentaire de survie ?

PROBLEMATIQUES

Nous pouvons résumer les questions portant sur la recherche de spécificités par deux grandes catégories de problématiques :

- **les spécificités liées à l'histoire du territoire méditerranéen, comme espace de circulation de personnes et de biens**
- **les spécificités liées aux caractéristiques sociales, familiales des groupes** que l'on côtoie dans nos activités et qui participent à l'espace méditerranéen...

Nous avons souhaité interroger Alain TARRIUS sur le premier thème, à partir de ses travaux sur les circulations méditerranéennes et les commerces licites et illicites.

Nous avons d'autre part sollicité Bruno ETIENNE sur la deuxième question, plus anthropologique.

Permettez moi, pour conclure, de remercier les membres du groupe qui ont élaboré ce questionnement , pour leur participation et l'intérêt ils ont manifesté à ces travaux.

Mr. CORDONNIER

Merci, Monsieur ETIENNE, vous avez la parole.

Bruno ETIENNE – Professeur Emérite des Univerités “ Antropologie de la drogue en Méditerranée ”

Merci Monsieur le Président et cher CORDONNIER !

Avant toute chose, comme j'ai passé l'âge de la flagornerie, ce n'est pas simplement de la politesse, de la courtoisie, moi je remercie toujours les collègues médecins, psychiatres qui nous invitent nous les anthropologues, content que nous soyons là avec Alain aujourd'hui, ce n'est pas assez souvent. Nous aussi, nous avons un point de vue.

Je suis un passionné de la méditerranée, mais passion, je ne sais pas si vous savez ce que cela veut dire, mais passion veut dire souffrir !

Empathie, sympathie.. compassion sont des postures qui ne conviennent pas à l'observateur clinique voire cynique des faits sociaux . la consommation de drogues , voire leur " consommation ", ressortit clairement de ce " fait social " défini par E.Durkheim et M.Mauss que nous devons expliquer et comprendre de façon

objective sinon neutre donc par des méthodes et des techniques classiques utilisées par les sciences sociales donc sans affect ni émotionnel ...ni moralisation...

Il peut paraître curieux qu'un spécialiste des phénomènes religieux interviennent sur un tel sujet : la passion des drogues . Aussi irai-je " droit au but " comme dans la devise de l'OM , le football étant à mes yeux une sorte d'avatar, de succédané de " l'opium des peuples " ...L'utilisation de différentes drogues ou d'hallucinogènes est courante dans différentes " religions " ³ mais cette utilisation y a un sens , une fonction absolument inverse de l'usage individuel actuel de la drogue , tout au moins pour ce que j'en sais ...

Je suis donc gêné d'en expliquer les modalités pour ainsi dire positives en tout cas considérées comme telles par les acteurs sociaux , alors qu'aujourd'hui je pense , en tant que citoyen et grand père, qu'il faut lutter contre l'usage de la drogue surtout chez les jeunes...D'où ma déclaration épistémologico-méthodologico-déontologique du début de cet exposé. Assumant cette contradiction je pourrais alors proposer un slogan à notre jeunesse : " Shootez-vous à Dieu ,on s'en tire en général assez bien ! à la drogue, jamais ! "

L'anthropologie qui étudie l'homme total c'est-à-dire non parcellisé ne peut pas ne pas tenir compte de ce fait social – l'usage de drogues et le fléau de l'usage des drogues - de même que Durkheim lui-même étudia, non seulement le suicide, mais le meurtre comme facteur d'évolution sociale !Donc acte : certaines " religions " acceptent voire prônent l'usage de certaines drogues dans le cadre d'une activité banale dans le champ religieux à savoir la cure des âmes et celle de corps par la thérapie traditionnelle ou la magie en précisant que nous ne faisons pas de distinction " morale " ou hiérarchique entre " religion " et " magie " ... J'ai beaucoup travaillé dans la magie thérapeutique dans les pays du Maghreb : on est dans le champ attanisme???, dans le champ religieux et médical ou dans la magie : or Marcel MOSS a expliqué clairement (c'est l'un des fondateurs de la sociologie française, que la magie et la religion étaient exactement dans le même champ, je ne parle pas de la magie audimatiste c'est un autre problème).

Vous avez bien compris l'hypothèse, l'utilisation par des religionnaire de drogues ou d'hallucinogène est sur une posture inverse de celle qui est pratiquée aujourd'hui.

Pourquoi ?

Tout d'abord parce que la drogue – quelle qu'elle soit – est utilisée en communauté, j'ai critiqué le papier que l'on vous a donné car le mot communauté n'a pas le même sens en sociologie et dans le sens vulgaire. Aujourd'hui, nous entendons à la Télévision, la France est menacé par le communautarisme (tout le monde pense par les « bougnouls », c'est à dire les musulmans ou les islamistes, parlons clairement, et on attend les journalistes parler de communauté gay, communauté pied noire, arménienne, communauté internationale... il n'y a que des communautés or pour nous sociologues, la communauté cela veut dire " un groupe qui ne fait pas appel à un élément extérieur pour régler ses problèmes internes ". Or les deux dernières élections à Marseille : consistoires israélites et élections conseil français du culte musulman, sont allés devant le tribunal administratif ce qui prouve que la communauté ça n'existe pas.

³ Le mot " religion " fait problème dans notre profession étant donnée la définition généralement occidental-centriste qui réfère à la présence divine ce qui ne permet pas de classer les " religions " orientales dans la même catégorie et encore moins les nouveaux mouvements religieux syncrétiques...

C'est pour cela que j'apporte des précisions : la drogue est utilisée en communauté, en groupe séparé, dans un lieu séparé non profane, interdit aux autres et sous la direction d'un guide, un ancien, un maître ou un initié : autrement dit donc son utilisation est liée au sacré et se pratique collectivement sous contrôle d'un "professionnel".

Je donne quelques exemples, j'ai étudié des indiens en prison avec les blacks Panthers aux Etats Unis, ils font ce qu'on appelle "sweet lodge" c'est à dire un cercle dans lequel on fume et donc la finalité sociale de l'usage de la drogue c'est la conspiration. La communauté conspire c'est à dire elle respire ensemble.

Il me semble qu'il y a là une différence avec l'usage actuel sauf à comparer certains cas où le "groupe de pairs" se réunit dans un lieu isolé qui lui est propre comme cela semble le cas dans certaines cités.

Mais je ne pense pas que la dimension spirituelle ou métaphysique soit comparable.

En effet il s'agit dans la technique traditionnelle d'un acte de cure destiné à activer les voies du salut ...ou de créer une égrégore, une communion, une Gemeinstadt, permettant une coupure détachant le corps et l'esprit pour s'unir ou communiquer avec les ancêtres ou avec le "grand tout" ou la Nature – selon les différentes cultures. Ainsi on fume le calumet de la paix en rond sous un Wigwam, dans la "longue tente" des Iroquois, ou des fumigations dans une "sweat-lodge", toujours dans une matrice recomposée, dans la khalwa maghrébine, dans une zawiyya ou un tékkié, rarement dans une cave pourrie...

Qu'est ce qu'on utilise ?

Globalement, on fume des herbes en méditerranée d'où le terme de "Hashish" veut dire tout simplement herbe ! Et qui a donné, intéressant pour l'imaginaire assassin or "hasshasshyin" et "hasshas" en arabe veut dire les gardiens du temple - donc ils fumaient du hachish en tant que tiers ordre des veilleurs. Or bien sur ils sont devenus sicaires et ils vont assassiner un certain nombre de gens mais c'est une autre problématique, que j'ai développé dans mon bouquin qui s'appelle "les combattants suicidaires" et non pas les kamikazes car la gestion de la mort et la pulsion de mort est différente chez les japonais et les musulmans qui sont des occidentaux sur ce plan là.

Alors qu'en Orient c'est plutôt l'opium et aux Amériques des plantes hallucinogènes.

Il s'agit dans tous les cas connus, depuis Madagascar et au Gabon jusqu'en Amérique latine ou chez les Jivaro ou d'autres encore, d'un *usage rituel d'inducteurs d'extase*, donc lié à des cultes initiatiques.

Mais il existe aussi des "boissons sacrées" comme le Rhum pour "dé-parler", ce que nous appelons la xénoglossie ! Donc toujours pour produire de l'ivresse rituelle telle celles décrites pour le Mexique ; le "mélan" par exemple sert à communiquer avec les ancêtres...

Mais ces différentes espèces de plantes sauvages, y compris le tabac qui lui est cultivé, sont aussi liées à des soins médicaux et pas seulement destinées aux rituels funéraires.

Sur ce point c'est bien entendu la pharmacopée arabe qui a le mieux détaillé ces "drogues" - mais je ne connais pas la chinoise ! Les médecins juifs et musulmans d'Andalousie et d'Irak qui ont développé les techniques de

pansements secrets à base de plantes dans une pharmacopée populaire qui reste très vivante au Maghreb et même à Marseille !

Savez vous que les alcalins et les acides ont été mis au point par le premier chimiste de l'histoire à mon avis avec la première pharmacie à Bagdad en 754, je ne sais pas si vous étiez au courant et vers 800 à Cordou, Seville et Tolède , Guébert Iber?? Qui est sans doute un des premiers chimistes dans notre culture, bien sur les chinois avaient fait ça avant nous.

Mais l'usage de ce type de “drogues” renvoie à une question épistémologique : la légitimité de leur usage et surtout de leurs prescripteurs.

Le médecin qui prescrit du *Prosac* est légitime dans le champ scientifique et quiconque n'est pas docteur diplômé par l'Etat ne peut être qu'un charlatan.

Or en anthropologie les guérisseurs, les rebouteux , les sorciers sont des “ petits entrepreneurs indépendants ” qui agissent au coup par coup à la demande du patient souffrant et dolent , client éventuel d'une cure dont le postulat tient à la différence de conception du rapport au corps et à l'esprit. Dans mes travaux sur la magie et la thérapie à Casablanca j'ai constaté bien souvent que les “ souffrants ” faisaient appel aux deux types de spécialistes : le légitime (le médecin souvent trop cher pour les “ meskine ”) et le marabout abordable qui de plus favorise un environnement culturel propice à la cure sinon la guérison...L'angoisse , pas seulement métaphysique, se traite alors – je ne dis pas se guérit - par d'autres mécanismes que ceux avérés comme efficaces parce que scientifiquement garantis par la Faculté ou les laboratoires pharmaceutiques.

Je veux dire que le rejet hors du champ de légitimité des concurrents (guérisseurs, etc..) favorise l'éclosion des charlatans comme l'interdiction des drogues douces peut favoriser la diffusion des drogues dures ...

La logique aristotélicienne de la pensée savante doublée d'une théorie freudienne de la dénégation, sont l'aune à laquelle est mesurée la corde pour pendre les traditions archaïques donc la culture des sauvages et des indigènes refusant le progrès technique, mais aussi le populo naïf , aliéné ou manipulé , sans oublier les “ jeunes ” victimes du mimétisme ludique...tous coupables de solécisme contre le bon usage de la raison.

La question est ailleurs : mais pourquoi leurs pratiques hétérodoxes ne relèveraient t-elles pas d'une autre logique ?

Dans tous les cas – me semble-t-il – le patient/consommateur , celui qui souffre , cherche à expulser par tous les moyens quelque chose de son corps, de son esprit ou même à combler le vide !

Cela m'amène à ma conclusion avant de passer la parole à mon collègue. Avec mon équipe on travaille depuis 20 ans sur les banlieues et on a sorti il n'y a pas très longtemps un livre qui s'appelle “ *La République brûle t-elle* ” dans laquelle je parle des banlieues. Et on s'est posé la question par rapport à l'hystérie sécuritaire actuelle : est ce que la variable religieuse intervenait dans les dégâts commis, mais on a pas pu prouver ça. Mais par contre ce que l'on a pu découvrir, c'est que partout où ça a “pété” sérieusement, c'est lieux où ni les dealers ni les islamistes ne contrôlaient plus rien.

Cela l'amène à une formulation “ sans pères ni repaires les groupes de pairs créent des repaires ” .Perte de l'autorité du père, l'abstraction de la citoyenneté comme marqueurs de l'autorité cela ne fonctionne plus. Les repères clos produisent aussi de nouveaux repaires de l'être ensemble qui sont à l'opposer des minimum de repères que nous proposons pour être ensemble. Le problème est éthique, identitaire, spirituel : il n'y a pas de réponse à ce type de problème.

Dans les ban-lieues , les bannis de la société de consommation et les “ jeunes ” en déréliction ont le choix entre un communautarisme décrié , une identité schizophrénique, les dealers, les islamistes , l'OM , les tournantes en “ groupes de pairs ” réfugiés dans leurs cryptes , se faire monter l'adrénaline en cramant quelques véhicules volés ou en attaquent les pompiers ... et on leur propose l'inscription sur les listes électorales ...

Il est vraiment temps de re-lire le texte de Marx sur l'opium du peuple ! “ *la misère religieuse est à la fois l'expression de la misère réelle et d'autre part la protestation contre cette misère. La religion est le soupir de la créature accablée, le cœur d'un homme sans cœur comme elle est l'esprit des temps privés d'esprit. Elle est l'opium du peuple* ».

La critique de la religion est ainsi virtuellement la critique de cette vallée de larmes dont la religion est l'auréole, l'attache de la philosophie qui est au service de l'histoire consiste une fois démasquée l'apparence sacrée de l'aliénation, à démasquer l'aliénation dans ses figures profanes. La critique du ciel se transforme alors en critique de la terre, la critique de la religion en critique du droit, la critique de la théologie en critique de la politique ” .

Je ne poserais qu'une seule question : “ Qui a intérêt dans ce pays à traduire exclusivement en terme religieux, c'est à dire islamique, les conflits sociaux qui sont politiques économiques, structurels et éthiques ... tout ce que vous voulez sauf religieux ” Amen

DEBATS

Jean Victor CORDONNIER

Nous allons donner la parole à la salle pour que quelques questions viennent le cas échéant éclairer nos pensées par rapport à toutes les pistes ouvertes par Bruno Etienne. Pour m'assister dans cette tâche j'ai un membre du conseil d'administration, Bernard DELANGLADE, et Mr ZURBACH.

La parole circule.

Eienne ZURBACH

Je vais essayer de lancer de débat par rapport à des questions qui me sont complexes mais que vous décrivez dans ce raccourcis entre la période des usages qui étaient liée à des inscriptions culturelles et rituelles très fortes et aujourd'hui où effectivement on a l'impression d'éréliction totale, que émergent aujourd'hui des nouvelles formes qui reproduiraient mais peut être de manière caricaturale, quelques chose de l'ordre de ces pratiques anciennes, à savoir qu'aujourd'hui on peut trouver très facilement la possibilité d'organiser des voyages en Amazonie pour rencontrer un shaman et que c'est autour d'une recherche spirituelle et en même temps avec une certaine religiosité sous la forme de la recherche d'un rite plus que d'une religion, je crois au travers de l'usage de produits. On parle de tribus, effectivement vous avez utilisé le terme tribal, néo-tribu . J'aimerais avoir votre sentiment par rapport à ces phénomènes qui sont des phénomènes anthropologiques mais pas forcément que liés qu'aux usages de drogues mais en tout cas les usages de drogues sont impliqués aussi par ces questions.

Bruno ETIENNE

Alors je voulais signaler que dans mon équipe, il y a une charmante chercheuse qui s'appelle Béatrice BONFILS BONVILON qui a fait un énorme travail sur les raves parties. Dans son travail, elle montre très exactement les rituelis absolument homothétique qui se produisent dans les raves parties.

Cela posent deux problèmes : le premier est politique et les hommes politiques devraient faire attention, les institutions légales et légitimes de production du sens peuvent elles sauf le pape et le Dallai Lama mobiliser, un soir 30 à 40000 personnes sans structures.

Nous avons fait un travail sur ce que font les gens qui vont écouter le pape, ils vont être ensembles avec de la rituelis de la musique. Nous, on utilise néo-tribu et non pas tribu car lorsque on appartient à une tribu on ne peut pas en sortir car on est le fils de quelqu'un de quelque part, alors que néo-tribu est un choix personnel d'adhésion à un groupe. Vous voyez la nuance.

J'ai un collègue qui vient de sortir un livre " les nouveaux rituels des jeunes " qui est un travail d'anthropologie, de sociologie et qui montre que la nouvelle demande de la post modernité en matière de rituelis prend des formes qui apparaissent comme profane et sécularisé et donc nous trouvons en réfléchissant à ce que Young nous a appris, Lewis Strauss bien sûr, on s'aperçoit que selon la façon dont on les lit, on se rend compte qu'elles sont complètement religieuses. Dire que la rave partie est religieuse peut vous paraître curieux , mais nous soutenons religare - religere quels sont les modalités dans la post modernité industrielle de la religiosité.

Les formes actuelles de demandes de religiosité : les zones commerciales telles plan de campagne et la valentine, où les gens se regroupent , ce sont les nouveaux lieux de socialisation.

Monsieur CORDONNIER

Monsieur TARRIUS, vous avez la parole.

Monsieur TARRIUS

Bonjour

Après cette contestualisation historique, profonde et symbolique, de mon collègue Bruno Etienne, je vais en venir à une contestualisation contemporaine, à peine quelques dizaine d'années de recul et essayer de vous entretenir de l'immense déploiement actuel des mobilités migratoires et autres, particulièrement sur le pourtour méditerranéen qui certainement sont favorables à la diffusion des psychotropes.

Si l'on s'en tient au Sud de l'Europe, deux populations sont particulièrement témoin depuis une quinzaine d'année, à l'ouest de Marseille, les populations marocaines, sur lesquelles je vais revenir, et sur le bassin est notamment dans les Balkans, je sors une recherche de 4 années sur ce phénomène, des populations syriennes, afghanes, Cocasseries à travers la Bulgarie, la Macédoine, le Monténégro etc...ce qu'eux appellent aujourd'hui la frontière ottomane.

A l'Ouest, je vais surtout insister sur Marseille et les circulations marocaines, les premières années 90 s'organisent des réseaux à l'initiative de petits migrants marocains, ce qui sont déjà là dans les plaines vers Montpellier pour tailler la vigne en hiver etc et ceux qui arrivent, entre 1991 et 2000, l'institut 102 du Maroc, nos collègues chercheurs marocains identifient 1 100 000 marocains qui s'expatrient. Les données du ministère de l'intérieur et de Eurostats européennes n'en donnent que 450 000. Ils instituent un nouveau modèle migratoire qu'on appellent Transnational, basé sur des circulations de petits acteurs économiques capables de passer les frontières dans des processus qui sont dit-on délictuels c'est à dire on enfreint les règles douanières, fiscales, code du travail et les hiérarchies établies par les différents organismes dit de régulation internationale des commerces et on peut livrer comme ça, dans des pays pauvres, des marchandises qui par les circuits officiels arrivent mais à des prix coûteux, ou dans des pays dit riches comme la France, ou l'Espagne on peut livrer aux populations pauvres, des produits que l'on appellent " tombés du camion ". Cette configuration migratoire active et dynamique, s'installe à partir de Marseille sur l'évolution d'une sorte de comptoir commercial que j'avais identifié personnellement lors d'enquête entre 84 et 86, là à Belsunce, il reste quelques vestiges rue du Baignoir, une période où 350 commerçants surtout algériens étaient installés et provoquaient une mobilité de 700 000 maghrébins soit d'Europe allant au Maghreb durant leur vacance soit de maghrébins le vendredi et le samedi pour un chiffre d'affaire extrêmement important et doubler en quelque sorte les difficultés d'importation de bien de consommation courante de l'Algérie. En 1989, la grande crise politique algérienne fait refluer ces commerces et cette richesse qui en quelques sortes transmise à cette très grande expansion qui commence marocaine, pour le dire rapidement dans nos enquêtes sur la frontière franco-espagnole, on identifie en 1991, 1700 véhicules par mois, des fourgons surchargés, qui rejoignent le Maroc une fois par mois, en 1993, on passe au delà de 18 000 deux fois par mois, et 1995, on arrête

les comptages, parce que la fameuse police des frontières n'existe plus parce qu'on n'a plus les mêmes missions, dans les cadres des accords de shenguen, on en est à 42 000 passages, 2 fois par mois, ce qui renvoie à une population résidente en France d'environ 192 000 personnes. Donc une vaste expansion et cette migration n'est pas seulement économique, ce qui serait plutôt sympathique de voir des petits migrants qui feraient du commerce et de dire " vous n'avez plus les minimas sociaux, vous vous débrouillez très bien, et vous êtes les bienvenus pour vendre nos produits à l'étranger ", on pourrait l'imaginer comme cela. Bernard Tapis l'avait imaginé il y a un moment ici.

Mais en fait ce qui se produit, c'est que les rapports sociaux bougent dans ces populations, parce qu'elles deviennent transnationales elles mêmes, des parties de la famille, des voisinages proches sont établies en Espagne. En France, près de la frontière, liées en Andorre à Perpignan, à Marseille, mais aussi en Italie, en Allemagne, des solidarités s'exercent qui relativisent terriblement les frontières et les politiques d'insertion locales ou nationales. Les adolescents à 14 ans rentrent dans des processus d'auto formation, de pris en charge par des réseaux, deviennent revendeurs en Italie etc..., quittent les écoles les collèges qui ne selon les dires de ces populations ne mènent qu'au chômage et au RMI. Les rapports entre populations, un monde de l'altérité se construit, se déconstruit, se reconfigure en particulier il faut commercer et avoir des produits qui viennent de toujours plus loin et que les plus étrangers apportent et dont les barrières, les frontières culturelles de l'ethnicité etc, s'aplanissent, ne disparaissent pas pour chaque groupe de références mais dans les grandes négociations sur l'extension de ces réseaux c'est la parole qui fait sens, c'est une morale intermédiaire de l'acte d'échange, qui se substitut à toutes ces règles et qui produisent un conception différente des frontières pour les réseaux. Pour les marocains la frontière est clairement aux portes de l'Andalousie, l'Andalousie étant considérée comme une zone dangereuse et criminogène par ces réseaux là, à l'alicante, Elche que ça se situe. Il s'agit d'une activité délictueuse, lorsque les plans vigi-pirates successifs aux portes autoroutes près des frontières, les militaires avec les mitraillettes, lorsqu'ils déchargent un fourgon qui arrive de Marseille ou de sa région, ne regardent absolument pas le fait qu'il y ait 40 lecteurs de DVD Sony, ils cherchent un coran, une arme ... qui ne trouvent pas d'ailleurs et le commerce s'exerce sans problème. Mais ce vaste mouvement, ces connexions intéressent particulièrement d'autres populations, parfois les mêmes mais qui passent dans d'autres configurations de réseaux qui sont celles qui pratiquent des activités qu'on désigne comme criminelles et en particulier parmi elles les trafic de psychotropes. Les réseaux sont très différents, je vous engage à ne pas faire d'amalgame, des réseaux longs pour les premières activités, régulés par ce que l'on appelle des notaires informels, des personnes qui veillent à ce que la parole soit respectée, très lisibles de l'intérieur, dès que vous connaissez les personnes qui pratiquent les chargements, vous savez où c'est déchargé et ce qu'en pensent les clients dans un village marocain et les réseaux criminels qui se collent à ces passages, eux sont extrêmement différents, très refermés soit sur des petites communautés soit sous d'autres formes beaucoup plus transversales mais les réseaux courts qui se ferment immédiatement en cas de danger, relative incompatibilité mais tout un processus de masquage ensuite existe, en clair, ce sont pour ce qui concerne les psychotropes, ce sont des populations micro localisées des populations locales les plus proches qui sont les plus impliquées dans cette forme de trafic d'extension, diffusion, des psychotropes en particulier d'héroïne et de la cocaïne. Alors ça varie dans un sens ou dans l'autre. On a travaillé sur la frontière franco-espagnole sur les population sde

jeunes que l'on a appelées de "bonne famille" non pas parce que c'étaient tous des bourgeois mais parce que c'étaient des jeunes qui avaient la spécificité de ne pas être des consommateurs mais des trafiquants, des passe-frontières, justement parce qu'ils n'étaient pas consommateurs, et étudiants, jeunes commerçants qui trouvaient là des revenus d'appoint extrêmement intéressants, au passage de quelques kilos d'héroïne qui à l'époque passaient de façon privilégiée de l'Espagne vers la France. C'est en Espagne tout le réseau dit caritatif mais justement le réseau d'aide aux personnes toxicomanes, à l'initiative de quelques églises évangélistes. En 1999, la police espagnole, dans une opération qui dure 15 jours, investit les 41 centres, de l'église évangéliste dont le siège est au Brésil et arrêtent toutes les personnes présentes et les multiples kilos de drogues, de devises et de bijoux qui se trouvaient dans ces centres. A l'Est, ce sont des formes un peu différentes mais qui rejoignent le même processus et , qui montrent comment les formes migratoires sont liées aux grandes firmes internationales, ce sont des afghans, des caucasiens, qui passent par Bakou ??, en Azerbaïdjan où arrivent des avions cargos de Doubaï, Doubaï a reçu par exemple l'année dernière, 360 000 caméras DVD incorporées, un nouveau produit qui coûtait à l'époque 1400 euros, chez nous et qui se vendaient à 420 euros à Doubaï pour quelques milliers d'habitants bien sur, destination finale. Sony le fabricant a envoyé cela en destination finale. C'était très bien donc chaque habitant était censé posséder quelques centaines d'appareils, qui étaient aussitôt distribués, qui contournaient les règles de la commercialisation de telle sorte qu'ils pouvaient se vendre à Sofia, état pauvre où le salaire moyen est 80 et 100 euros par mois, autour de 400 et qu'on pouvait les trouver dans nos banlieues près de Strasbourg tombées du camion à 420 euros .

Là les syriens sont très présents dans un certain nombre de villes bulgares. Les lieux de passages les plus contrôlés notamment par les américains, les centres de rétention ouverts par les américains près du port de Bourgas sur la mer noire par exemple, vous arrivez dans ce port et vous risquez de vous faire arrêter si vous êtes caucasien, tchéchène, car ils veulent quand même arrêter quelques personnes mais sinon vous demandez un douanier et on vous amène dans un bureau et il y a un supermarché du passeport avec son visa parfaitement imité et des billets de 50 dollars, qui selon les américains sont parfaitement imités et viennent de la Corée du nord, que l'on peut acheter pour 6 centimes d'euros . Ce sont les lieux les plus contrôlés. Les mêmes problèmes se produisent à Melilla et à Tanger, ce sont les lieux de plus grands passage avec des drames humains, des misérables sacrifiés à la justification du travail des douaniers.

Alors voilà le contexte, c'est exactement la même chose dans les Balkans, les bulgares en 94-95 ont expulsé des dizaines de milliers de roms turcophone, musulmans de Bulgarie vers Istanbul, c'est un passage fantastique maintenant. Ceux qui sont restés font le lien avec les Roms ????? de Macédoine et ensuite on traverse cet zone sans état, compromis de Mr Kouchner pour qu'il y ait la paix au Kosovo, et si vous lisez le dernier rapport de L'ONU sur le Monténégro et notamment les petits pêcheurs monténégrins, face auxquels campent une partie de la flotte américaine en méditerranée et les bateaux anglais qui sont là pour surveiller le trafic de cigarettes, vous verrez que ce rapport dit qu'il y a un déploiement de la pêche incroyable, le Monténégro est probablement en train de décoller. Or ils viennent effectivement pêcher avec des véhicules 4X4 derniers modèles. En fait le rapport dit que ce ne sont pas des passeurs de drogues car les bateaux italiens et monténégrins ne s'accostent pas, on le sait car on peut le surveiller du ciel, mais en fait ils jettent des filets et apparemment les l'uns ramassent les filets des autres.

Ce sont des jeux de miroirs sur la frontière à la française -espagnole, je vous signalais des passages pratiqués par des jeunes de familles locales, mais qui est arrêté; si vous regardez à Perpignan, les résultats du TGI, il y a environ 15 à 20 ans de prison distribués par mois aux gitans de Perpignan ou de Barcelone ou de Gérone, c'est toujours psychotropes et leurs noms sont dans les journaux. On s'est par contre intéressé à la complaisance de quelques juges aux dossiers de ces fameux fils de familles, ils sont quelques centaines et on observe une fréquence incroyable pour des personnes qui ne consomment pas de procédures thérapeutiques, qui ne sont pas sensées les concerner et qui font qu'ils ne vont pas vers les procédures judiciaires.

Monsieur CORDONNIER

Merci Professeur TARRIUS, deux éclairages différents mais complémentaires et je crois qu'avec ces deux mannes, nous devrions avoir des questions qui fissent et un débat qui s'instaure.

Monsieur DELANGLADE, vous avez la parole.

Bernard DELANGLADE - Directeur URIOPSS PACAC

Est ce vous avez ??? (**Fin de cassette 2 face A blanc de la cassette**)

Début de la cassette 2 face B ...une caractéristique du bassin méditerranéen - comment est ce que cela peut être comparé, analysé avec la réalité d'autres ports ?. Marseille on l'a bien analysé comme étant un port, un niveau d'échange mais qu'est ce qui caractérise ces flux migratoires et ces liens avec les trafics sur le bassin méditerranéen par rapport à ce qui peut se passer dans d'autres zones portuaires du nord ?

Alain TARRIUS

D'abord pour Marseille et pour Alicante, dont j'ai parlé pour ces réseaux " exemplaires " de marocains, il y a une histoire longue, Marseille et la naissance de Belsunce. Si vous regardez les travaux d'Alain Nayo ??? au début des années 70 qui décrit ce qui se passe autour des Carmes et à Belsunce, et en 85, j'y trouve tous ces commerces etc.... Alicante aussi, c'est l'histoire des départs des pieds noirs vers l'Algérie et de leur retour en 1961 qui forment ces centralisés à Alicante. Alors j'ai parlé d'exemplarité méditerranéenne, sinon il est clair qu'il faudrait parler des turcs en Allemagne ou en Belgique, c'était pas ce propos de la réunion donc je ne l'ai pas abordé mais ce phénomène que je signale est véritablement mondial aujourd'hui. Vous voyez que c'est une nouvelle forme migratoire. On a longtemps parlé du moteur à quatre temps de la mobilisation du travail international pour ramener les petits ouvriers près des usines, les exploiter et créer des zones d'altérité dont on ne se sort pas, c'est une mobilisation internationale de la force de travail aussi mais sur le mode de la circulation. Il faut absolument contourner tous les édifices qui taxent, qui interdisent pour les grandes firmes et atteindre les populations même très peu solvables car les produits sans les taxes sont finalement très bon marché.

Cette nouvelle forme de mondialisation d'émigration qui prend actuellement tout son sens, on la trouve bien sur entre Mexique et Etats Unis, vous voyez le dernier rêve de

Bush de faire un mur alors qu'il y a déjà des millions de mexicains installés de l'autre côté du mur.

Vous le trouvez aussi avec le réseau diamantaire sur l'Afrique. Dubaï aussi entre l'Asie du Sud Est et le moyen orient et les immenses redistributions à l'occasion des pèlerinages. Ces formes là sont mondialisées.

Mais ce qui m'intéresse dans ce que j'ai dit c'est que naissent des zones relativement criminogènes comme l'Andalousie, c'est que les lieux dits " les plus contrôlés " sont des grandes passoires, la corruption y est liée et de l'autre côté des Balkans, je crois qu'il faut rapidement réfléchir sur l'invention politique européenne actuellement d'une soi-disant frontière naturelle aux portes d'Istanbul qui ne correspond pas à grand chose historiquement et qui dans l'actualité de ces immenses mouvements qui mobilisent des centaines de milliers de personnes, est totalement contraire à la nouvelle création de grande circulation et de grande porosité, de grande proximité entre population notamment musulmane, d'Afghanistan à l'Adriatique, beaucoup plus haut bien sûr que la limite d'Istanbul.

Monsieur Bruno ETIENNE

Dans le document qu'on vous a fourni, vous avez en plus du livre d'Alain TARRIUS " la mondialisation par le bas ", c'est à dire les nouveaux nomades de l'économie souterraine, sur le sujet plus large des migrations méditerranéennes, vous avez un livre d'un collectif " herbes, drogues et épices en Méditerranée histoire anthropologique et économie du moyen age à nos jours ", je voudrais rappeler sur le nomadisme généralisé, la définition que Braudel donnait en partie de la Méditerranée : " c'est un continent liquide dont les berges sont solides ". J'y ai ajouté un travail sur les migrations de populations du bassins méditerranéen, j'ai essayé de comprendre ce qui s'était passé depuis la Mésopotamie, c'est à dire depuis que notre soi disant ancêtre Abraham est venu de ce côté là. Tout part de la Mésopotamie, c'est à dire l'Irak actuel.

J'ai découvert qu'à peut près toutes les 3 générations et demi, 1/3 de la population méditerranéenne migre du Nord au Sud, de l'Est à l'Ouest. Les pieds noirs par exemple, plusieurs millions de personnes? Ce sont les juifs qui ont le plus migré, ils ont fait des allers retours, Nord-Sud, Est-Ouest etc... Or qu'est ce que nous constatons dans les registres de commerce. Je vais prendre Bassora, 9^{ème} siècle, invention de la carte de crédit, invention du prêt rémunéré, invention du commerce international entre la Chine et la Méditerranée, mais les bateaux n'étaient pas grands et transportaient des drogues et des épices et on a le répertoire exact de la pharmacopée.

Vous allez à la chambre de commerce de Marseille, vous verrez comment les grandes familles ont fait leur fortune, c'est sur les épices et les drogues.

Qui a la légitimité divine ou scientifique pour décider ce qui est bon et ce qui est mauvais ? C'est une vraie question (qui distingue les charlatans des médecins..).

1/3 de la population méditerranéenne qui migre tous les 150 ans, cela veut dire qu'à Marseille on ne peut pas trouver 14% de la population qui peut aligner quatre parents français. Alors grands parents, n'en parlons pas.

Réfléchissez ? En même temps c'est pour cela que Marseille est ce formidable laboratoire.

Monsieur CORDONNIER

Alors par rapport à tout ce que nous venons d'entendre, dans vos pratiques, quotidiennes qu'est ce que cela vous apporte en tant que responsables de l'association, c'est important. Nous avons fait choix avec ces deux hommes, ces deux intelligences, ces deux connaissances. Est ce que vous pourriez réagir à chaud indépendamment du choc de ce que l'on reçoit. Nous dire si vous cela vous a apporté quelque chose, au niveau des administrateurs de l'AMPTA, nous ne sommes pas des spécialistes dans ce domaine.

Je suis en ancien professeur d'Université de chimie de la matière. Je n'ai rien avoir avec ce problème. Si j'y suis j'y suis impliqué dans un problème social, je suis passionné de ma ville même si vous le savez je suis arrivé ici dans les années 50 pour faire mes études à l'université. Mais " me lever d'ici ", comme on dit : impossible. Même quand je dois partir quelques temps, je suis mal. C'est viscéral quelque part, c'est viscéral dans tous les termes de cette contradiction, c'est viscéral dans l'image que l'on me projette de ma ville à l'extérieur, dans l'image que j'en ai. Dans l'organisation de spectacles au pied des cités dans le 13/14^{ème}, c'est un de mes engagements.

Et vous qui en êtes les praticiens, ceux vers qui je me tourne " qu'est ce que vous pouvez répondre à ce que vous venez d'entendre.

Monsieur Philippe JEAN

Moi, ce que je pourrais répondre c'est " au secours ", d'une certaine manière. Parce que ce qui a été dit confronté à ce que l'on sait, illustre l'immensité de notre méconnaissance. Je crois qu'en matière de drogues, toxicomanies, vu du côté du médecin, on peut affirmer sans aucune honte, que c'est un domaine que l'on connaît très mal, sur le plan de la pratique, de la compréhension, sur le plan de l'histoire, sur tout ce qui précède l'événement auquel on est confronté au cas par cas. Et c'est quelque chose que l'on découvre au travers de la pratique et de la confrontation, à la fois de l'individu, du patient que l'on doit appelé peut être malade je ne sais pas, ou des groupes. Et ma petite expérience m'a amené à découvrir un monde totalement incompréhensible, auquel, après quelques années d'intérêt, je ne comprends toujours pas grand chose. Il y a quelques éléments qui permettent de dire au médecin, ça c'est bon pour la santé, ça c'est bon pour l'individu, ça c'est mauvais, tout au moins dans les effets constatés sur la dégradation physique, la dégradation du comportement, qui permettent de dire que c'est nuisible pour l'individu car ça lui fait perdre ses capacités fondamentales ou ses performances, mais en dehors de ça, on reste de grands ignorants, non seulement des effets des produits, mais de toute cette histoire.

L'intérêt d'avoir suivi l'histoire de cette éminente institution, c'est d'avoir eu un regard, un peu différent sur l'immensité des composantes sociologiques, philosophiques, scientifiques, psychanalytique, et d'essayer de faire preuve à la fois d'une grande prudence et à la fois d'une grande modestie.

Je crois qu'on a dans le domaine médical à se cacher derrière une forme de science qui est ce qu'elle est à un moment donné, ce que l'on en sait. Si l'on regarde ceux que l'on connaissait des opiacés avant qu'un prix Nobel leur soit attribué, et ce que l'on en sait maintenant, et ce que l'on en fait, on a changé en quelques années, complètement de façon de faire, complètement de discours et d'attitude. Et ce qui était mauvais à un moment donné peut être devenu bon maintenant.

Notre perception doit être empreinte d'une très grande modestie et la contribution qu'on peut apporter à la réflexion générale, d'un groupe qui s'intéresse à ce système, c'est à la fois d'essayer d'en appréhender les différentes composantes, de les adapter

à l'environnement local, car ce qu'on peut faire à Marseille, n'est peut être pas tout à fait la même chose que ce que l'on peut faire à Lille. Il faut se nourrir de toutes ces informations qui viennent éclairer l'immensité des zones d'ombre et d'essayer de progresser un peu et d'entendre ceux que les différents spécialistes, les observateurs, les expériences recensées peuvent nous aider à progresser, mais avec beaucoup de prudence car nous ne pouvons pas apporter de propos formels, très structuré et même sur le plan médical, on ne peut pas vraiment soigner le toxicomane, on peut lui apporter tout au plus des soins. Donc " help ", j'ai besoin de vous tous.

Bruno ETIENNE

Je vais faire une proposition concrète. A Aix en Provence, il y a d'une part les archives coloniales, la maison méditerranéenne des sciences de l'homme, dont je fus en parti le créateur il y a 20 ou 30 ans, 175000 livres, 80 chercheurs, 5 doctorats etc.. donc il faudrait prendre le temps de lire une fois par semaine, un article ou un petit livre sur ce qui est fait. Il est dit qu'à Marseille nous avons des problèmes selon un constat social, avec les populations musulmanes, il serait tant que ceux qui sont en contact avec les populations musulmanes, aient un minimum de connaissances et je vais donner 2 exemples

je voudrais rappeler qu'un des inventeurs de la psychiatrie au 11ème siècle, Al-Kindi appelait la psychiatrie " alchimie du bonheur " et à Marrakech, ou à Damas, on peut visiter les hôpitaux psychiatriques où l'on soignait les fous par des bains rituels d'eau salée et avec de la musique. Et Al-Kindi, a fait 6 catégories de folie.

Aujourd'hui à Marseille plus qu'ailleurs, le marqueur d'identité qui permet de survivre c'est le refuge paroissial (je suis de la Castellane - Je suis Marseillais - Je suis de l'OM ...) on est devant un pluralisme, une pluralité de rattachements identitaires qui démontrent combien on est face à un gouffre. Je voudrais savoir s'il est vrai que presque la moitié des français vit sous Prozac. Si c'est vrai, que veut dire une société qui a des dealers de la drogue et qui vit sous neuroleptiques.

J'ai écrit un livre qui s'appelle " combattants suicidaires ", j'ai enseigné à l'université de Gaza et j'ai écouté 17 cassettes de jeunes gens de 25 ans qui décident de pousser la pulsion de mort jusqu'à sa propre logique " tanatocratique ?? ", c'est à dire " le monde doit être détruit pour que je revive ", ce sont des fous des assassins etc...

J'ai dit tout à l'heure que la pratique communautaire des drogues n'est jamais dans la précarité, c'est fondamental or Gaza est un cloaque.

Et savez vous ce que j'ai découvert, que les 17 personnes que j'ai étudié comme des kamikazes déniés de culture, étaient tous des nantis culturels et des nantis économiques. Donc que signifie la pulsion de mort ? Freud parlait de dé-liaison aussi, la pulsion de mort apparaît sur les dégâts commis sur les survivants de la guerre de 1914. Que signifie la dé-liaison aujourd'hui dans les quartiers marseillais ? Ça veut dire plus de flics ? Plus d'assistantes sociales ?

La drogue est pour moi, un tout petit élément de réponse à des choses que nous ne maîtrisons pas. Je dis qu'il faut travailler sur l'archéologie, sur l'ontogenèse, les conditions objectives de production d'un fait social, elles sont inscrites dans une histoire courte et une histoire longue. Et pour cela il faut prendre le temps de lire et de se documenter.

C'est quoi la précarité dans le nomadisme aujourd'hui ? Nos enfants sont nomades, mêmes les enfants de bourgeois. Quels sont les effets sociaux de la précarité, de la mobilité ?

Il me semble que nos étudiants ont intériorisé la précarité, la mobilité, ils travaillent un an, puis ils arrêtent, ils retravaillent un peu ...pareil dans le mariage etc...

Emmanuel TODD a parlé de fracture sociale dans la première élection du président. Mais qui a lu Emmanuel TODD parmi vous ?

Lisez le - ou Wievorka ? Il y a plein réalisé sur ce plan là.

Alain GAVAUDAN

Cette bouffée de fraîcheur, de créativité que nos 2 orateurs nous apportent, il faut quand même dire que sur le terrain et en particulier au niveau de la médecine, les choses ne sont pas aussi simples. A savoir que pour vous répondre, Monsieur Etienne, ceux qui aujourd'hui décident de ce qui est thérapeutique de ce qui ne l'est pas, ce ne sont même plus les instances d'Etat, même plus les spécialistes médicaux, c'est l'industrie pharmaceutique, vous le savez, qui est en majorité anglo-saxonne qui avec la complicité de certains d'entre nous, médecins, déclarés experts, décident de ce qui est bon, de ce qui n'est pas bon, de ce qui est thérapeutique, de ce qui ne l'est pas. Nous médecins en tout cas, sommes totalement coincés dans ce système, d'autant plus que pour revenir à la méditerranée et aux modes de pensées qui régissent actuellement certaines de nos pratiques, il faut savoir que ces modes de pensées anglosaxones pures et dures, qui sont en train de nous contaminer, en train de protocoliser tout ce que nous devons faire au nom du bien et du bonheur d'une société. Il faut le dire. Quand on dit qu'il y a 30 % de malades dépressifs en France et 50 % de malades mentaux dans les prisons, il est évident que c'est totalement faux. Il y a peut être 30% de gens malheureux et 50 % de gens qui ne sont pas bien dans les prisons, mais absolument pas dépressifs. On est dans un système de trucage complet de ce qui peut être dit à une société et je voulais relier cela avec la méditerranée et la toxicomanie. Pour ce qui est de la discipline médicale, la pensée méditerranéenne n'a plus sa place. Aujourd'hui si vous voulez publier un article, il faut 95 % de référence anglosaxonne, sinon il ne passe pas même dans les revues françaises. En matière de toxicomanie, est ce que nous allons arriver à tenir la route et ne pas être complètement coincé dans cette modélisation et à respecter certaines spécificités idéologiques, sociologiques, philosophiques etc... et aussi certaines spécificités culturelles.

Bruno ETIENNE

Je pose une question aux spécialistes : est-ce que vous avez une étude par catégories culturelles ou culturelles des toxicomanes ?

Non, évidemment c'est interdit par la loi.

Alain TARRIUS

Bruno ETIENNE vous incite à être transversaux en quelques sortes, dans votre situation de savoir, l'univers culturel. Il y a d'autres transversalités possibles. Je voudrais interroger l'AMPTA. Très prosaïquement sur des programmes européens sur lesquels vous pouvez être, j'ai écouté votre histoire, on voit son élargissement. Est ce qu'il n'est pas pensable que vous même vous transgressiez les frontières, vous deveniez transnationaux . Il y a des études qui travaillent à Gènes, Trieste, à Sofia à Alicante, Barcelone ... est ce que vous y allez, est ce que vous vivez la-bas quelques mois, est ce qu'eux viennent ici ?

Bruno TANCHE;

Juste deux réponses, la première pour Bruno ETIENNE; On a fait des statistiques depuis 1986, sur des bases de données. Je crois qu'aujourd'hui si elles étaient cumulées, je pense qu'on aurait pas loin de 10 000 patients.

Avant que la CNIL nous oblige à déposer les projets de recueils et à les valider, on a fait un certain nombre d'investigations sur l'origine culturelle. Je parle sous le contrôle des personnes qui gèrent encore ces bases aujourd'hui et qui ont un petit regard sur la population globale qui est la notre, le sexe ratio n'a pas changé quasiment (75% / 25%). L'origine culturelle je crois qu'on peut avancer, on avait à peut près 70 % de personnes d'origine étrangère dont une grande majorité de maghrébins. C'est vrai que qu'on a enlevé cet item et que maintenant on ne le recueille plus. Mais on voit toujours les mêmes personnes, mais il n'est plus recueilli.

Sur la méditerranée, l'ouverture des fenêtres, de la Mairie de Marseille qui donnent sur la mer, ne se sont pas faites comme ça du jour au lendemain, mais c'est venu d'opportunités. Ces opportunités ont été de travailler avec nos collègues de Barcelone d'abord, de Gènes ensuite, de gens avec qui, et il pourrait être intéressant de débattre autour, avec qui on partageait une culture un peu clinique sur des personnes qui nous semblaient avoir des identités assez proches les unes des autres. C'est à dire que les pratiques d'usages de drogues à Barcelone étaient sans doute beaucoup plus proches de celles de Marseille que de celles de Paris et puis on a travaillé longtemps sur les questions de Sida et on faisait le constat scientifiquement même gradient Nord-Sud où au plus on descendait vers le Sud, au plus l'impact de l'usage de la voie intraveineuse amenait des pathologies infectieuses qui ont fait qu'on avait des taux de séropositivité chez les patients que dans le Nord. Voilà ce sont des petites choses, mais une grande partie de notre public est d'origine étrangère.

Quelqu'un de la salle

Je sais bien que c'est un peu à contre-courant de faire ressortir dans les différents critères, items qui peuvent caractériser les populations, mais quand même, c'est vrai qu'un individu, une population est difficilement rattachable à un seul critère. Par exemple, l'origine culturelle, l'origine religieuse, l'origine géographique. Et cela pose un certain nombre de problèmes parce que certes on est entre nous et ça peut ne pas poser de problèmes. Mais imaginons que nous ne soyons pas qu'entre nous, si effectivement par les noms de gens qui sont en prisons, de gens qui sont au RMI, qui vivent dans les quartiers difficiles, de gens qui se droguent, ça pose un certain nombre de problèmes qu'il ne faut pas sous-estimer, parce que si l'on faisait ça, il faudrait rajouter beaucoup de critères : on est un homme, une femme, un jeune, etc, il faudrait rajouter tous les critères et dire qu'effectivement un certain nombre de populations, particulièrement à Marseille, qui sont peut-être un peu plus touchés, qui sont dans les centres de soins, sont d'origine méditerranéenne ou d'origine étrangère, moi ça me pose un certain nombre de questions de le dire comme ça, même entre nous.

Bruno ETIENNE

Je vais essayer d'argumenter pourquoi nous préférons la législation européenne qui permet ce genre de chose. D'abord ça se passe dans d'autres pays et à ma

connaissance, ça ne produit pas d'effets pervers plus grand. Alors que ça produit des effets pervers de ne pas savoir. Je vais donner des exemples.

Sur le plan épistémologique, méthodologique et déontologique, nous travaillons sur 81 variables pour une raison mathématique c'est que les ordinateurs ont 9 entrées. Donc je dis à mes étudiants que quelqu'un qui arrive avec une variable déterminante ne m'intéresse pas.

Mais dans le contexte actuel, est-ce que véritablement, le problème clair de l'effondrement de l'Union Soviétique qui a impliquer qu'on redessine la carte du proche et du moyen orient, la variable déterminante est la variable religieuse ? Notre réponse est non. Or pour la quasi totalité de nos compatriotes, la réponse est oui. Donc ce que nous voulons faire par ces pratiques, c'est lutter contre l'encouragement des fantasmes grossiers à peine variable.

Exemple, la pratique religieuse à Marseille, vous ne voyez que des photos et des films de musulmans débordant dans la rue " le cul en l'air ". Déjà cette photo n'est pas gratifiante, et symboliquement c'est intéressant. Et bien, avec l'équipe de l'observatoire du religieux depuis 1981, on compte, décompte les " orans "?? en prière dans les lieux de cultes musulmans. Et arrive à la conclusion suivante : la pratique musulmane orthodoxe mais non canonique ne dépasse pas 17% de la population sociologiquement musulmane c'est à dire qu'elle est plus basse que la pratique déjà basse des catholiques. Comment voulez vous que nous expliquons cette chose là, alors que toute la journée la presse montre à la télé, la rue envahie par les musulmans. Et pareils pour les juifs, qui est juif ? Qui est légitime pour dire qui est juif ? Comment on est juif ?

43 % des gens qui ont une onomastique judaïco - sémitico-(on prend des précautions) de l'annuaire du téléphone à Marseille, ne vont jamais à la synagogue, mais parmi cela, 86 % vont le kippour. Donc si l'on prend un échantillon le jour de Kippour, je trouve les synagogues pleines. On a fait cela pour tous les cultes et on a découvert que seules les sectes minoritaires sont à 92 %.

Ce travail nous permettrait de lutter contre des vérités premières qui ne sont que des erreurs premières.

Je termine sur les prisons : " les prisons sont pleines de musulmans ", moi je soutiens que si les jeunes sont aux Baumettes, c'est pas parce qu'ils sont musulmans mais c'est parce qu'ils ne sont pas musulmans. Vous voyez la différence de perspective ? Ça s'appelle l'essentialisme. En 45 ans de métier, je n'ai jamais rencontré un musulman qui ressemble à un autre.

Comment nous allons expliquer cela ?

Concernant les interdits alimentaires, les grandes surfaces locales (Marseille - Aix) nous ont commandités et l'on s'est rendu compte que les juifs, les pieds noirs, les espagnols, les musulmans consommaient les même produits mais pas appareillés de la même façon. (en vrac...)

La marque GARBIT a payé une enquête pour la logistique des produits judéo -pied-noir do maghrébin dans les supermarchés. Donc si le capitalisme a compris cela, le politique pourrait aussi le comprendre.

C'est intéressant les interdits alimentaires ?

Nous avons l'utilité qui peut être interprété de façon perverse de ce type de variables c'est vrai. J'espère vous avoir convaincu au moins de ma bonne foi.

Quelqu'un de la salle :

Plutôt un commentaire, je crois que vous êtes très convainquant et que la déontologie avec laquelle vous utilisez les données n'est pas douteuse. Mais à partir du moment où vous collectez des données, vous n'êtes pas seul à les utiliser, ni que ces utilisateurs n'aient ces codes déontologiques qui sont les vôtres.

C'est pour ça qu'il y a quelque chose d'extrêmement dangereux. J'en voudrais pour preuve les travaux qui ont été fait sur les troubles de la conduite sur l'enfant et l'adolescent, qui ont été la base scientifiques de la loi de prévention de la délinquance , il y a des choses ahurissantes. On lit par exemple que l'enfant qui non aurait des causes génétiques, c'est à dire qu'il aurait au moins un parent (fin de cassette n°2 blanc)

Debut de cassette n° 3 face A

Les statistiques de cette collecte de données est ahurissante et extrêmement dangereuse et qui est à l'origine pour partie de cette fragmentation des identités dont vous constatez les effets désastreux.

Je crois qu'il faut avoir beaucoup de prudence dans la collecte des données et dans les statistiques et les statisticiens utilisent des techniques d'économétrie, ils passent de la corrélation à un facteur de risque puis un facteur de causes à effets. Si on a des données qui disent ¾ des toxicomanes sont d'origine maghrébine et bien on va chercher le gène du toxicomane maghrébin.

Quelqu'un de la salle (nom à rechercher association milan)

Je suis étranger, je viens de Milan en Italie. J'ai bien entendu. Je travaille dans une association à Milan, avec les problèmes qu'ici vous connaissez et que vous avez bien expliqué. Il y a des choses qui m'ont surpris positivement : on parlait d'accès aux droits et pas de réinsertion ou peu. En Italie on parle beaucoup de réinsertion avec les malades. Accès aux droits c'est pour les citoyens tous les hommes et femmes. Il est très important de parler des problèmes d'addiction, pas seulement avec la contribution de la médecine mais aussi avec la contribution de l'éducation, de la sociologie et anthropologie.

Je suis éducateur. Lundi il y aura un congrès à Milan et je suis membre du département sanitaire de milan pour la dépendance sur les drogues et sur la réinsertion.

Votre représentant AMPTA participera à notre colloque et viendra parler à la communauté de milan de ces choses (appartement – et ??aides sociales).

La moitié des habitants de milan travaille et gagne 400 euros par mois, l'autre moitié a une très bonne situation. Voilà la différence, différence d'argent, de langues, différences de drogues, il y a des drogues de pauvres et des drogues de riches, différences de possibilité de soins.

Je vous remercie de cette contribution.

Quelqu'un de la salle

Pour rajouter un petit mot, il y a des drogues de société, aujourd'hui on va s'accroître la consommation de cocaïne, et se n'est pas s'en mettre en lien, selon moi, avec notre société du souci de la performance.

La cocaïne est une drogue qui s'accroît en terme d'usage.

J'étais très intéressée par les propos de Monsieur Etienne, qu'on ouvre enfin nos débats d'experts d'alcoologie et addictologie, à ces sciences là, à savoir l'anthropologie, la sociologie, c'est éminemment important. Et comme disait Marcel MOSS effectivement le phénomène drogue est un fait social total dans la mesure où cela convoque l'ensemble des activités humaines et pas seulement médicales psychanalystes mais politiques esthétiques philosophiques... Je rejoins tout à fait ces propos et je suis très contente d'avoir à la tribune ces orientations là en termes d'analyses qui nous le savons l'histoire de l'humanité se conjugue avec en parallèles l'histoire de l'usage des drogues depuis la nuit des temps et quand on a ce regard sur l'histoire, l'anthropologie, le fait que toutes les civilisations humaines ont utilisé les drogues, depuis la nuit des temps, évidemment dans d'autres cadres pas à la manière d'aujourd'hui mais vous avez fait des rapprochements avec les raves parties, et quand on parle de phénomène drogues aujourd'hui, s'en occuper y compris de notre place, cela veut dire que depuis histoire de l'humanité, on n'a de cesse de passer de "Pharmakon" à "toxicon".

Monsieur TARRIUS

Oui, par rapport à ce que vous disiez concernant le fait qu'il y a des drogues pour riches et des drogues pour pauvres, je voudrais dire que dans tous mes travaux actuels, je constate que l'écart se rétrécit beaucoup plus qu'il ne creuse. L'héroïne à Trébisonde ????, s'achète à moins de 5 euros le gramme c'est la même qu'on achète ici à 40 euros, avec certains circuits et c'est la même qu'on achète à 12 ou 13 euros dans d'autres circuits.

Il nous vient à l'esprit de penser qu'elle est différente mais pas du tout, c'est la même, on trouve la même chose en Espagne, même phénomène avec la cocaïne aussi. Pour les caméscopes, même chose, ils se vendent pour les uns à 400 euros et pour les autres 1400 : ce ne sont pas des contrefaçons, mais leurs prix sont différents selon les circuits.

Je voudrais vous alerter sur ce phénomène, il y a des volontés délibérées de très grandes entreprises multinationales et l'héroïne afghane est une multinationale quand elle passe la Turquie, de mettre à disposition des populations extrêmement différentes, les mêmes produits avec des solvabilités différentes mais qui produisent à l'origine les mêmes intérêts.

Je voulais juste nuancer votre propos en ce sens.

Etienne ZURBACH

Je vais risquer un commentaire : je pense aux travaux que j'ai cités, concernant l'histoire de l'émigration dirigés par Emile TEMINE, j'avais trouvé tout à fait intéressant les indications qu'il faisait par rapport aux traitements différents dont avaient bénéficié certaines communautés, en fonction de leur histoire. Il faisait référence à la communauté algérienne et gitane, qui par rapport à la guerre d'Algérie étaient des communautés qui étaient particulièrement surveillées par les services de l'Etat. Elles avaient moins que les autres, on va parler des arméniens des pieds noirs, des italiens négociaient leur intégration avec les pouvoirs politiques en échange contre leur soutien avec un vote ou un logement alors que pour ces communautés ont été confrontées à une surveillance plus insistante des services de l'Etat, ce qui peut expliquer peut être, en particulier pour les algériens, leur devenir au niveau du territoire national a été plus complexe. Il me semble, mais je ne voudrais pas me

risquer trop loin, que ce sont les algériens par rapport à la communauté maghrébine , qui ont fortement été concernés par les usages d'héroïne dans les années 80 et les gitans 10 ans après. Je trouverais intéressant qu'on puisse pousser plus loin, la manière et le statut dont chaque groupe a pu être pris en compte dans une intégration territoriale et leur devenir au travers d'une prise de risque, par exemple l'usage de drogue

Bruno ETIENNE

Pour vous faire voir comment on essaie de travailler : il y a 81 variables. Que veut dire intégration ?

L'Etat ne supporte pas les nomades, pour lui si vous n'avez pas de domicile vous êtes nécessairement surveillés.

Quelqu'un de normal a un foyer et un lieu, sinon vous êtes " boarderline ".

La république dit " viens mon frère, ta différence m'enrichit mais ce que tu as de mieux à faire c'est de devenir comme moi ". Or aujourd'hui on est face à des gens qui demandent des droits différents tout en étant pas entièrement à part. Les gitans ne demandent pas des droits différents, ils sont à part.

Ca veut dire que l'intégration au yeux de la société qui m'a faite et que j'honore, signifie la désintégration.

Désintégration communautariste, tu ne peux pas avoir de solidarité en dessous de la solidarité nationale.

Un bon intégré est désintégré sur le plan communautaire. Un bon intégré parle la langue " Française " car dans le système français, le contrôle de l'ascension sociale se fait par le contrôle de la langue pédagogique.

Donc on est francophone etc... Vous voyez comme on ajoute des critères. Bien sur que je suis pour l'intégration, mais ça veut dire quoi ?, ça veut dire que Levinaz ??? nous a appris " l'autre ne doit pas devenir le même ". Alors avec mon vieux pote Lafont, on a écrit " la mêmété et la mêmérie ".

Nous disons " l'autre est intégré quand il est devenu le même ". Cela veut dire qu'il n'est plus le même, il est un autre.

Monsieur CORDONNIER

Une dernière question car nous arrivons à la fin de notre séance plénière.

Martine LACOSTE.

Merci déjà pour votre invitation, c'est un vrai plaisir. Je suis toulousaine et dirige une association qui s'appelle Clémence Isaure.

Question pour Mr Etienne, pensez vous qu'il soit si difficile en France d'ouvrir un débat sur la dépénalisation des drogues parce que Jésus a partagé le pain et le vin et n'a pas fait tourner un pétard ?

Bruno ETIENNE

Je ne suis pas compétent. Mais pour rire un peu, je vais vous raconter une anecdote. Vous savez que le problème des paroles fondatrices des 3 religions monothéistes nous pose problème. On est passé de l'oral à l'écrit.

J'ai été élevé dans les textes je sais la bible et le coran à peu près par cœur.
Un jour je méditais au dessus du lac de Tibériade, cette petite colline magnifique au dessus de la synagogue de capharnaüm où vraisemblablement le " Rabbie Rossoi ? ? ? que vous connaissez sans doute sous le nom de Jésus Christ, c'était un petit rabbie, c'est le jour où il a partagé le pain. Je méditais et mon frère de sang était dans la vallée, il m'a dit quelque chose et je lui ai répondu. Mais il n'a pas entendu car le vent monte du lac de Tibériade et je me suis dit " mais bon sang, personne n'a entendu le sermon sur la montagne ".

Jean Victor CORDONNIER

Sur cette parabole, je vous remercie tous et surtout nos 2 intervenants dans des registres différents mais combien complémentaires. Je pense que nous avons matière à réflexion.

Nous sommes un certain nombre à nous être élevés dans ce qu'est notre engagement, un petit peu dans la pensée de Bruno Etienne. Mais ce qui m'a importé d'entendre, c'est ce que nous a apporté le Pr Tarrius.

Souvenons nous, nous les Marseillais, nous sommes un site de migration, les uns viennent, les autres partent.

J'ai été confronté, à ces différentes populations dans les quartiers de Marseille, dont vous parliez tout à l'heure, les gitans : les gitans Roms, les gitans " bagdadie ", les gitans andalous.

Sont-ils sédentarisés à Marseille ?

Oui je veux bien.

Il y avait à la " Cayolle " cette citée à coté du " Roy d'Espagne " ; des baraquements qui dataient de 1936, au moment où il y avait eu la guerre en Espagne et certains étaient venus se réfugier ici.

Et puis un jour, travaillant dans le Nord, moi le sudiste, j'ai vu des personnes que j'avais connu la bas. Certains que j'avais connu petits avaient grandis , il y avait un nomadisme dans leur sédentarité. C'est à dire l'HLM qu'on leur avait attribué suite à la résorption de ces bidonvilles, il y avait des familles qui portant le même nom, tournaient dans tous les quartiers de Marseille, parce qu'au bout d'un moment, vivre dans ce nouvel appartement qu'on leur avait attribué leur pesait. Alors ils tournaient Puis j'ai été confronté à un autre phénomène de ceux qui étaient venus, de ceux qui étaient repartis et particulièrement avec des gens en provenance de l'Algérie, 2^{ème}, 3^{ème} génération, la réaction contraire ; au début on était encore dans sa racine culturelle, on était devenu marseillais. Et dans certain cas, dans certaines citées, d'un vote très à gauche, on est passé à un vote à l'extrême droite, parce que vous laissez rentrer, vous la gauche, n'importe qui en provenance de l'Algérie .

Dans ces phénomènes de migration, il y a toujours à moment donné quelque chose qui se fixe, qui fait que ceux qui vont repartir ne sont pas ceux qui étaient venus, ils vont partir avec une culture différente. Je vois aujourd'hui qu'avec ce que vous avez dit tous les 2, il y a une réflexion qui se déclenche et qui fait que je pourrais bien regarder désormais les marseillais d'un autre œil.

Pour cela, et au nom du Conseil d'administration, je vous remercie et Mr ZURBACH, je vous félicite.

Monsieur ZURBACH

Merci et je vous rappelle que les travaux reprennent à 14h30 précises. Bon appétit.

14h30 – PLENIERE N° 2 : “ sciences et passion des drogues ”

Jean Jacques SANTUCCI

Comme vous l'a déjà expliqué Etienne ZURBACH ce matin ces plénières ont en quelque sorte été préparées par les membres des équipes de l'AMPTA qui ont élaboré, réfléchi, pensé, élucubréd autour des thèmes que sont la Méditerranée, la Psychanalyse, la Jeunesse et pour ce qui nous concerne, la Science.

C'est donc le résumé du fruit des réflexions de Béatrice, Bénédicte, Bruno, Dominique, Véronique, Marguerite, Isabelle, Isabelle et Jacques que je vous livre en guise d'introduction à cette 2^{ème} plénière avant de céder la parole à Marc VALLEUR et à ... (*alors là, si vous aviez mon petit papier sous les yeux vous y verriez, des traces de larmes, séchées depuis et dans une parenthèse un texte en italique, texte qui dit que Bernard Stiegler est retenu à Paris par un heureux événement, et c'est là qu'on constate que le bonheur des uns fait parfois le malheur des autres. En effet, il m'a appelé mercredi matin pour m'avertir que sa femme entrait à la maternité et que, voulant être présent auprès d'elle, il ne pouvait conséquemment l'être auprès de nous. Il m'a donc transmis outre ses excuses, un fichier son de ce qui devait être son intervention que nous écouterons après que Marc VALLEUR ait pu développer son propos... tout ça pour dire que ça a flanqué un sacré désordre dans mon introduction, je ne sais même plus où j'en suis, car normalement j'avais prévu de vous dire que , fin de la parenthèse et de l'italique)* Marc VALLEUR donc et Bernard Stiegler qui peut être éclaireront les chemins obscurs et tortueux que nous avons emprunté.

C'est donc à Marc VALLEUR, le bien nommé auquel, si besoin, nous prêterons main forte , qu'incombera la mission, s'il l'accepte, de palier à l'absence de l'heureux père.

Voici le résumé.

1) Définitions :

Faut il parler de **SCIENCE(S)**, au singulier, au pluriel ?

N'est elle/ne sont elles qu'exactes, peuvent elles être humaines...aussi ?

Comment, lier ce qui doit être (dans le même temps) mesurable, explicable, reproductible, certain, démontré et ce qui, est, au contraire, incertain, inexplicable, non reproductible...

Les sciences humaines et les sciences exactes, en tout cas dans ce qui les fondent, semblent s'opposer. Ne peut il en être autrement, ne sont elles qu'antinomiques ?

Lors d'une récente conférence, Isabelle Stengers, philosophe des sciences, disait que “ *La grandeur de la science réside dans sa capacité à accepter les questions qui pourraient remettre en cause ses certitudes.* ”.

Faut il assimiler la science au progrès, et celle ci est elle mise au service du bien être de l'homme ?

Que dire des scientifiques. Qui sont ils ? Les médecins, les chercheurs ? Eux seulement ? Qui d'autre alors ? Les travailleurs sociaux ... ?

Les **DROGUES**.

Toutes les drogues sont elles mauvaises ? N'y en a t il pas de bonnes ? Ne parle-t-on de drogue que quand il est question de substance psychotrope ? Evidemment non, on ne peut s'en tenir à cette seule acception, n'est ce pas Marc, ne serait ce que dans le langage courant quand on dit que telle activité est une drogue pour telle personne.

Quant à la **PASSION**, nous nous sommes rappelé qu'il y était aussi question de passivité et de souffrance.

2) Fonction de la science dans le champ des drogues.

La science, vient indiquer, marquer ce qui est viable et ce qui ne l'est pas. Elle fixe un certain nombre de règles et de normes, elle vient faire émerger de nouvelles théories, manières d'appréhender le monde et par là rejeter de plus anciennes, elle peut aussi viser à entériner des pratiques sociales.

La fonction de la science est de faire du monde un objet de savoir et d'en tirer des lois afin de pouvoir agir de manière adéquate en vue d'obtenir un résultat précis. Il s'agit de connaître les causes et les effets de toute chose. La science répond par des solutions à des problèmes ; vise à établir une vérité structurant tout ou partie du monde et donc de l'individu.

Pour rester " collé au thème de notre atelier, nous nous sommes posé la question suivante : comment la société se propose-t-elle de traiter les passions, quelle(s) thérapeutique(s) est, sont elles promues ?

La médecine se donne comme objectif de traiter la passion; supprimer la passion, supprimer la souffrance. Dans notre société, ou plutôt civilisation, la passion est envisagée dans un rapport pathologique. L'individu passionné est source de dérèglements, de débordements, il est irraisonnable fauteur de trouble,.... Pourtant nous remarquons que les passions sont bien loin de diminuer alors que " la préoccupation scientifique " croît et gagne toujours plus de terrain. On mesure également le renforcement des liens entre les dispositifs judiciaires et les dispositifs de soins pour traiter les passions. La promotion des sciences cognitivo-comportementalistes dans le secteur des soins illustre elle aussi cette " politique des passions " :

En contrepoint de ce mode de traitement des passions, l'exemple grec. Les passions y sont traitées dans un rapport subjectif qui voit l'émergence de sujets par la parole et la clarification des passions.

En résumé, nous avons d'un côté un traitement des passions qui s'opère par leur objectivation via la science, de l'autre côté, le traitement des passions s'opère par la constitution d'une subjectivité collective (tragédie). La passion n'est pas un objet clairement identifiable, repérable, mesurable ; elle reste obscure, mystérieuse et il s'agit plutôt de chercher à lui donner un sens.

On pourrait donc dire que nous avons affaire à deux types de thérapeutiques

- L'une strictement médicale, scientifique qui traite un objet,
- L'autre d'avantage tournée sur les effets de la parole et de la vision qui constitue un sujet.

Bien sûr, les choses ne sont pas aussi tranchées, il n'y a pas nécessairement antinomie entre ces deux pôles.

3) “ Confrontations ”.

La discussion, la “ confrontation ” des trois termes : Drogues, Passions et Sciences, amène, à les comparer, les opposer, en chercher les point communs et les antinomies. Au sein des sciences, se dégage une première opposition entre ce qui appartient aux sciences exactes et ce qui appartient aux sciences humaines.

Les premières sont le domaine de l’expérimentation, de la rationalisation, de l’explicable, les secondes, elles se réfèrent plus à l’impalpable, à l’imprévisible, à l’incertain. C’est ici la relation qui est privilégiée avec ce qu’elle a de fondamentalement aléatoire et d’inexplicable.

Cette première opposition/confrontation se dessine entre la “ chaleur ” de la relation et la froideur des chiffres.

C’est d’ailleurs de cette relation, de ce qu’elle a d’imprévisible, donc d’angoissant que pourrait se protéger une science par trop rigoureuse et froide. De cette relation à l’autre que pourraient prémunir les médicaments, ou encore les grilles et autres questionnaires d’évaluation.

L’appareillage et la complexité des dispositifs de la recherche expérimentale contrastent avec la simplicité, le dénuement de ceux de la recherche clinique où le “ chercheur ” est (le plus souvent) seul (sans protection) face à l’autre.

Cette opposition/antinomie se retrouve, d’ailleurs dans la thérapeutique. En effet, on voit bien comment la médecine scientifique développe des traitements complexes quand les médecines “ alternatives ” offrent des traitements plus légers, issus de la nature dans lesquels le médecin est engagé dans la relation avec le malade.

Ex : du shaman.

4) Les fonctions communes entre Sciences et Drogues.

Les drogues auraient essentiellement comme fonction commune de repousser les limites du corps et de l’esprit.

La consommation de drogues n’a pas été homogène au cours de l’histoire, selon les époques et les civilisations, les finalités attribuées aux drogues varient.

On en a plusieurs regards possible :

- A – L’usage de drogues a, par exemple, été d’ordre sacré, religieux et thérapeutique. Pas d’usage de masse de la drogue mais plutôt un usage réservé à un individu détenteur d’un savoir et d’un pouvoir de soigner.. ou de tuer. Il faut traverser un rite initiatique, respecter des règles, il n’y a pas d’expérimentation libre.
- B - l’usage de drogues, jusqu’à la fin des années 70, était souvent associé à une recherche esthétique : la drogue afin de créer mais l’usage est aussi hédoniste.
- C – nous nous sommes intéressés au dopage, notamment dans le sport. Il est question de repousser les limites du corps et de l’esprit, en l’occurrence, plutôt du corps. Il n’est plus question ici d’expérimentation créatrice, d’hédonisme et encore moins de soins mais uniquement de performance.

Bien sûr, ces trois exemples ne sont pas exhaustifs mais ils permettent de nous donner quelques pistes :

Les drogues auraient pour fonction commune de repousser les limites du corps et de l’esprit. Seulement cette fonction peut-être utilisée à des fins diverses :

- Création,
- Hédonisme,
- Thérapie/religieux
- Performance

Ces quatre finalités (parmi d'autres sans doute) ont pour dénominateur commun la recherche d'un mieux être, une augmentation de puissance qui viendraient répondre à une angoisse primordiale, une quête existentielle. En ce sens, drogues et sciences auraient cette fonction commune, reste à savoir, s'il s'agit de répondre à l'angoisse, d'y apporter une solution.

C'étaient la restitution aussi fidèle que possible, je crois du groupe de travail de qui nous a réunis avec les collègues pendant quelques mois, et qui a permis à Marc VALLEUR de ne pas partir de zéro. Je vous remercie et cède la parole à Marc VALLEUR.

Marc VALLEUR, Hôpital MARMOTTAN

Vous avez bien travaillé, je risque de diffuser quelque peu par rapport à Bernard Stiegler qui est plus structuré que moi.

Je remercie beaucoup Jean Jacques SANTUCCI de m'avoir invité à apporter à l'AMPTA les salutations de Marmottan : 20 ans de fonctionnement de l'AMPT, 20 ans de carrière marseillaise pour Bruno TANCHE, que Marmottan vient saluer du haut de ses 35 ans d'existence.

Je remercie SANTUCCI de l'intitulé de la plénière, surtout si j'y suis seul : c'est une plénière sur la science, une réflexion sur la science dans le champ des toxicomanies, bien sûr on pense que l'on va inviter Bernard Roque, Jean Paul Tassa, Michel Lemoile????, des toxicologues, des pharmacologues, des neurobiologistes, des fondamentalistes qui ont bien sûr de plus en plus de choses à dire dans notre domaine.

C'est d'eux que le grand public attend de plus en plus des réponses à des questions que soulève le champ des toxicomanies et des addictions.

J'avais relevé par exemple, un parmi mille, dans un éditorial de la revue "sciences" question traduite de l'anglais : "est-ce que les addictions comportementales existent ? à l'aide des avancées de l'imagerie cérébrales, les scientifiques recherchent la preuve que les conduites compulsives sans drogues conduisent à des changements au long court dans les circuits de récompenses cérébraux. Autrement dit, pour une majorité du champ scientifique, ce qui prouverait l'existence de toxicomanie sans drogue ou d'addiction comportementale est le fait qu'on puisse objectiver une modification durable des circuits cérébraux. C'est là qu'on pourrait distinguer ce qui ressemble à une addiction sans en être une, et ce qui est une vraie addiction. Comme le disent d'autres scientifiques dans un livre qui s'appelle "rationality and addiction", il y a des choses qui pourraient ressembler à des toxicomanies sans en être et qui pourraient être simplement des analogies et non des homologies avec les toxicomanies.

Ils donnent des exemples logiques pour expliquer cette différence entre analogie et homologie, celui des ailerons de baleines et des ailes de chauve souris par rapport aux ailerons de requins et aux ailes d'oiseaux, pour le grand public superficiellement, les ailerons de baleines sont du même ordre que les ailerons de requins et pour le grand public, les ailes de chauve souris sont du même ordre que les ailes d'oiseaux, or baleines et chauves souris étant des mammifères, les ailes de chauves souris sont du même ordre que les ailerons de baleines alors que les ailes d'oiseaux ne sont pas du même ordre que les ailes de chauves souris. On a une analogie et pas une homologie.

Après ce développement, ils écrivent que la vraie homologie qui permettrait de dire que le jeu pathologique par exemple, est une vraie addiction, serait à la découverte de ces perturbations durables des circuits cérébraux de récompense.

Pour le clinicien, la question est : peut-être que tout cela est vrai, mais est-ce que l'on ne risquerait pas dans la pratique d'être conduit à traiter des chauves souris par 10 mètres de fond ou à attendre que les baleines s'accrochent aux arbres par les pieds la nuit. C'est à dire que l'idée d'aller chercher les réponses scientifiques dans le fond du neurone la réponse à nos questions de cliniques quotidiennes est peut être souvent une utopie.

C'est à partir de mon point de vue de clinicien que je vais essayer de parler de cette question de la science.

Mais Quel genre de clinicien suis-je ? Il y a le clinicien psychanalyste, clinicien comportementaliste, le clinicien biologiste ; que fait-on à Marmottan depuis 35 ans.

C'est difficile. Quand on fait de la clinique, on reçoit des gens et l'on fait ce que l'on peut. On essaie d'élaborer par la suite en se raccrochant aux éléments théoriques dont on peut disposer.

Comme le dit Peniard ?? dans un de ces livres récents, les cliniciens en psychiatrie comme nombre de domaine de la médecine, font de la petite biologie, de la petite psychanalyse et de la petite sociologie. Et en bricolant avec ces éléments issus des champs les plus divers qu'il se fabrique pour eux mêmes des modèles explicatifs : qu'est ce que c'est que la toxicomanie ? qu'est ce que c'est que l'addiction ? des modèles qui souvent restent implicites, des modèles que l'on construit pour nous, qu'on arrive pas à développer de manière suffisamment claire pour les exposer et en faire partager les autres. On continue souvent à se référer à un champ : on dit je suis clinicien psychanalyste, d'autres sont cliniciens biologistes, on fait de la psychiatrie biologique on fait de la psychologie comportementaliste, des TCC... et à mon avis on a tort de se référer à un champ de référence théorique unique. Et je ne dis pas cela pour défendre un éclectisme flou ou un consensus flou, mais parce qu'il me semble que c'est une nécessité clinique d'arriver à construire des théorisations des pratiques et non pas à appliquer dans la pratique des théories qui ont été élaborées par ailleurs, ce qui est beaucoup trop souvent le cas. On doit essayer de tendre même si c'est difficile à dire ce que l'on fait à partir d'une analyse de ce que l'on fait au quotidien, il faut essayer de faire une théorisation des pratiques et c'est quelque chose de beaucoup moins simple que l'on peut le faire.

Alors qu'en regard de cela dans chaque champ disciplinaire concerné, se développent ce que l'on appelle les programmes forts. Il y a toute une réflexion actuellement sur le programme fort de la neurobiologie qui prétend réduire à des phénomènes cérébraux, l'ensemble des phénomènes psychiques, des phénomènes sociologiques, réduire dans le champ d'une science biologique tout ce que sont les interrogations des sciences humaines. C'est le programme fort de la neurobiologie et en contre partie il y a un programme fort de la sociologie qui se propose ni plus ni moins d'expliquer comment les microbes ou la mécanique ??? sont des produits de la société, sont des mouvements sociaux comme les autres et comment l'histoire et la sociologie peuvent expliquer à la fois l'invention des microbes par Pasteur ou la découverte des lois de la physique ???.

Est ce que ce que l'on a appelé à un moment donné l'hégémonie du paradigme psychanalytique d'adoption résultait aussi d'un programme fort de la psychanalyse, ça n'est pas impossible même si ce programme fort, cette psychanalyse radicale comme disent certains auteurs, même si ça n'est pas présenté comme tel et si à mon

avis il n'a pas eu la prétention d'expliquer forcément la mécanique cantique ou l'invention des microbes. On est plus simplement tendus dans notre clinique entre les 2 grands champs, évoqués par Mr SANTUCCI, le champ des sciences exactes des sciences dures de la biologie et le champ de la psychologie, de la sociologie de la psychanalyse. On est tendu entre des mondes qui sont au niveau qui de leur catégorie logiques, relativement étanches depuis plus d'un siècle on est dans un monde où les techniques qui permettent de rendre compte de ce qui Philippe DESCOLA ??, appelle l'intériorité diffère radicalement des techniques qui permettent de rendre compte de la physicalité : il y a le monde des choses et il y a le monde des mots. C'est la grande séparation. Foucault a tenté l'archéologie dans les mots et les choses et on est toujours les héritiers de ces mondes, ce qui fait que l'on a énormément de mal à communiquer parce que les techniques de validation, de la rigueur des approches de l'un ne sont pas celles de l'autre.

Or et c'est ce qui fait l'intérêt de la toxicomanie et des addictions, nous avons affaire en clinique au quotidien, à un objet qui relève à l'évidence des 2 demandes à la fois. On a évidemment affaire à la biologie quand on a affaire avec un toxicomane.

C'est une évidence. La drogue a avoir avec la toxicomanie et l'effet des drogues a avoir avec la pharmacologie, la biologie et la neurophysiologie etc...

Bien évidemment, puisqu'on s'occupe d'être humains, de sujets toxicomanes, on a aussi affaire à la psychologie, à la sociologie, à la culture, à l'histoire etc...

En datant des objets qui sont indissociablement mixtes et est obligés de faire appel au quotidien à des données qui sont issues de ces 2 mondes qui sont normalement ????

On a pu dire à partir de là qu'il y avait deux grandes manières de considérer les addictions : soit comme un symptôme produit par l'histoire du sujet, produit si c'est un symptôme social par ses conditions de vie, par sa culture par son milieu. Ce qui a conduit certains à dire " la toxicomanie est inconsistante, le toxicomane n'existe pas, ce n'est qu'un symptôme parmi d'autres. Et d'un autre côté il y en a d'autres qui disent c'est une maladie, un processus, c'est inscrit jusque dans les circuits cérébraux de manière irréversible et ça n'est pas un simple symptôme qui serait soluble dans l'interprétation ou dans la parole. A d'autres niveaux cette opposition recouvre deux versants toujours présents dans les toxicomanies mais aussi dans toutes les addictions, avec ou sans drogues qui sont aussi apparemment tout à fait opposées. Et donc peut être l'un correspond plus que l'autre au pôle biologique et l'autre plus au pôle psychologique, sociologique, culturel. Ces deux pôles, ce sont ces 2 dimensions toujours présentes dans toutes les addictions d'un côté un pôle de routine, d'habitudes, de mécanisme et de l'autre un pôle de passion de transgressions, de conduites extrêmes.

C'est ce qui m'a conduit de développer un modèle de dépendance, ordalies des addictions pour essayer de tenir compte de ces 2 dimensions toujours présentes dans la majorité des addictions et qui paraissent existentielle ment, phénoménologiquement diamétralement opposées.

On a d'un côté la routine, le refus dans une habitude rassurante, quelque chose qui est pré visible qui sert à se mettre à l'abri, ; à s'isoler à ne pas s'exposer au moindre danger. C'est l'explication que donne par exemple Stanton Peele, des addictions dans " love and addiction " de 1975 quand il dit " les gens se réfugient dans la relation à une substance comme ils se réfugient très tôt dans la relation de dépendance à un conjoint pour éviter toute les incertitudes de l'existence, pour éviter les incertitudes qui peuvent être liées aux des rencontres amoureuses, l'incertitudes qui peuvent être liées aux carrières professionnelles. Cette difficulté à prévoir l'avenir dans l'existence, on la contrebalance en devenant dépendant d'une chose qui est

prévisible, maîtrisable, répétable à volonté. Le toxicomane de Stanton Peele est quelqu'un qui s'adonne à une routine rassurante. Ce n'est pas du tout un aventurier transgresseur, preneur de risque mais c'est quelqu'un qui se réfugie dans une routine perpétuelle. Et ce toxicomane ressemble d'une certaine manière à un volet important de la description du junky par William Burroughs. **Fin de la cassette 3 face A**

Cassette 3 Face B

Pour échapper aux angoisses existentielles, à l'incertitude du désir, à la mise en jeu, de toutes ces situations potentiellement incertaines et anxiogènes, on peut se transformer soi-même en une sorte de mécanique soumise, à ce que William Burroughs appelle "l'algèbre du besoin". Plus de doute, plus d'incertitude sur l'avenir, plus de questions existentielles, plus qu'une seule question "ou il y a de l'héroïne, ou il n'y en a pas". S'il y en a on est heureux, s'il n'y en a pas on est malheureux. Le monde devient très simple binaire, blanc noir, et l'existence devient une sorte de mécanique. Mais de l'autre côté, les toxicomanes, ceux qui ont commencé à interpeller la société, à la fin des années 60, qu'on a commencé à voir à Marmottan en 71, c'étaient des jeunes, transgresseurs de risques et en quête de spiritualité, qui voulaient regarder Dieu en face et délibérément s'imposaient des épreuves, que j'ai appelé Ordalies en 81, pour voir si à travers la prise de risque extrême, ils pouvaient redonner à leur existence un sens qui leur échappait peu à peu. Il y a donc d'un côté cette mécanisation et l'autre une tentative pour retrouver le sens de l'existence, se réinscrire dans une trajectoire, re-subjectiver cette problématique à travers la prise de risque qui devient une conduite ordalie. Le risque dans cette optique devient un descriptif de l'addiction elle-même. On a pas une addiction qui par ailleurs deviendrait risquée, comme dans le cas du tabac, où il y a le risque du cancer, non ce risque là est un risque qui fait partie du choix même de l'objet de l'addiction. C'est parce que ce danger existe que certains vont choisir cet objet là comme objet d'addiction. Dans cette optique, il ne s'agit pas d'un risque objectif mais d'un risque subjectif qui apparaît au sujet comme positif, ce qui m'a permis de donner un certain nombre de caractéristiques du risque ordalique qui était le fait qu'il y a subjectivement une relation donc positive, au risque, le fait que le sujet a toujours un sentiment de maîtrise sur la prise de ce risque. Le fait que cette conduite est vécue, là encore subjectivement, par le sujet lui-même, comme transgressive et enfin le fait que cette transgression a pour nous, soignants, valeur de recherche de limite ou d'appel à la loi dans le sens de la formule de Foucault qui dit : "la limite et la transgression se doivent l'une à l'autre la densité de leur être, vanité d'une limite et ne pourrait jamais absolument être franchie, ??? en retour d'une transgression qui ne franchirait qu'une limite d'illusion et d'ombres. On est donc devant ce monstre à deux faces, d'un côté W.Burroughs, la mécanique, le pantin qui transforme son être en une mécanique soumise à des lois biologiques, de l'autre Dostoïevski qui va chercher dans sa conduite de joueur pathologique, à se mettre en risque en face de Dieu pour savoir si Dieu lui donne le droit de continuer à vivre. Notre objet est cet objet à 2 faces : un objet qui jusqu'à la mécanisation de la vie, tend vers le biologique, et l'autre qui dans la conduite de risques extrêmes est très spirituel, recherche du sens de l'existence et relève évidemment de la question existentielle profonde. Cet objet est double et en même temps, on peut le regarder avec un regard différent. On peut bien sûr tenter une psychanalyse de W.Burroughs penser que ce qu'il décrit dans l'algèbre des besoins, c'est un fonctionnement opératoire, c'est une tentative faite par un sujet pour avoir un fonctionnement qui ressemblerait à celui qui

décrit dans la psychosomatique, qui est décrit à travers la notion d'alexithymie ????
etc....

Comme on peut penser que Dostoïevski après 10 ans de fréquentation des roulettes de casinos sait quand même lui aussi perturber les circuits cérébraux et quand il est devenu joueur pathologique, il n'arrivait pas à arrêter de jouer car le stress répété des moments où sa vie était sur le tapis et où Dieu lui disait "oui tu as le droit de continuer", ces stress répétés lui ont "niqué" ses circuits adrénérgiques, dopaminérgiques etc...

On en arrive donc à des modèles qui peuvent être complexes même au niveau des scientifiques. Les derniers textes que j'ai pu lire de neurobiologistes, Philippe Lemoine ?? par exemple, tend à montrer que leurs modélisations deviennent beaucoup plus complexes que le simple fait de s'être un peu bousillés les circuits dopaminérgiques qui normalement procurent du plaisir.

On peut imaginer un modèle neurophysiologique qui essaierait de rendre compte de ces 2 phénomènes, ce serait un modèle de neurophysiologie en d'imaginant un homme un peu préhistorique que toutes les fonctions psychiques correspondent à des besoins fondamentaux. Et on aurait un déséquilibre cybernétique entre 2 fonctions opposées, une fonction qui serait une fonction de rassurement de refuge de fuite du danger, cet homme a besoin de rentrer dans sa caverne, de s'abriter de ce protéger, ce qui correspondrait à ce besoin de refuge, de rassurement, routine à travers la dépendance de l'addiction, mais cet homme préhistorique a aussi besoin de sortir de sa caverne, d'aller chercher de la nourriture etc... et donc il a besoin d'aventure, d'exploration et de sortir etc... et c'est donc ce déséquilibre entre ces 2 pôles qui normalement s'équilibrent l'un, l'autre qui pourrait être à l'origine de la description des addictions. L'existence de ces 2 pôles, à mon avis, et de ces 2 regards sur ces 2 pôles qui pourraient peut être expliquer ce qui s'est passé en France pendant ces 20 ans avec les engueulades monstrueuses qui ont traversé le champ et tout le moment de ce que l'on pourrait appeler les guerres de la substitution. Les pro-substitution qui se sont trucidés et étripés avec les anti-substitution et cela a laissé beaucoup de gens sur le carreau, ça a été absolument épouvantable mais du moins le champ de la toxicomanie est un champ où les problèmes se sont posés d'une manière extrêmement crue. On peut regretter aujourd'hui de ne pas en avoir retiré toutes les leçons et toute la complexité qui s'impose en la matière. Si on lit par exemple, le livre noir de psychanalyse, je trouve un peu triste, notre collègue et ami, Jean Jacques DEGLAN ?? de Genève, se croit obligé de faire tout un chapitre sur "La" toxicomanie, et on était tellement psychanalyste en France que l'on a laissé mourir les toxicomanes, faute de traitements de substitutions. En même temps, il faut reconnaître aussi que nombre d'intervenants se sont battus de façon excessive contre les traitements de substitution qui leur paraissaient extraordinaire par rapport à leur vision à eux, qui était une vision symptomatique, psychanalytique des troubles. Mais il faut bien comprendre, comment, pourquoi cette opposition de regard sur un objet qui lui-même unique a abouti à des combats aussi durs et aussi passionnés. C'est parce que chaque mise en avant d'un des regards ou d'un des mondes, a été vécu comme une négation de l'existence même de l'autre regard et de l'autre partie du monde. Il faut imaginer ce qui se passait pour des intervenants dans les centres de post-cure dont beaucoup ont fermé, au fil des années, sur lesquels on a tiré à boulet rouge parce qu'ils correspondaient à une idéologie qui était périmée et il fallait laisser place à la substitution, aux stratégies de santé communautaires sur place et donc la post-cure était devenue l'exemple de thérapie un peu ringarde, soixante huitarde mais pour un intervenant de post-cure, psychologue ou éducateur, pendant

des années, ce que ces gens avaient vu c'était des jeunes gens massacrés par l'existence qui a l'évidence prenaient des drogues comme tentative d'auto médication de situations de vie abominablement traumatiques. Non seulement la toxicomanie était un symptôme mais en plus c'était un symptôme qui était un moindre mal par rapport à l'horreur qu'avaient vécu ??? de ces patients . L'exemple type était celui de Doris, que je raconte dans mon bouquin, qui a partir de l'âge de 6 ans ou 7 ans est violée régulièrement par son père 2fois, 3 fois par semaine, le père rentre dans sa chambre et la viole. Elle essaie d'en parler à sa mère qui lui « fout une trempe » et qui lui dit “ tu n'as pas le droit de parler de ça ”. Doris supporte ça pendant 4, 5 ou 6 ans et au bout de 6 ans, elle se rend compte que le père fait pareil avec son petit frère. Là elle va trouver la police et le père se suicide. Plus moyen d'en parler, plus d'interlocuteur plus de compte à demander à personne. Et Doris devient une cliente de Marmottan, prostituée d'abord, taularde ensuite, elle fait 30 ou 40 clients par jour et de temps en temps elle est prise de rage meurtrière avec ses clients, elle sort un cutter et je ne suis pas sur qu'elle n'en ai pas tué un ou 2. Elle fait des années de prison pour des violences, meurtres. Quand à l'éducateur de post-cure qui a reçu cette fille pendant des mois, avec des ruptures, des violences, etc...un toubib dit un jour mais il suffit d'y donner de la méthadone et il n'y aura plus de problèmes. C'est juste ses circuits cérébraux qui sont un peu “ bousillés ” parce qu'elle a pris de l'héroïne et puis c'est tout : c'est la mécanique qui défaille, évidemment pour cet éducateur le discours est insupportable. On a l'impression qu'on va être du côté des bourreaux de cette jeune fille en plus en donnant un anesthésique pour qu'elle n'ait même plus le courage de protester, de revendiquer et dire sa souffrance. Donc dans cette résistance à la substitution d'un certain nombre d'intervenants et particulièrement dans les centres de post-cure, il y avait quelque chose à mon avis de tout à fait audible et qu'il faut entendre et d'un autre côté, c'est vrai aussi que c'était stupide de refuser des traitements qui pouvaient aider des gens. Si on reprend l'histoire de Dolto et du nouveau né dans sa couveuse, on a l'impression que chacun défendait une moitié des choses qui étaient indispensable. Dolto c'était l'histoire du nouveau né prématuré, le médecin lui perfuse toutes les bonnes choses qui lui faut (le glucose, les sels minéraux...) et malgré tout le bébé dépérit et va mourir. Et Dolto dit à la mère “ donnez moi votre soutien gorge sans le laver ” et elle le met dans la couveuse. Et là le bébé se met à revivre normalement. Il y a les objets qu'on crée matériels (sels minéraux...) et il y a cet objet subtil : le soutien gorge avec l'odeur de la mère qui est indispensable. Et les intervenants de post-cure disaient : “ arrêtez de perfuser avec votre méthadone, ces gens qui ont été massacré ont besoin d'amour, de compréhension ” etc... et les médecins répondaient aux gens de post-cure “ oui mais leur circuits sont HS, ils ont besoins de médicaments , arrêtez de les soigner avec des soutiens gorge mal lavés, ça ne suffira pas ”. Les gens se traînaient les uns, ; les autres devant les tribunaux. Et ils avaient tous tort parce que les autres avaient aussi raison. Et c'est là qu'il faut aussi accepter à faire avec les 2 cotés du monde : le monde des choses et le monde des mots, le monde de la biologie et le monde du sens, de la psychanalyse, de la sociologie... parce que notre objet est réellement mixte et pas seulement 2 types de regards différents sur une chose, c'est la chose elle même qui présente les 2 aspects des choses.

Aujourd'hui après ces guerres de la substitution, on arrive dans un monde où le balancier a, me semble t-il excessivement basculé de l'autre côté. Comme le dit le sociologue Henri Bergeron “ on a été dans un monde où il y a eu un excès de l'hégémonie du paradigme psychanalytique. On arrive dans un monde où il y a un excès de paradigme scientifique (je revendique mon lapsus). On est dans un monde de

scientification des discours. J'ai deux citations, l'une en anglais et l'autre en français. C'est un texte de Nida ?? de 99, qui est le dogme en matière de toxicomanie aujourd'hui : " le traitement de la toxicomanie est aussi "succes full " que le traitement des autres maladies chroniques tels le diabète, l'hypertension et l'asthme (NIDA 99).

Une autre de l'OMS 2004 qui est intéressante car cela montre comment nous sommes obligés de parler aujourd'hui " les stimuli associés aux aliments à l'eau et à la reproduction activent tous les voies cérébrales spécifiques et renforcent les comportements qui conduisent à la réalisation des objectifs correspondants. Les substances psychoactives activent artificiellement ces mêmes voies mais de manière extrêmement fortes qui conduisent à un renforcement de la motivation à poursuivre ce comportement (OMS 2004). Vous avez compris ce que cela signifie.

D'ailleurs, quand au début des années 70, les toxicomanes disaient que se droguer c'était mieux qu'un orgasme, on les disait fou. Là ce n'est plus l'orgasme, c'est un stimuli associé à la reproduction, qui a activé une voie cérébrale spécifique.

On est dans ce monde où il faut une maladie objective d'un organe physique, le cerveau, pour que cette maladie devienne noble et digne d'intérêt. Et ce mouvement scientifique du regard sur les toxicomanie est tout à fait encouragé en psychiatrie et curieusement par des associations de patients eux-même. C'est à dire que là, en matière d'autisme, de schizophrénie , d'un certain nombres de pathologies, en Amérique du nord, des personnes qui tiennent absolument à ce que leur maladie soit une maladie inscrite dans la biologie et ne soit pas une maladie purement psychologique, parce que ça permettrait d'échapper à 2 choses, cette " physicalisation " d'échapper d'un coté à la stigmatisation sociale et de l'autre au regard moral sur les troubles. On arrête d'être regarder comme un mutant, on est juste quelqu'un qui a un organe qui est défaillant et on arrête d'être regardé comme un coupable ; ce n'est pas son histoire, son sujet qui a produit les troubles, c'est une maladie.

On voit bien ce qui est en train de se passer, par exemple avec les autistes et cette association d'aspergeurs qui se regroupent pour dire " oui on est autistes et alors ? c'est juste une manière particulière d'être au monde " etc. on s'aperçoit qu'il est non seulement logique que ce type de discours arrive dans le champ des toxicomanies et des addictions, mais c'est un aboutissement logique de la construction même des addictions en tant que maladie au cours de l'histoire.

Parce que l'argument principal qui a permis à Benjamin RUSH ??? en 1785 de développer que l'intempérance était une maladie, c'était exactement le même argument développé aujourd'hui par ces associations. Il faut arrêter de dire que les ivrognes sont des coupables, il faut arrêter de dire que cet usage de drogues est un sacrilège, il s'agit simplement de malades et il faut les traiter dans le cadre de la médecine. C'est cet argument de la dé-stigmatisation sociale et de la sortie du champ des addictions de la morale qui a été le fer de lance de la construction des addictions comme maladies depuis cette époque et cela a abouti à un sommet du modèle de maladies des addictions avec la naissance des alcooliques anonymes en 1935, avec ce discours " nous sommes atteints d'une maladie progressive, inexorable et mortelle, nous ne sommes pas responsables de notre maladie mais nous pouvons être responsables de notre rétablissement ".

Et le paradoxe de cet objet à 2 faces que sont les addictions est dans le contenu des traitements de " alcooliques anonymes ", on a un discours sur la maladie, c'est une maladie physique, et physiologique, c'est une allergie et les personnes sensibilisées ne peuvent pas ne pas développer la maladie si elles sont en contact avec la

substance. Ce n'est pas de leur faute, ça n'a rien à voir avec leur histoire, c'est une allergie. Mais le traitement, c'est la conversion à Dieu et la rédemption morale.

On arrive quand même à ce que ce modèle 1935, alcooliques anonymes soit lui aussi malgré tout un modèle à 2 faces avec ce discours très biologisant sur la maladie, l'allergie etc... et ce discours très religieux, spirituel moral sur le type de traitement. Donc est dans le moment où on met en avant cet aspect mécanique, biologique des addictions aux détriments de l'aspect recherche de sens, recherche de spiritualité pour toutes ces raisons sortie de la morale, sortie de la stigmatisation sociale.

Mais à mon avis il faut se méfier de ces retours de balanciers car si on oublie la question du sens, si on oublie la part symptomatique, on risque d'un côté d'oublier le sens qu' a pris l'engagement dans les conduites addictives pour une certaine personne et le cas de Doris ??, c'est un cas extrêmement fréquent et il y a des gamins qui sont massacrés et il faut voir derrière l'addiction, ce que l'addiction est venu colmater comme souffrance.

Mais c'est vrai aussi qu'il faut surtout réfléchir à ce qui se passerait si en évitant toutes les questions morales, toutes les questions de responsabilités individuelles, on ne posait les problèmes qu'en terme de mécanique et de correction de la mécanique. On voit bien ce que ça donne aujourd'hui en matière de discours de prévention de la délinquance. Si on oublie que dans la révolte des jeunes, dans les banlieues qui flambent, dans tous ces moments de violence extrême, il y a aussi sans doute un recherche de sens, une demande de limites, une demande de lois au sens le plus noble du terme, on risque d'essayer d'y répondre simplement par des mécanismes en allant chercher chez les enfants au berceau les signes de l'hyperactivité infantile qui faudrait traiter de manière précoces. Aussi, en trouvant des mécanismes de régulation sociale, c'est assez triste et navrant de voir qu'une première proposition qui est sortie pour faire face à ce problème de banlieues, c'était de "sucrer" les allocations familiales au parents, comme si l'Etat ne pouvait répondre qu'en punissant et qu'en punissant de manière économique parce que le seul mécanisme sur lequel on aurait encore une petite emprise, ce sont ces mécanismes économiques, comme si on arrivait dans un monde où les lois du marché allaient tenir lieu, remplacer, allaient devenir l'équivalent des repères des lois morales. C'est là que l'intervention de Bernard Stiegler, le Bernard Stiegler qui proteste contre la mondialisation des échanges de l'emprise du capitalisme sur le désir humain, sera tout à fait pertinente avec notre objet et je vais conclure là dessus "les addictions sans drogues et notamment le jeu pathologique sont au centre des enjeux de l'évolution de notre champ aujourd'hui". On sais bien qu'il n'y a pas de drogues de nature, les drogues sont des constructions culturelles, c'est la société qui va décider que ce produit est illicite ou non, en fonction de toute une histoire et c'est l'histoire du sujet qui va faire que pour lui cette substance va devenir une drogue ou quelle ne le sera pas. Il en est de même du jeu, des achats compulsifs, il en est de même de quantité de consommations excessives qui répondent à tous les critères, à toutes les descriptions des addictions, et auxquelles peuvent s'appliquer tous les modèles explicatifs que j'ai vaguement évoqués des addictions. Mais ce qui change avec ces addictions sans drogues et notamment avec le jeu pathologique, c'est que là, la fonction de bouc émissaire, de Pharmakon que devait traiter B.Stiegler, ne peut pas être tout à fait la même au niveau de la société, il y a eu le Pharmakon toxicomane, on a toujours le Pharmakon drogues, le cannabis, or là, 65000 morts par an du tabac, 45000 morts par an de l'alcool, il y a encore 8000 morts sur la route par accident. Mais le danger c'est le cannabis parce que c'est pratique, facile à désigner, et il n'y a pas d'enjeu économique. Dans le jeu c'est le mot le plus ennuyant. Le dealer ce n'est pas le cartel

de Medellin, ou le paysan marocain, c'est Bercy et là ça devient beaucoup plus embêtant. Du côté du traitement, par la société des addictions, il me semble essentiel de développer cette notion d'addiction sans drogues parce que justement ça permet d'échapper à cette fausse stigmatisation qui n'est qu'une recherche de bouc émissaire. Au niveau de ce que ça nous fait à tous pour le restant de notre existence c'est aussi problématique parce que les addictions sans drogues vont nous obliger à reposer les problèmes non uniquement en terme de maladie et on va peut être moins pouvoir se défausser sur l'idée de processus biologique, l'idée de notre responsabilité de notre manière de consommer un certain nombre de substances et il faudra se rappeler que finalement quand on parlait de la morale, l'éthique des grecs anciens, " addicomac ????" d'Aristote par exemple, toute cette morale du juste milieu, il faut être courageux mais pas trop parce que trop c'est de la témérité, mais il faut être courageux parce que pas assez c'est de la ????. Il faut faire l'amour un peu mais pas trop, il faut savoir manger, prendre du plaisir un peu mais pas trop. Pour tout ce qui est des bases de notre morale, aurait pu s'intituler " stratégies de prévention des addictions "

Merci.

Quelqu'un de la salle

C'est difficile après, j'aimerais vous faire revenir sur deux éléments de votre présentation, qui sont particulièrement éclairantes.

La première c'est la notion de routine rassurante et d'éléments de protection, pas un comportement qui semble être un comportement de douleur et qui est très rassurant.

Puis il y a une chose qui m'a manqué, c'est que c'est bien gentil de faire l'amour, de jouer de fumer du shit, il y a une notion de plaisir au départ et ça m'a manqué un peu que vous n'abordiez pas ce thème et sur lequel j'aimerais que vous reveniez s'il vous plaît.

Marc VALLEUR

Oui le plaisir bien sûr, en même temps il faut savoir qu'est ce qu'il y aurait de spécifique dans une relation au plaisir qui ait à voir avec l'addiction y compris dans l'idée que certaines formes de plaisir puissent parfois être des plaisir traumatiques.

DORIS que j'évoquait a mis des mois ou des années à me dire que oui, ça lui était arrivé quand son père venait la rejoindre dans son lit, quand elle avait 11 ou 12 ans, d'éprouver du plaisir orgasmique avec lui et que ça en rajoutait dans sa culpabilité rétrospective mais aussi dans le caractère réellement traumatique de ce qui au départ était un viol et qui devenait une habitude. Et là aussi, on a peut être cette idée que le plaisir c'est forcément bien et que la douleur c'est forcément mal, alors que dans la vie il y a des équilibres entre les 2 et que la recherche du plaisir en soit, ne peut pas être le seul guide dans une existence. Mais il me semble que tout le livre de Julia SISSAR ??? : " plaisir et le mal " tournait autour de cette régulation des plaisirs dans la Grèce antique et du lien qu'on pouvait faire entre cette vision platonicienne de la relation au plaisir et vision de Burroughs ou de toxicomanes actuels. Cette idée que le plaisir, s'il était trop fort, risquait de creuser un désir de plus en plus engloutissant, les grecs parlant des pluviers, ces oiseaux qui se remplissent par la bouche et qui se vident par l'anus en même temps et qui ont besoin de manger sans cesse, ou des jarres percées qu'il faut remplir sans cesse parce qu'elles se vident de plus en plus. En tout cas c'est ce qui arrive si on prend trop de plaisir, trop souvent, et si ce désir

de répéter la conduite de plaisir vient au devant de la scène. Donc dans cette éthique des grecs anciens qui pourrait être une prévention des conduites addictives, il y avait déjà cette idée que trop de plaisir pouvait être dangereux parce que ça peut creuser ce désir inassouissable qui conduit à répéter la conduite addictive éternellement. Mais bien évidemment, les gens continuent à mettre en avant la notion de plaisir et il me semble que la revendication de l'accès à un plaisir autre qui était vraiment très présent chez les toxicomanes des années 70 ; on la voit en clinique aujourd'hui beaucoup moins. Aujourd'hui, il y a une banalisation des discours sur les drogues et peut être de l'usage de substances qui fait qu'on a beaucoup moins ce côté revendiquant du plaisir autre. Le toxicomane d'Ollivenstein des années 70 c'était un peu un juif, parce que c'était une minorité, poursuivi, persécuté par l'Etat mais c'était aussi un peu un homosexuel parce qu'il revendiquait son droit à la différence, et son droit à prendre son plaisir autrement que tout le monde. Aujourd'hui on le voit beaucoup moins mais on le voit apparaître sous d'autres formes alors ce type de discours notamment chez les jeunes qui viennent consulter sur la pression des parents, pour une addiction aux jeux vidéo en réseau sur Internet. Qui disent " mais votre monde d'adultes à vous, j'en ai rien à cirer, les relations sexuelles pour vous c'est le top des top mais c'est parce que vous n'avez jamais joué à " world of ???craft " .

Un petit mot sur la routine protectrice, c'est cette idée du travail à plein temps qu'on voit bien dans quantité de discours sur la défonce, y compris dans les plus extrême comme William Burroughs mais ça été développer très systématiquement par Stanton Peele à partir de " Love and addictions " de 75, et son idée est que la caractéristique de toutes les conduites addictives c'est le caractère prévisible, maîtrisable et répétable à volonté. C'est à dire que quelle que soit l'addiction on va toujours retrouver cette idée que c'est quand même mieux d'être dépendant de l'héroïne, parce qu'il suffit d'en avoir un sachet dans la poche que d'être dépendant de l'amour d'une personne qui risque de varier, de changer, être labile etc...

Stanton Peele compare la dépendance à une drogue aux relations de couples où il montre que nombre de jeunes américains à l'époque où il écrit, se marient extrêmement tôt et il dit " le mariage des étudiants à 18 ans que eux présentent comme une volonté de liberté parce qu'ils veulent s'émanciper des parents, mais qui ne peuvent penser la liberté que dans la construction préalable d'une autre forme de dépendance et donc on a tellement peur d'être livré à soi-même, à l'incertitude des relations existentielles que l'on va pouvoir quitter le domicile des parents qu'une fois qu'on se sera engagé dans une relation de dépendance avec une autre personne. Et on voit ça se répéter dans tout le champ de ce que l'on appelle les co-dépendances. Le problème de Stanton Peele quand il avait écrit " Love and Addictions ", il s'agissait de montrer que la relation que l'on appelle aujourd'hui une relation addictive était une relation universelle qui caractérisait la vie de tout à chacun et que le modèle en était la relation de couple et que donc il n'y avait pas de quoi en faire une maladie .

Son problème c'est que depuis cette époque là, c'est le couple qui est devenu une maladie qui se soigne par des traitements en douze étapes. C'est pas la toxicomanie qui a arrêté d'en être une comme lui voulait le faire et c'est le groupe des co-dépendance qui a été développé à juste titre, c'est une vrai problématique essentiellement par des femmes qui sont victimes d'hommes maltraitant et de façon répétées c'est à dire des femmes qui réussissent après des années où elles ont été

battues, humiliées par un conjoint, à le quitter mais seulement une fois où elle en ont trouvé un qui était encore pire.
Et qui donc essaient de mettre en œuvre une stratégie pour que ça change enfin.

Quelqu'un de la salle

C'est à dire que pour guérir des addictions, il faut en créer une autre.

Marc VALLEUR

C'est ce que l'on voit régulièrement en clinique. C'est souvent le passage progressif d'addiction très très grave et des addictions moins graves. C'est le toxicomane qui passe par une phase d'alcoolisation, devient joueur pathologique et devient après sex addict et à la fin il échappe peut être à la femme ??.

Jean Jacques SANTUCCI

Je pensais en se référant à cette notion de couple, à un très grand penseur qui s'appelle Gustave Parking, qui disait que le couple était une façon de résoudre à deux des problèmes que l'on aurait jamais eu tout seul. Mais je crois que Philippe Jean est très intéressé.

Philippe Jean – Médecin – Chef des urgences de l'Hôpital Nord à Marseille

Très intéressé effectivement et en même temps très perplexe. Je suis un praticien de base de terrain, un somaticien tout ce qu'il y a de plus bourrin en quelques sortes, qui essaie de comprendre quelque chose. Et au travers, à la fois de l'introduction de Jean Jacques et à la fois au travers des textes présentés, je reste un peu perplexe devant cette présentation duelle qui oppose en permanence 2 protagonistes. On est dans le duel permanent, des sciences exactes, des sciences humaines, des différentes composantes qui seraient totalement inconciliables. Or il me semble que l'on a peut être tout intérêt à se positionner en tant qu'arbitre plutôt qu'en tant que protagonistes, car chacune des composantes à son intérêt. En tant que praticien, la science m'apporte, la science dite exacte, m'apporte un certain nombre d'éléments permettant de comprendre ne serait ce que la thérapeutique avec les produits qui vont être utilisés d'ailleurs dans le cadre de la toxicomanie. Les aspects de la science humaine m'aident à comprendre le patient et j'ai l'impression que la médecine se situe en plein milieu de l'opposition de ces 2 éléments et ne peut pas rentrer en fait, prendre position pour l'un ou autre des deux composantes qui lui apportent énormément de choix en termes d'éclairage et de compréhension.

Marc VALLEUR

Je crois que c'est vrai sauf qu'en même temps les demandes sont quand même irréconciliables et c'est bien ça le problème, on est praticien s, bourrins ou pas on fait tous le même job. On s'assoie avec des patients, on discute avec eux, on essaie de voir là où ça fait mal et on essaie d'aider de façon à ce que ça fasse moins mal. Et à partir de là se développe une relation et c'est cette relation qui devient le principal objet de notre travail.

Notre problème c'est que ça comment ça se théorise , est-ce que c'est dans la biologie ou est ce que c'est dans la psychanalyse ? Et bien probablement ni l'un ni l'autre. Et c'est là qu'on est obligé de construire des modèles de théorisations des pratiques parce que la biologie, la science, la physiologie pour la médecine c'est évidemment incontournable, mais l'erreur théorique de toute la médecine, c'est de croire que c'est ça la théorie de la médecine alors que non, ça c'est la fabrique à outils du médecin. Le médecin va avoir des médicaments à donner, un certain nombre d'examens à faire, c'est sa trousse à outils. Mais ça ne rend pas compte de ce qui se fait avec un patient. Mais d'un autre côté, est-ce que c'est la psychanalyse qui rend compte du travail fait avec un patient ? Probablement bien plus que la biologie mais pas forcément, tout le monde n'est pas dans les ??? etc. et donc on a d'un côté des outils qui nous sont donnés par la science et il faut être au courant et il faut en tenir compte mais ça ne veut pas dire qu'on fait de la psychiatrie biologique ou de la médecine de ???. On utilise des outils c'est pas pareil et de l'autre on construit une histoire avec la personne. Et c'est cette narration commune qui est le chemin thérapeutique et il est probable que l'intervention thérapeutique qui en psychothérapie est une manière de faire interférer l'histoire de la maladie que se racontait le patient avec l'histoire explicative qu'essaie de reconstruire le thérapeute : c'est l'interaction entre ses 2 histoires qui fait le chemin thérapeutique mais pour rendre compte de ça quelle discipline ?

Quelqu'un dans la salle

Il y a plusieurs choses que je voudrais dire. Tout d'abord, si les deux approches ne peuvent pas confluer sur le plan épistémologique, elles peuvent quand même collaborer. C'est quand même un minimum que l'on pourrait attendre mais cette collaboration supposerait un minimum de respect mutuel et j'abonderai un peu dans le sens de ce qui a été dit, à savoir qu'il y a un déséquilibre qui penche de l'autre côté de la balance dans ce qui se développe actuellement. Je crois qu'en ce qui concerne l'addiction, et ce qui a été évoqué, l'addiction à un produit, à un partenaire sexuel, il y a des outils épistémologiques que l'on peut trouver dans les dernières ??? de Lacan avec ce concept qu'il a énoncé " de partenaires symptômes " , où finalement ce que dit Lacan c'est que " toute formation humaine est la provocation de défendre contre la jouissance, la jouissance où elle répond à l'instinct de mort dont on parlait ce matin. Et ce qui est manifeste, pour s'être confronté un peu aux pathologies psychiatriques et à l'addiction, il y a des modes de défenses qui sont coûteux. Et s'il y a un travail à faire et pas du tout de déconnecter de l'appui que peuvent apporter les traitements de substitution par exemple, l'invention par un patient d'un mode de traitements du réel qui soit moins coûteux que l'addiction toxique, elle ne peut se faire que sur la base d'une invention ??? du sujet au sens que les 2 approches peuvent confluer à la fois par un traitement du corps qui essaie de pondérer ses effets neuronaux allégués d'une part et puis cet accompagnement vers l'invention d'autre chose.

Je ferais aussi une interrogation, concernant la tonalité un peu optimiste sur laquelle vous avez conclu concernant les addictions non liés à un produit et en particulier le jeu, j'aimerais faire une lecture de ce qui se passe au Québec. Là bas le jeu est un monopole d'Etat, le lien avec Bercy est encore plus direct. Les bandits manchots sont présents partout et gérés par l'Etat, ils sont un moyen de récolter, pratiquement dans la journée qui en suit le versement des prestations sociales, ... ils ont mis en place un système pour traiter les addictions dans ce champ, qui se finance par les recettes

même de ces instruments de jeu, où sont développées les pratiques comportementalistes que je trouve frôler le... je ne vais pas qualifier mais je trouve que c'est indigne.

Marc VALLEUR

Oui quelques remarques sur votre intervention. Vous ouvrez par un appel à l'ouverture et à la tolérance, il ne faut pas cracher sur tous les comportementalistes. Bob LADOUCEUR ?? qui est le responsable des programmes de prises en charge des joueurs compulsifs au Québec, est un vrai comportementaliste, je pense, il fait des TCC ?? : ces grandes modes de thérapies cognitivo-comportementale. Mais il est intéressant à 2 niveaux et sa situation n'est pas tout à fait celle que vous avez décrite. D'un coté, il est l'intéressant parce qu'à l'intérieur des recherches sur les cognitions des joueurs, il a fait des expériences tout à fait intéressantes et il a continue des expériences tout à fait passionnantes de sociologues notamment sur les erreurs d'attributions par les sujets, des résultats de séquences hasardeuses. En celà, ce cognitivisme là, qui est dérivé des comportementalistes, est très proches des questions que se posaient Lacan dans certains séminaires quand il mettait en scène des séquences des joueurs et quand il essayait de se référer à la théorie des jeux comme base "naissance explication possible du symbolique". C'est pas si simpliste que ça.

Bob LADOUCEUR qui est un homme charmant au demeurant à un autre coté sympathique. C'est quelqu'un à qui j'enverrai un patient parce que c'est quelqu'un qui n'est pas malveillant, qui n'essaie pas de soigner les gens malgré eux, et il a un grand souci éthique. Il a été très décrié parce qu'au début de ses programmes de recherches.(**fin de la cassette N° 3 face B**)

Cassette 4 face A

.....qui prélève une somme des revenus du jeux pour financer les recherches et les soins sur le jeux. Il n'y a pas de honte pour le moment, l'Etat français prélève 40% de tous les enjeux que l'on met dans les jeux de la Française des jeux et ça va dans les impôts généraux. C'est un formidable impôt volontaire. Il n'y a pas de scandale.

Sur le fait que Lacan propose des réponses à cette séparation des mondes, je pense que c'est probablement vrai. C'est probablement vrai de Lacan théoricien car il y a une dimension philosophique de l'œuvre de Lacan qui me paraît susceptible de transcender ces clivages. Ca serait dommage d'en faire l'usage dogmatique, hégémonique et exclusif qui en a souvent été fait par un certain nombre d'élèves, mais bien sûr oui c'est intéressant. Avec des questionnements sur la cosmologie lacanienne, sur quels mondes se construit à partir de ces 3 catégories : du réel, de l'imaginaire, et du symbolique et de la relation qui aurait pu en découler par exemple.

Madame ALEXANDRE – Vice Procureur – TGI Marseille

Si vous me permettez. Alors finalement n'y a t-il pas de plaisir décuplé par la transgression dans les conduites addictives ?

Marc VALLEUR

Oui bien sûr. Le plaisir, la prise de risques et la transgression sont souvent étroitement liés, avec des tas de variantes. On est pas dans une relation transgressive au plaisir qui serait plus névrotique, par exemple, le fait que parce que c'est interdit c'est encore plus excitant. Ça ça pourrait être dans le choix d'un objet d'addiction éventuel mais ce n'est pas, me semble t-il cette transgression là qui serait au cours de la problématique addictive. Ça serait une autre forme de transgression qui serait celle qui consiste à désinvestir le dépositaire de la loi pour essayer de s'adresser à l'énonciateur de la loi. C'est moins une dimension œdipienne qu'une dimension antigonienne. Je refuse la loi de Créon ?? au non d'une loi qui serait une loi naturelle qui je pense, serait supérieure à celle là.

Et là, on aurait la condition de ce qui serait une extase, plus seulement du plaisir mais une sortie de soi-même.

Quelqu'un de la salle

J'ai une question, au paravent une remarque. J'ai beaucoup apprécié cet exposé qui était déstructuré mais poursuivi dans la déstructuration, c'est bien agréable. Je suis psychothérapeute sur Bordeaux. C'est vrai que j'ai largement adhéré à votre propos. Mais j'ai une question.

Vous avez évoqué le modèle médical qui venait peut-être, faire face au modèle psychanalytique mais dans la chronologie est-ce qu'on ne pourrait pas à moment donné que le modèle médical est venu presque à la rescousse de la psychanalyse qui s'était peut être un peu trop répandue, un peu trop interprétée et avait laissé de côté un peu trop de patients avec leur douleur. Je fais une référence, sans lien avec les addictions, mais lorsque j'ai commencé à travailler, j'étais auprès des enfants, d'adolescents et à la lecture des dossiers que je récoltais où le tout psychanalytique était passé auparavant, le dossier était bien souvent vide, j'avais un mal fou de savoir de quoi les enfants souffraient et ce qu'ils faisaient là. Et c'est vrai qu'on a une critique, mais si j'adhère largement au modèle psychanalytique, on a une critique à se faire où tout le monde devenait psychanalyste à moment donné et peut être que le modèle médical au delà des injonctions gouvernementales ou pharmaceutiques, est venu peut être malgré tout à la rescousse et peut être apaiser les angoisses des prétendus psychanalystes.

Marc VALLEUR

Je pense que l'intérêt du champs des toxicomanies et des addictions c'est que les oppositions de modèles y ont été évidentes sur la place publique. Au moins la guerre a eu lieu. Alors que dans d'autres champs, notamment en psychiatrie, notamment autour de l'autisme etc..., on n'est pas sûr que ces conflits qui auraient du logiquement avoir lieu, se soient posés aussi clairement. Et il est pas sûr, du coup, qu'une partie des divergences ne soient pas restées dans le non-dit etc.. Moi ce qui me semble en tout cas en psychiatrie adulte, il y a eu une hégémonie des discours de psychanalyse et de discours tout à fait importants, sérieux, profonds. Ça a été toute la théorie Lacanienne sur la psycho, ça a été tous les travaux de psychiatrie institutionnelle sur les schizophrènes, tous ces discours qui se sont développés à partir des années 50, on pourrait dire la grande, le sommet de la réflexion des psychanalystes sur les psychoses c'est 50/70 à peu près, c'est 20 ans un âge d'or de la psychanalyse. C'est tout à fait intéressant parce que c'est successif,

immédiatement à la découverte du Largactil ??? par Laborie de lait ?? de Nicker à Saint Anne. C'est à dire que pendant 20 ans, on a tous essayer de théoriser à l'intérieur de la psychanalyse, alors que ce qu'on faisait tous les matins, c'était de donner du Largactil à nos patients. Autrement dit, on a théorisé à coté de nos pratiques. Et c'est ça notre problème, il n'y a pas un modèle médical, il y a une pratique médicale et une absence de théorie de cette pratique là. C'est ce qu'essayait de développer quelqu'un comme Lanterilorac ??? qui voulait développer une théorisation des pratiques et non pas d'une application aux pratiques de théories élaborées ailleurs. C'est vrai pour la psychiatrie adulte et ça a abouti à ce consensus entre les laboratoires pharmaceutiques et les médecins, qui à mon avis est une arnaque, le consensus est le traitement "chimiothérapie" rendra vos patients accessibles à la psychothérapie. Autrement dit on sait bien que le noble, l'important le sérieux, c'est la psychanalyse, "contentez vous, sans y réfléchir, de leur donner leurs médicaments tous les jours, toute la vie".

Après ce que pensaient les labos c'est "après, ils pourront faire tout ce qu'il veulent, ça sera pas trop grave, du moment qu'ils ont les bons médicaments, ils iront mieux". Et globalement, les labos n'avaient pas tort. On voit bien comment cela se passe avec un psychotique, c'est la qualité relationnelle, c'est le fait de trouver la bonne distance qui va nous permettre de réussir à leur faire avaler les bons médicaments mais le vrai but est souvent là.

Quelqu'un dans la salle

Est ce qu'on ne peut pas ajouter ou essayer d'ajouter cet élément qui est "vous dites que l'âge d'or de la psychanalyse en France ça a été les années 50/55, en psychiatrie mais aussi sur l'ensemble du territoire, il y a eu une vulgarisation importante de ce courant là. Il y a eu ensuite 1968 et est-ce que vous ne pensez pas que cette puissance des laboratoires, cette pharmacopée, jusqu'à aujourd'hui, n'est pas aussi, un moyen comme un autre de faire taire ce qui s'est passé sur un plan beaucoup plus politique en 1968. Est ce que cette dimension n'entre pas en ligne de compte, là est ma question, dans l'hégémonie actuelle de la science et de la pharmacopée ?

Marc VALLEUR

Je suis mal placé pour répondre parce que j'essaie d'être moins paranoïaque que Ollivenstein, sur les attaques dont Marmottan est régulièrement l'objet, lui succédant je suis un peu obligé d'hériter de cette paranoïa, j'ai eu effectivement l'impression que Marmottan est une des dernières institutions qui survit de ce mouvement de 1968, qui était une proposition alternative de psychiatrie basée sur l'antipsychiatrie et d'un abord très politique de ce que pouvait représenter le toxicomane dans la société de l'époque, j'ai effectivement l'impression que continuer à porter un discours à partir à partir de cette ligne est de plus en plus difficile et les attaques dont a été l'objet le centre documentaire de Marmottan, sont à mon avis l'exemple. J'essaie de comprendre pourquoi après 20 ans de bons et loyaux services, on ne finançait plus la documentation de Marmottan, j'ai demandé à la MILDT, et je n'ai pas eu de réponse. Les seuls éléments qui sont venus aux oreilles c'était que ce n'est pas bien de ne pas penser comme tout le monde. Ce qui est embêtant. Je remercie la MILDT d'avoir fait tous ces efforts pour me rapprocher d'Ollivenstein.

Jean Jacques SANTUCCI

L'heure tourne, peut être une dernière question.

Maxime D'ANTUONO, Médecin Psychiatre – CSST AMPTA Marseille

Par rapport à ce que vous disiez, je pensais à la théorisation de la clinique, et je me disais que finalement dans la pratique de tous les jours, ce que je n'ai pas vraiment entendu et ce que je ressens au quotidien, c'est que derrière la pratique psychanalytique, peu importe comportementale, c'est la question de l'intention de chacun de nous dans la pratique. La question qui vient au quotidien avec les patients que je reçois c'est à moment donné l'intention, qu'elle est mon intention ? Peut être la seule différence qui peut être notée, c'est du moins du côté de la psychanalyse, on tient compte de cette dimension là, autrement dit on tient compte finalement de la question de notre intention, on la met au travail. Ce qui n'est pas obligatoirement ce qui est perçu lorsqu'on a une approche scientifique plutôt du côté de l'observation, du savant qui observe. Il me semblait que c'était un point important, en tout cas on essaie d'y travailler au quotidien.

Le produit du coup n'a plus trop de place, au sens du produit, au sens de la mise en opposition de ces 2 éléments. Donc c'est la notion d'intention. C'est là qu'on peut avancer au quotidien avec certains patients.

Marc VALLEUR

L'intention existe aussi chez quelqu'un qui se dirait psychiatre biologique ou qui se dirait TC6 ???comportementaliste . Le problème est que dans ce dernier cas, les références explicites ne sont pas en accord avec le développement de la relation elle-même. Alors que dans le premier cas, il y a une relation adéquation. Mais l'intention peut aussi être une intention de recherche pure y compris dans certaines approches de type psychanalytique. On a pas forcément des intentions toujours très louables.

Maxime D'ANTUONO

Justement, c'est au moins, la possibilité de tenir compte de ces dimensions là.

Marc VALLEUR

Oui, je suis d'accord

Maxime D'ANTUONO

C'est pas tant d'avoir la bonne intention, c'est au moins dire qu'il y a quelque chose dans la relation dont il est quand même opportun de tenir compte voir même ce qui permet de travailler en tout cas de poser la question de notre côté, pas toujours du côté du toxicomane comme étant responsable ou comme étant à l'origine du problème etc..

Marc VALLEUR

Oui c'est exactement ça. C'est pour ça que je pense, contrairement à ce que l'on dit, qu'il n'y a pas de psychiatrie biologique, il y a une biologie qui donne des outils et il y a de la psychiatrie. Il n'y a pas une psychiatrie biologique. C'est là qu'il faut

recourir à la vieille distinction que faisait BIZVEMBER ???entre les mécanismes vitaux et l'histoire intérieure de vie. Quand on donne un médicament à un patient ce qui est important pour nous, c'est ce qui va nous en dire et ce qu'on va lui en dire. On en dans l'ordre de l'expérience et de l'histoire intérieure de vie. L'important c'est ce que le patient va pouvoir dire à partir de ce moment là. C'est pas simplement d'équilibrer les mécanismes vitaux comme si la relation n'y était pour rien mais on peut réfléchir à ça aussi, indépendamment ou latéralement par rapport au discours strictement psychanalytique. Il peut y avoir une vision anthropologique de ce genre de relation. Il y a des études passionnantes sur les effets placebo, il y a des études passionnantes sur l'utilisation des médicaments comme outils psychothérapeutiques.

Il y a des réflexions tout à fait intéressantes sur les antidépresseurs. Prescrire un antidépresseur, ça a un intérêt phénoménologique dans la relation c'est à dire qu'à partir du moment où on prescrit, le regard du thérapeute et possiblement le regard du patient vont se tourner vers l'avenir. Je donne un médicament, donc je me demande si dans deux semaines ça va aller mieux, donc je regarde ce qui va se passer dans deux semaines. J'arrête de me demander pourquoi ce mélancolique qui veut mourir serait réellement coupable parce que dans son enfance, il aurait vécu ci ou ça. J'arrête de regarder derrière et mon regard se tourne vers l'avenir. Si on définit la dépression comme une stase temporelle et un arrêt de l'écoulement du temps, on comprend pourquoi, penser le médicament dans la relation est extrêmement important.

Jean-Jacques SANTUCCI

La dernière question avant la dernière, Martine ?

Martine (LACOSTE ?)

Moi, il me vient, par rapport à ce qui a été dit, deux choses. D'une part la question de la place du toxicomane par rapport aux autres types de personnes dans les addictions, et tout ceci à partir du moment du sida. Il me semble que dans le moment du sida, grâce à la maladie du Sida, Bruno en a parlé ce matin, il s'est passé quelque chose de l'ordre de la reconnaissance de l'expertise de l'autre, sur sa propre histoire. Je crois aussi que la loi de 2002 reconnaît cette place des usagers, peut-être pour sortir de cette dichotomie entre la science et l'humain et peut-être réintroduire la question des personnes concernées dans leur place institutionnelle et aussi en tant qu'expert d'eux-mêmes. Olivenstein, au début de Marmottan, tu le sais Marc, avait demandé à des personnes issues de cette histoire de l'aider à faire le lien, le lien de parole. Il me semble que quelque chose peut-être là, dans cette histoire du sida, que nous pouvons regarder comme une avancée presque éthique entre soignants, soignés. Deuxièmement, il me semble que par rapport à la question de la science ou la psychanalyse, en tout cas des outils qui aident à être à côté de l'autre dans sa traversée à lui du désert, il me semble que c'est la question du pouvoir du supposé savoir, que ce supposé savoir soit un éducateur, j'en ai connu des parfaitement totalitaires et des médecins qui avec leur stylo et leur prescription étaient vraiment dans un co-construction d'une tentative de mieux être à côté de l'autre. C'est pas des questions... Tu m'avais dit des questions ?

Marc VALLEUR

Je suis d'accord avec ce que tu viens de dire. Là aussi, l'histoire du sida, ça doit nous rester, me semble-t-il, comme une vraie leçon de modestie. Sur le plan théorique, les premiers preuves de maladies infectieuses qui ont commencé à s'exprimer sur les toxicomanies, nous ont paru d'un simplisme et d'une naïveté absolument effrayants. On avait à faire avec des toubibs en blouse blanche qui parlaient de choses aussi complexe que la toxicomanie, la dépendance, comme quelque chose de secondaire, comme un des nombreux moyens d'être en contact avec le virus. Tout ce qui faisait le cœur de nos interrogations à nous, devenait d'un seul coup, quelque chose de secondaire. Effectivement, sociologiquement, c'est pourtant ces gens-là qui ont permis à un certain nombre de gens de devenir des acteurs de premier plan, des experts de leurs propres conduites, bien plus que nombre de psychanalystes qui se sont battus becs et ongles contre ces mouvements là, alors que eux auraient pu dire mais nous on est dans l'écoute, on est dans la reconnaissance de l'autre... Donc, il faut être modeste, l'histoire doit nous rester en mémoire. Le grand cadre de la réduction des risques, dans rester quelque chose de fondamental, y compris dans d'autres domaines. Je pense qu'il faudrait aussi réfléchir aux équivalents de réduction des risques en matière de jeu, en matière d'addiction sans drogues, etc.

Jean-Jacques SANTUCCI

Avant de remettre le micro à Monsieur Jean-Louis SAN MARCO, je voudrais remercier Monsieur Marc VALLEUR, au moins pour une chose, grâce à toi, je sais maintenant pourquoi Jean DUGARIN qui nous a aidé à métaboliser la méthadone au début des années 90, disait quand je prescrivais de la méthadone, je prescrivais de l'infirmière. C'est ta petite histoire avec le soutien-gorge de Françoise DOLTO qui me fait penser à ça. La deuxième chose. Ce matin, il a été dit que l'AMPTA avait innové en certaine matière, je suis assez peu fier de l'innovation que je vous propose maintenant. Bernard STIEGLER est absent, je vous ai dit pourquoi. Il a envoyé un fichier son et donc on va inaugurer une pratique qui, on en parlait avec Bruno TANCHE tout à l'heure, qui va faire ??flores ??? et là la "clobomanie", c'est vraiment la dictature de la clé USB qui en l'occurrence va nous être bien utile puisque d'invite ceux qui seraient intéressés à écouter ce qui nous avait préparé Monsieur Bernard STIEGLER après un quart d'heure de pause. Je passe la parole à Monsieur Jean-Louis SAN MARCO pour quelques mots de conclusion.

Jean-Louis SAN MARCO

Merci. Il n'y a rien de pire que le consensus ("mot" ??? "maux" ????) et les choses dans lesquelles on se dit, il y en a un peu de bien d'un côté, un peu de bien de l'autre. Je dois dire que l'exercice auquel s'est livré devant nous Monsieur Marc VALEUR, qui est une façon de prendre en charge les deux aspects et d'un enrichissement dont je voudrais en votre nom le remercier. Comme quand même, on ne peut pas faire que des compliments, je vais regretter un chose, pourquoi il nous parle pas maintenant de la position des psychiatres qui s'occupent des toxicomanes vis-à-vis des mandarins psychiatres qui sont en train eux aussi de reprendre le pouvoir en ce moment, et peut-être un peu de façon abusive. Ce n'est pas une question. Je préfère que vous n'ayez pas à répondre. C'est une prochaine réunion que je propose à Monsieur Jean-Jacques SANTUCCI.

Jean-Jacques SANTUCCI

On prend un petit quart d'heure de pause, et pour ceux qui ça intéresse, on se retrouve tout à l'heure pour écouter Monsieur Bernard STIEGLER.

Bernard STIEGLER, Philosophe, Ecrivain, Directeur du département de développement culturel, Centre Pompidou - Paris

(enregistrement sonore)

Je suis vraiment désolé de ne pas être pour cette conférence à Marseille, j'aime bien avoir un public en face de moi. Je fais toujours mes conférences devant un public. Les circonstances familiales font que je dois rester à Paris pour un heureux événement. Je suis tombé d'accord avec les organisateurs pour procéder à un enregistrement sur un magnétophone numérique pour contribuer à votre réflexion qui m'importe énormément. Je suis actuellement dans mes travaux, extrêmement mobilisé sur la question qui depuis PLATON, on appelle les "Pharmaka", les "Pharmakon", l'artifice technique qui vient suppléer un défaut, par exemple un défaut de mémoire. C'est le cas de l'écriture dans le dialogue "Phèdre ??? " de PLATON qui en tant que mnémotechnique, ce qui est censé venir suppléer un manque de mémoire et c'est ce dont PLATON dit, en réalité ce supplément de mémoire, c'est ce qui affaiblit structurellement la mémoire, puisque cette mémoire technique est morte, et ce qui va relativement affaiblir, étioiler par défaut d'exercice la mémoire vivante et finalement la faire disparaître.

C'est une thématique qui se développe à l'époque de la sophistique et se sont les sophistes qui sont accusés de développer l'usage de cette mémoire artificielle au détriment d'une pratique de la mémoire vivante que PLATON appelle la dialectique. Dialectique : l'exercice du dialogue dans la confrontation directe sans l'intermédiaire de ce supplément, ce de "pharmakon" qu'est le texte écrit. Cette logique de l'affaiblissement par le supplément, énormément exploité, en particulier, dans la grammatologie. C'est une logique pharmacologique, je dirais en règle générale. Cette problématique, c'est celle du remède qui devient poison. D'un remède qui est censé apporter un mieux être, à court terme mais qui à long terme détruit celui qu'elle devrait venir renforcer ou soulager etc. J'en parle parce que cette pharmacologie des "pharmakas" telle que PLATON l'analyse dans le "Phèdre" est devenue un problème absolument fondamental dans la société contemporaine, capitaliste, dite de consommation. Dans la mesure où les "pharmakas" de l'esprit, je l'appellerai comma ça. L'écriture est une technologie de l'esprit, c'est une mnémotechnique, et la mémoire est une fonction fondamentale ??? de l'esprit bien évidemment. L'écriture est une technologie de l'esprit, pharmacologie de l'esprit et je crois qu'aujourd'hui toutes sortes de techniques de l'esprit qui s'adressent à la mémoire, mais aussi aux sens et à toutes sortes de facultés comme l'entendement par exemple, les technologies cognitives, la cybernétique depuis les machines à calculer jusqu'à les dispositifs fort complexes. L'intelligence artificielle qui permet d'externaliser dans des machines des savoirs d'ingénieurs, de techniciens, d'ouvriers etc..., et puis jusqu'à Google et à toutes choses qui viennent dernière avec les micros technologies, ces prothèses extraordinairement nombreuses désormais et intégrées les unes aux autres qui forment ce que l'on appelle le champ des technologies culturelles et les technologies ??, tout cela a reconfiguré de manière extraordinairement puissante le processus d'individuation psychique et collective. Ce que j'appelle individuation psychique et collective : ce processus par lequel les sociétés deviennent à travers le devenir individuel et psychique de ceux qui composent ces sociétés. Et je raisonne ici

Avec Gilbert SIMONON en disant que le psychique ne se constitue que dans sa socialisation et réciproquement le social ne se constitue que dans son individuation psychique. Ici la question c'est ce que j'appelle le "é" conjonctif et disjonctif. S'il y a une individuation conjonctive et disjonctive, il faut que quelque chose prenne en charge la construction de ce "é" et je crois que ce quelque chose au fil des siècles, des millénaires et même des centaines de milliers d'années, si l'on admet que ??, de néandertal des processus symbolisation psychosociaux sont en place, je crois que ce "e" est toujours déterminé par un milieu pharmacologique de la ??, de l'esprit. Par exemple la société chinoise est foncièrement constituée d'écriture idéogrammatique je le crois, dans la vie individuelle, dans la vie psychique des individus etc, et je crois aussi que la société grecque est foncièrement constituée dans ce Pharmakonque critique Platon, c'est d'ailleurs pour ça qu'il le critique. Mais je crois qu'aujourd'hui, nous, nous sommes constitués dans notre ??? et collective par ces technologies culturelles et collectives et en particulier évidemment par la télévision. Par la télévision à laquelle aujourd'hui les français consacrent plus de trois heures et demi par jour dans 98% d'entre eux et, je l'ai longuement développé dans le deuxième tome de "mécréances et discrédit", je crois est devenu une prothèse qui se substitue, non pas à la mémoire vivante comme le disait Platon de Phèdre mais bien en processus d'identification primaire dont Freud et plus généralement avec lui toute la psychanalyse pour eux quelle est la constitution de l'unité du moi et de l'élaboration d'un rapport viable au surmoi, comme arbitre des conflits entre les identifications secondaires qui seront au poursuite la réalité de la vie de ??sans devenir son individuation. Arbitre donc constitué par l'identification primaire afin de gérer ses conflits et d'éviter l'explosion de l'unité du moi, c'est à dire la psychose. Ici je pose avec une certaine radicalité qui pourrait faire débat bien sûr, que la télévision tant structurellement en particulier dans les milieux sociaux des plus défavorisés, à évacuer, à court-circuiter, à ?? la parentalité pour reprendre un expression de François Richard et à remplacer cette parentalité par un processus d'adoption comportementale dite essentiellement gouverné par le but de fidéliser des audiences et dans ces audiences des individus psychiques, à des marques, à des produits, à des comportements qui correspondent à des phénomènes de société industrielle de consommation. Et cette "fidélisation" se fait au prix d'un contrôle que j'appelle attentionnel, c'est à dire une captation de l'attention, par le contrôle des processus rétentionnel et protensionnel, ici je n'ai pas le temps de le développer et je renvoie à mes analyses inspirées de douceur ???, de ce qu'est la télévision, à savoir un objet temporel et qui donc constitue, trame des relations entre rétention et potention et cette trame constitue un processus attentionnel. Il se trouve que ce processus attentionnel, ainsi contrôlé conduit à une destruction de l'attention c'est à dire au zapping et qu'on le lie à une dé-symbolisation, une désaffectation, à ce que j'appelle la production de l'individu désaffecté au double sens d'ailleurs c'est à dire de moins en moins susceptible d'être destinataire des affects qui constituent le milieu symbolique à l'intérieur duquel seulement il peut y avoir une annulation psychique et collective et aussi désaffecté au sens où d'une ??, désymbolisé ils perdent leur place dans la société, ils n'ont plus d'utilité sociale et du même coup ils sont désaffectés comme des usines sont désaffectées c'est ce que j'appelle des friches humaines qui sont aujourd'hui des sujets extrêmement jeunes, ce qui est évidemment horripilant. Ce processus qui, bien entendu appellerait beaucoup de précisions, de nuances, d'arguments et que je vous présente là de manière sommaire, c'est celui qui pose le problème de ce que j'appellerai une écologie de l'esprit, une pharmacologie de l'esprit. Je veux dire par là que on ne peut pas résonner ainsi en condamnant la

prothèse, le Pharmakon qui constitue en tant que et l'individuation psychique et collective, le passage du psychique au social, c'est à dire le processus de symbolisation autrement dit le désir. On ne peut pas, parce que la thèse que je défends, le désir est constitué par son caractère pharmaceutique, fantasmatique autrement dit supplémentaire de??, j'ai essayé de montrer dans le 3^{ème} tome de " mécréances et discrédits " que la critique que Marcus fait à Freud dans " errances et civilisations " est erroné, bien qu'elle soit importante et intéressante et qu'à mon avis elle doit être relu attentivement, j'ai essayé de montrer qu'elle est erronée, parce qu'elle suppose un principe de plaisir qui serait indemne du principe de réalité, c'est à dire d'un rapport à la technique. Pour ma part je pense que ce qu'on appelle le désir de l'énergie libidinale c'est ce qui consiste à dépulsionaliser les pulsions et à les lier à travers ce lien ce que le Dieu lieur comme dit André Green Kate Ephaistos???? m'est en place comme technique précisément. Ephaistos c'est le dieu de la technique autrement dit des pharmakas. C'est le dieu de la pharmacie de l'artifice si vous préférez. Et ce n'est que l'artifice y compris celui qui produit pour couvrir d'or et de bijoux le corps de Pandora et donc séduit??? et c'est ce qui est chez les grecs dans cette mythologie, l'origine même de la différence sexuelle. Ca n'est que pour ces artifices que le désir que le désir peut se constituer et peut se constituer comme fantasme. Le désir c'est ce qui trans-forme l'énergie pulsionnelle commune à tous les vivants dotée d'un système nerveux en une énergie sociale qui permet de transformer l'individu psychique pulsionnel en individu psychique délirant. Mais cette transformation elle n'est possible qu'à partir du moment où le pulsionnel peut s'extérioriser, se projeter hors de lui et par la même se sublimer sous la forme d'œuvres, d'ouvrages, de travaux, d'œuvres juridiques, d'œuvres intellectuelles, œuvres artistiques et d'œuvres sociales au sens fonder une famille, c'est œuvrer aussi à l'individuation psychosociale et c'est projeter et différer la satisfaction du désir dans une différance avec un " A " pour reprendre les termes de Dérída, qui s'économise donc, qui économise donc la satisfaction pulsionnelle et qui dans cette différence de la pulsion trans-forme cette pulsion en quelque chose qu'on peut donc appeler un désir. Ce désir c'est ce qui va être capable de projeter ce que j'appelle des horizons de consistance, des idéalités, ce qui fonctionne sur la base de ce que Freud décrit comme le processus d'idéalisation de l'être aimé, de l'objet du désir et il n'y a pas d'objet de désir qui ne soit pas idéalisé, sublimé et c'est ce qui permet la sublimation justement tel que l'objet du désir va pouvoir se désexualiser totalement comme exemple l'amour de la géométrie, ou de la peinture ou de tant d'autres objets de sublimation, de justice, du Christ etc...

Autrement dit j'essaie ici de soutenir que :

Premièrement, tout objet de désir est constitué par rapport pharmacologique à travers cette supplémentarité des pharmakas plus les bijoux qui couvrent le corps de Pandora, l'écriture qui permet la géométrie, et sa sublimation et deuxièmement, l'objet du désir est un objet d'addiction donc de dépendance : " je ne peux pas désirer un objet si je n'en suis pas dépendant et donc addict " Alors une fois que l'on a dit cela, comment critiquer la situation dans laquelle nous serions aujourd'hui, où je disais tout à l'heure, la télévision développe un processus de captation de l'attention c'est à dire du désir et un processus de captation qui tente à détruire celui qui est capté par un phénomène de dépendance. Ce que je viens de dire c'est que c'est le cas de tout objet du désir. Et bien évidemment ici, l'enjeu c'est de poser que c'est le cas de tout objet du désir pour autant que l'objet du désir ne conduit pas à la destruction du désir lui même et à sa transformation en une régression humaine. Or c'est ce qui se produit aujourd'hui, je le crois avec la pharmacologie du lien asocial que par

ailleurs je le rappelle Aristote appelle la filia et donc Aristote le tout premier définit le social comme une énergie et une liaison libidinale. Le désir peut donc détruire ces pharmakas qui néanmoins le constitue dès lors que ces pharmakas tentent à désingulariser les objets du désir et du même coup à faire en sorte qu'il y ait une déliaison pulsionnelle dans l'exploitation de l'attention qu'il se mette à zapper. C'est ce qui se passe avec la télévision aujourd'hui. La télévision est devenue depuis une dizaine d'années, clairement pulsionnelle et non plus libidinale et il en va ainsi parce que la télévision et au delà de la télévision, le marketing capitaliste de la consommation actuelle, aboutit à une déceptivité des objets fantasmatiques, de la pharmacologie du désir que constitue la consommation et en particulier à une désindividuation des désirants qui se révèlent être confrontés à l'absence de l'objet de ce désir qu'ils sont sensés trouver dans leur relation au Pharmakon télévisuel étant donné que cet objet est essentiellement l'effet d'un calcul effectué sur les audiences qui tente à déclencher des mécanismes régressifs, dans mon tout dernier livre "la télécratie contre la démocratie" j'ai essayé de montrer que les mécanismes déclenchent l'identification régressive que décrit Freud dans son commentaire de la psychologie des foules du stade Lebon, et produisant ces identifications régressives et donc régressions pulsionnelles, la télévision crée du malaise, du mal-être et de la souffrance psychologique profonde, chez ceux qu'elle atteint. Avec ce paradoxe que plus ils souffrent, plus ils consomment. Cette situation paradoxale j'ai cru pouvoir la comparer à une situation d'intoxication du type de ce qui se produit avec l'héroïne et les drogues dures, c'est à dire absorption de la substance pharmacologique, satisfaction extrême de celui qui l'absorbe et puis au fil des mois et des années destruction du système naturel de l'activité chimique du système nerveux et enfin, situation de manque ou en tout cas d'insatisfaction permanente en tout cas absence du plaisir produit initialement par la pratique du toxique et révélation à celui qui en souffre du caractère toxique du pharmakon.

Ca c'est que vivent les 53 % de français qui déclarent aujourd'hui qu'ils n'aiment pas la télévision que pourtant ils regardent. Et c'est une situation d'addiction. Je pense que cette situation d'addiction, elle est tout aussi vraie que celle du consommateur qui souffre de consommer mais qui n'a rien d'autre pour calmer sa souffrance à court terme qu'une nouvelle consommation, c'est un cercle vicieux de la toxicité bien connu, je crois dans le domaine de la toxicomanie.

Ce premier aspect me conduit à poser une question et je regrette beaucoup de ne pas être à Marseille car j'aurais vraiment aimé avoir cette discussion : " dans quelle mesure on peut réfléchir politiquement, à un avenir des pharmakas et donc de la télévision, de l'Internet, des jeux vidéos, de toutes ces choses et qui prendrait en compte des analyses de ce type, pour autant qu'elles soient fondées ", je crois que ça doit devenir le cas de la politique de demain. Je voudrais ajouter quelque chose, j'ai eu une discussion cet été avec des amis, sur la situation d'un couple vivant à Montpellier et dans lequel les amis ont constaté en passant rapidement chez eux, que ce couple était totalement déstructuré et qu'ils laissaient chacun des 4 enfants dont un handicapé, en permanence devant la télévision, ils les laissaient se nourrir sans aucun rythme alimentaire collectif, bref ils les abandonnaient purement et simplement devant la télévision, qui n'était jamais éteinte. Ces amis qui m'ont dit cela mettent eux même leur enfant de 5 ans devant le magnétoscope, devant un film et évidemment pensent que le cinéma devant un magnétoscope ça n'a pas du tout le caractère de toxicité de la télévision pour un enfant.

Est ce qu'ils sont sûrs que l'on puisse mettre un enfant seul devant un magnétoscope et qu'il n'y a pas quelque chose qui ressemble à ce qui se passe avec la télévision,

c'est une vaste question. Pour conclure, je fais une proposition que je soumet à l'assistance " je pense qu'il y a des ages(fin de la cassette n° 4 face A)

Début de la face B cassette 4

quand j'étais petit ma mère disait " ne lit pas ce genre de livres ce n'est pas de ton âge ". Je crois qu'elle n'avait pas tout à fait tort.

Un jour j'avais moins de 14 ans, mon père m'a dit " ne bois pas d'alcool, car tu es en pleine croissance et si tu bois de l'alcool, ça viendra influencer ton système digestif et en particulier ton foie ", il n'avait d'ailleurs pas tort puisque années plus tard, je me retrouvais à la clinique de Chailles ??? en clinique de désintoxication alcoolique.

Je pense qu'avec les pharmakans d'esprit, il y a une semblable question et qu'il faudrait élaborer une prophylaxie de la pratique des pharmakans dans ce domaine et que le monde de la psychologie, de la psychiatrie, des travailleurs sociaux devraient commencer à se préoccuper de cette question.

Voilà je voulais livrer cette question au débat auquel manifestement je ne participerais pas. Je suis encore confus de vous avoir parlé par l'intermédiaire de ce pharmakon qu'est mon magnétophone MP3.

Jean Jacques SANTUCCI

Théoriquement, si tout se passe bien, l'ensemble de ces 2 journées est enregistré et nous devrions en faire la transcription et normalement en éditer des actes, dans un délai, j'espère des plus raisonnables.

Les personnes qui sont intéressées par ces actes, doivent le faire savoir à mes collègues à l'accueil en laissant leurs coordonnées afin que l'on puisse leur faire parvenir.

Merci à vous d'être resté malgré la faiblesse du son, et je vais téléphoner à Mr Stiegler pour lui faire part de l'intérêt porté à son intervention.

Fin de la première journée.

samedi 21 octobre 2006

PLENIERE N° 3 " psychanalyse et passion des drogues "

Madame ALEXANDRE, Vice Procureur

Moi, qui suis Vice Procureur et qui ne préside jamais rien, je vais prendre le pouvoir quelques instants pour dire, que je fais partie du conseil d'administration de l'AMPTA c'est ce qui me vaut l'honneur d'être parmi vous, parce que je n'ai pas 20 ans, comme vous pouvez vous en rendre compte et que la passion qui a animé jusque là, mon existence c'était plus celle de lutte contre les trafics que d'intérêt pour les drogues.

Alors il y a une passion qui m'anime c'est évidemment celle de la connaissance et je pense que c'est pourquoi je suis ici et qu'on me fait l'honneur de présider cette

séance. La psychanalyse je n'ai pas connu personnellement mais j'en ai une connaissance ??? très partielle puisque je me suis arrêté à Freud et que Lacan a été pour moi même un obstacle difficilement surmontable, je l'avoue volontiers. Ceci étant, c'est avec beaucoup d'intérêt que nous découvrirons ensemble ce que la psychanalyse a pu apporter en matière, et là je vais choisir un vocabulaire qui va trahir immédiatement mes appartenances, de soins et de lutte contre les addictions. Mr Olivier THOMAS va nous faire une petite présentation des travaux de l'équipe qui ont conduit à l'organisation de cette matinée et puis nous aurons l'honneur des deux interventions, chacune d'elles suivies évidemment de toutes les questions qui animeront la salle.

Voilà, je crois que j'ai rempli le maximum de mon office parce que maintenant je vais essentiellement beaucoup apprendre.

Olivier THOMAS – psychologue – Chef de service CSST AMPTA Marseille

Tout d'abord avant de vous dire quelques mots, par rapport au travail réalisé au sein de l'AMPTA, en lien avec cet atelier, je souhaiterais puisque j'ai la parole, féliciter Jean Jacques SANTUCCI, pour son opiniâtreté qui nous a conduit à la réalisation de ces deux journées. Je remercie également Bruno TANCHE, qui avait lancé l'affaire, si je peux dire et je voulais lui dire par rapport à son intervention d'hier que si les histoires d'amour se terminent mal en général, d'abord elles ne se terminent pas toujours et parfois elles se terminent bien aussi.

Je vais vous lire quelque chose que j'ai pris dans un livre " sur un carnet, elle avait recopié une phrase de Freud, tiré de « Malaises dans la civilisation », *jamais nous ne sommes d'avantage privé de protection contre la souffrance que lorsque nous aimons, jamais nous ne sommes d'avantage dans le malheur que lorsque nous avons perdu l'objet aimé ou son amour* ". Elle avait ajouté en marge " *aimer c'est donné à quelqu'un le pouvoir de vous tuer* "

Cette personne qui a écrit c'est Marylin Monroe. Elle en est morte, de trop de drogues, de trop de passion entre elle et son analyste, ou trop de passion entre son analyste et elle, ou de trop d'images. On dit aussi qu'elle serait morte d'un trop de Kennedy mais peut être est-elle morte tout simplement d'un trop de vide.

Dans toute vie d'une équipe, vie de professionnels de la relation, il est des compagnonnages qui vous rendent plus intelligents, qui vous enseignent. Ceux de Roland GORI et de Jean Pierre Jacques présents à cette table, en font partie . En mon nom personnel et au nom de l'AMPTA, je tiens à les remercier publiquement et à reconnaître notre dette à leur égard, pour des raisons différentes mais qui ont avoir en tout cas avec un certain rapport à la cause psychanalytique.

Tout d'abord, Roland GORI à qui j'adresse un hommage respectueux et amical pour son engagement passionné et jamais démenti dans la promotion d'une psychanalyse non dogmatique, non idéologique et qui met au sein de son discours la pratique, une pratique qui peut sortir hors des cabinets d'analyse.

Un hommage respectueux également à Jean Pierre Jacques d'abord parce qu'il est belge et que ma grand mère est belge aussi, et qu'il a fait le voyage jusqu'à nous, mais surtout parce que depuis plusieurs années, il a défendu une clinique de la parole chez des sujets sous traitements de substitution et qui nous a éclairé dans l'élaboration de notre programme de substitution à la méthadone, dans sa mise en application.

Il a défendu une clinique de la parole chez les sujets sous traitements de substitution en opposition, ou en réaction à des positions de certains psychanalystes français qui étaient opposés à l'époque. Je suis très ému, vous avez du vous en rendre compte..

Quelques réflexions liminaires du travail que nous avons réalisé dans un groupe au sein de l'AMPTA, à partir de la lecture de deux ouvrages « logiques des passions » de Roland GORI et « pour en finir avec la toxicomanie » de Jean Pierre Jacques, je vais vous donner des réflexions comme ça, sans plus d'intentions. Actuellement on se réfère pas à la passion pour aborder le problème de la toxicomanie. On se situe plutôt du côté du comportement. On la vu hier, le modèle de traitements des addictions aujourd'hui, serait plus un modèle mono comportemental qu'un modèle psychanalytique. C'est à dire la pathologisation de toute une série de conduites, toxicomanie, anorexie, boulimie, tout ce qui touche à la consommation excessive.

C'est une question que l'on peut poser à Roland GORI : « En quoi la relation passionnelle à l'objet, peut nous éclairer sur la question des toxicomanies ». Comment dans le cadre d'une rencontre, la relation à l'autre peut se penser comme une relation passionnelle ? Le passionné c'est celui qui anticipe la perte, la passion est déjà présente avant que l'objet soit élu. Le « avant » à avoir avec la question de l'être, de la perte. Dans la cure on peut se confronter à cette étape premier passionnel. Il s'agit donc d'effectuer à la fois un travail de retrouvaille de construction et de création.

Chez les sujets toxicomanes, la question se poserait plutôt au niveau d'un vide que de la perte, parce que c'est un problème de symbolisation, d'élaboration. C'est en cela que les traitements de substitution, peut être que Jean Pierre JACQUES, confirmera ce que je dis, peuvent avoir un intérêt dans ce qu'ils représentent comme support d'élaboration et d'accrochage. Le travail psychanalytique comporte deux dimensions : un travail autour du signifiant, autour des formations de l'inconscient et un travail autour de la question du transfert, la passion dans la relation analytique. En ce qui concerne la question du signifiant, on avance l'idée que le toxicomane serait plutôt du côté du signe ou du côté d'une interprétation sur un mode très simple du signe, plutôt du côté du signifiant : je l'ai, je ne l'ai, plus et moins. L'autre serait réduit à quelque chose de très primaire.

Par conséquent, le travail avec les toxicomanes, comme avec les adolescents, se ferait se ferait essentiellement du côté du transfert ? c'est une question.

Mais les toxicomanes auraient ils du mal à transférer ?

On peut dire que le transfert se constitue autour de deux axes avec eux, soit par défaut, ils ne transfèrent pas, soit par excès, l'amour, la haine. Dans ce cas, pourquoi et comment faire face à la relation passionnelle, en sachant que le transfert et l'amour de transfert peuvent à la fois représenter un moteur et une résistance au travail ?

Pour Freud quand le transfert avec élément érotique est trop fort, il empêche le travail d'élaboration. Tous les passionnés sont du côté du signe et tant que la passion est là, ils rencontrent des difficultés à mettre en place la chaîne associative.

La passion est une résistance au transfert.

Il y a toutefois, deux éléments à distinguer : la passion dans la relation analytique et la passion hors de la relation analytique. Dans la relation analytique, la passion peut se dire donc elle peut éventuellement changer ou évoluer.

Quelques questions rapides pour terminer :

Quels sont les effets de la parole sur une personne ?

La parole porte en elle ses propres effets thérapeutiques. Parler c'est ce nommer comme sujet, on se constitue de mots et de signifiants, ses mots qui ont plus de poids que d'autres qui ont été investis dans l'enfance.

Comment penser la rencontre avec les patients toxicomanes selon les différentes professions ?

Que veut on pour eux à partir de cette rencontre ?

Comment faire avec l'amour et la haine des transferts véritables difficultés avec les patients toxicomanes ?

Existe t'il une particularité du transfert avec ses sujets et une particularité de l'écoute psychanalytique face aux particularités du discours de ces patients ? actes – répétitions etc ...

Je vous remercie et je passe la parole.

Roland GORI⁴ - Professeur de psychopathologies, Président du SIUEERPP-, psychanalyste, membre d'espace analytique “ Les passions nihilistes ”

Bonjour, je remercie bien sur Olivier de sa présentation et je vous avoue que j'ai une certaine inquiétude de ne pas être égal aux propos qu'il a tenu me concernant. D'abord un grand merci à l'AMPTA, de cette invitation. Je n'ai pas une compétence particulière sur la toxicomanie, j'en dirai quelques mots même si tout un chacun, dans mon quotidien, il m'arrive de rencontrer des patients pris dans la passion des drogues.

Freud écrit à Fliess le 22 Décembre 1897 : “ J'en suis venu à croire que la masturbation était la seule grande habitude, le “ besoin primitif ” et que les autres appétits, tels que les besoins d'alcool, de morphine, de tabac, n'en sont que les substituts, les produits de remplacement. ”⁵ Dans *Le Malaise dans la culture*, Freud précise cette fonction du toxique dans l'économie libidinale des individus et des peuples, il écrit : “ On ne leur sait pas gré seulement du gain de plaisir immédiat, mais aussi d'un élément d'indépendance ardemment désiré par rapport au monde extérieur. Ne sait-on pas qu'avec l'aide du “ briseur de soucis ” on peut se soustraire à chaque instant à la pression de la réalité et trouver refuge dans un monde à soi offrant des conditions de sensations meilleures ? Il est connu que c'est précisément cette propriété des stupéfiants qui conditionne aussi leur danger et leur nocivité. ”⁶

A prendre toute la portée de l'analyse freudienne, on mesure à quel point la fonction du toxique se révèle comme une *récusation* du monde extérieur et de la menace qu'il contient. Ce dont le praticien fait quotidiennement l'expérience dans le maniement du transfert particulier que le patient toxicomane met en œuvre ;

L'autre altère l'autarcie que tente vainement de maintenir jusqu'à un certain point la prise de toxiques. *La masturbation, comme la drogue*, récite le désir, le saborde et libère de la dépendance à l'autre en transformant la dépendance possible à un Autre en une autre forme de dépendance à un produit. Le produit récite l'altération contenue dans toute altérité et fait objection à l'amour comme au désir qui supposent la reconnaissance d'un manque déporté au champ de l'Autre.

Le toxicomane est un *maniaque* qui se libère du réel en faisant du produit un obstacle à l'objet. L'objet, nous le savons, c'est ce qui est jeté devant –*objectal*-, devant ce réel que la psychanalyse nous a appris à cerner par les différentes catégories du

⁴ Roland Gori, Psychanalyste, Professeur de Psychopathologie Clinique à l'Université d'Aix-Marseille I.

⁵ Sigmund Freud, “ Lettres à Wilhelm Fliess ”. In : *La Naissance de la psychanalyse*, Paris : puf, 1969, p. 211-212.

⁶ Sigmund Freud, 1929, “ Le malaise dans la culture ”. In : *Œuvres complètes Psychanalyse XVIII 1926-1930*, Paris : puf, 1994, p. 265.

manque. Et devant cet objet qui voile le manque autant qu'il lui donne une forme, le toxicomane jette à son tour un *fétiche*, le fétiche du produit. Ici c'est le produit qui fait obstacle à l'objet. Mais quel *objet* ?

Le toxicomane mieux qu'un autre nous invite à interroger le statut de l'objet en psychanalyse et à faire apparaître l'objet moins comme *le concept de ce qui a été perdu que comme le nom de ce qui n'a jamais été possédé ou qui échappe à l'appropriation*. En ce sens, vous en conviendrez le produit, la substance, les effets d'ex-tase, dont le toxicomane se montre si dépendant, ne sont pas encore un *objet* au sens psychanalytique du terme. Et en ce sens encore la passion des drogues obéit strictement à une logique du *désaveu*, logique spécifique des passions. Comme l'érotomane ou comme tout autre délirant passionnel le toxicomane cherche dans le mirage passionnel la consistance ontologique qui lui fait défaut. Et cette consistance ontologique qui lui fait défaut provient justement de son désaveu de l'objet, c'est-à-dire du manque, du réel par lequel se constitue la subjectivité.

Avant de préciser davantage les significations que la psychanalyse donne à ce concept d'objet dont le toxicomane conjure l'apparition autant que la perte, avant même de préciser un peu tout cela, je voudrais quand même évoquer en quoi notre culture participe actuellement à *fixer* le toxicomane à sa passion du produit.

Détour par l'addiction

Cette participation de notre culture à cette fixation du toxicomane à sa logique du désaveu du manque, je la verrais bien volontiers tout d'abord dans le diagnostic d'"addiction" dont elle affuble le passionné de la drogue.

En effet, quelle est la "niche écologique"⁷ de ce concept d'addiction que la société contemporaine préfère à celui de toxicomanie ou à celui de passion des drogues ? Qu'est-ce que ce choix terminologique d'addiction vient révéler de la "substance éthique" de notre culture et de sa participation au symptôme ? Parce que tout de même, ce passionné des drogues, cet addictif, ressemble comme un frère au consommateur postmoderne, au citoyen postpolitique, à l'*homo clausus* de notre civilisation qui invite le sujet à devenir un *individu* "entrepreneur de lui-même", micro-entreprise ultralibérale autogérée et compétitive, autonome et solitaire, voué à l'autarcie par la consommation de ses propres expériences de vie, marchandisées, virtualisées, jetables et éphémères. Cette civilisation de *Tamagoshi* offre une jouissance *masturbatoire* évitant de devoir passer par l'Autre pour aimer, haïr ou désirer. L'objet et le sujet ne sont plus alors que des positions ou des expériences virtuelles sans cesse marchandisées par la "société du spectacle".

Bien sûr, je n'oserai pas réduire la passion des drogues à un pur et simple phénomène culturel ou social. J'essaie uniquement de montrer en quoi les enveloppes formelles de notre culture participent à la fabrication d'un symptôme sous l'apparence duquel la souffrance d'un sujet se manifeste. Mieux encore, j'essaie simplement de montrer en quoi la *niche écologique* du diagnostic d'*addiction* provient tout autant de la souffrance psychique d'un sujet que de la substance éthique de la culture au sein de laquelle les experts façonnent leur savoir. "Addictif, tu en es un autre toi-même", pourrait rétorquer le passionné des drogues au psychiatre vétérinaire qui tendrait à médicaliser la souffrance, l'angoisse et la folie en les réduisant à des "troubles du comportement".

On le sait, le terme d'addiction désignait un état de dépendance et d'esclavage, de contrainte par corps sanctionnant un sujet qui n'avait pu payer ses dettes. La

⁷ Ian Hacking, *L'Ame réécrite*, Paris : Les empêcheurs de penser en rond, 1998.

marginalité de l'addictif d'aujourd'hui participe d'une *contre-culture* qui s'avère inséparable de la civilisation au sein de laquelle elle se développe et des pratiques sociales qui en établissent le diagnostic. Avec le terme d'addiction, la psychiatrie révèle que tout peut être détourné de son usage –Internet, jeu vidéo, alcool, médicament, solvant, jeu de hasard, sexe, thérapie, amour, travail, patrie, etc.— pour devenir l'objet d'une folle passion, passion d'un esclavage librement consenti par le sujet qui s'y voue corps et âme. La médicalisation de l'existence place sous contrôle sanitaire les marges tolérables comme les excès de ces conduites de consommation "normales" mais dérégées en indiquant de manière sécuritaire à l'individu *comment il doit se comporter pour bien se porter*⁸.

Par une pharmacovigilance des comportements, un quadrillage sécuritaire des conduites et des protocoles de rééducation psychosociale ou des traitements chimiques substitutifs, l'espace sanitaire incite le sujet à intérioriser les normes sociales acceptables, lui apprend à se contrôler lui-même et à se gouverner au mieux de ses intérêts et de ceux des autres. Bref, l'espace sanitaire incite les sujets à une rationalité *économique* optimale dans le choix de leurs stratégies de comportement et sécurise en douceur les écarts de conduite par des dispositifs médicopsychologiques. On le voit : l'addictif d'aujourd'hui n'est plus le passionné romantique des "paradis artificiels" du XIXe siècle, ni davantage le toxicomane d'hier adepte à son insu d'une croyance maurassienne selon laquelle seule la réalité matérielle ne ment pas, mais plutôt ce positiviste radicalement ouvert et offert à toutes les marchandises protéiformes et virtuelles qu'il achète et sous l'apparence desquelles il ne reconnaît plus sa propre vie. A ce titre, l'addictif d'aujourd'hui témoigne en *martyr* des illusions d'une société néolibérale et fétichiste qui donne de nouvelles figures à la passion du néant faute de savoir assumer l'expérience tragique de l'existence. L'addictif d'aujourd'hui décompose le spectre d'une société de spectacle et de consommation au sein de laquelle le manque à être se trouve converti en manque à avoir, où les valeurs d'utilité de nos conduites tendent sans cesse à remplacer nos interrogations fondamentales sur l'expérience tragique de la condition humaine.

Ainsi, naissent de nouveaux tabous et de nouvelles croyances, de nouvelles maladies aussi qui viennent se nicher dans la logique et l'écologie d'une époque. Dans l'extrême médicalisation de nos normes culturelles, sécrétant le Prozac pour l'endeuillé, la Ritaline pour l'agité et les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) pour l'agoraphobe, le toxicomane témoigne *en martyr* de la souffrance psychique d'une société offrant au manque à être toutes les ressources des avoirs et des biens de consommation. L'addictif est un consommateur trop bien fidélisé par ses dealers.

Cette culture du "fétichisme de la marchandise" a atteint un tel stade que les produits de consommation se dématérialisent toujours davantage sous la forme de jeux et d'activités "virtuelles" qui s'offrent comme des "*ersatz*" de nos expériences de vie. A la suite de Marx, des philosophes comme Zizek et Rifkin montrent que nous achetons de moins en moins de produits, de moins en moins d'objets matériels, mais que nous devenons de plus en plus des consommateurs d'états de conscience et d'expériences vécues, tant culturels que corporels ou relationnels. C'est la vie elle-même qui devient une *marchandise* que l'individu consomme après l'avoir dématérialisée, virtualisée, imaginarisée. C'est une

⁸ Roland Gori, Marie-José Del Volgo, 2005, *La Santé totalitaire Essai sur la médicalisation de l'existence*. Paris : Denoël ; Roland Gori, Pierre Le Coz, 2006, *L'Empire des coachs Une nouvelle forme de contrôle social*. Paris : Albin Michel.

transformation majeure dans la nature de nos perceptions, de notre sensibilité et de nos rapports sociaux.

Avec la “ dématérialisation ” profonde des objets de consommation, la vieille thèse marxiste du *Manifeste* retrouve toute son actualité : “ tout ce qui était solide, bien établi, se volatilise ”. Ce traumatisme de l’ordinaire est si vif dans notre culture que les psychanalystes ont constaté l’émergence de symptômes particuliers dans leur clientèle. Il s’agit de patients qui viennent en séance d’analyse moins pour conduire leur analyse que pour trouver un lieu et un temps où déposer l’existence de leur “ *réalité psychique* ” mise à mal dans leurs vies quotidiennes. L’espace analytique participe alors de la reconstruction d’une réalité psychique donnant un sens et une place à une existence si dispersée parfois qu’elle évoque l’état de *sulitia* dont parlaient les philosophes grecs. Le *stultus* est ouvert aux quatre vents, sans mémoire, sans volonté, dispersé dans le temps et dans l’espace, il laisse la vie s’écouler sans l’avoir vécue. Ce n’est pas une volonté de néant, mais bien plutôt le néant d’une volonté qui a abandonné l’ultime courage d’un Bartleby⁹ énonçant mélancoliquement “ je préférerais ne pas ”. La mélancolie même a été perdue. Ce n’est plus la figure du nomade qui s’impose à une telle culture mais plutôt celle de l’errant, un SDF heureux ouvert au bonheur intemporel assuré par un implant diffusant, en permanence et de manière auto-régulée par un logiciel interactif posé dès la naissance, les doses optimales de Zoloft et de Ritaline aptes à lui faire oublier la condition tragique de son existence.

Dans cette interpassivité frénétique et moralement apathique, l’individu cyberlibéral, résigné à l’utile comme à la performance, ne revendique ses émotions qu’à la condition expresse qu’elles soient éphémères, jetables, télévisuelles, bref “ virtuelles ”. Notre culture offre à l’individu les mythes et les cultes d’une béatitude qui le transforme en sujet passif, morose, déprimé, “ psychotropié ” prenant sa TCC en même temps que son RMI et sa CMU tout en jouissant goulûment du spectacle des révoltes de ces autres dont il ne sera pas.

Si on veut bien entendre, à distance du naturalisme ambiant, que les diagnostics des souffrances psychiques résultent d’une “ transaction ” entre le savoir des experts et les formes culturelles dans lesquelles elles s’expriment à une époque donnée, on mesure la portée de la notion idéologique d’*addiction* qui désigne de nos jours la passion des drogues. Cette notion, en même temps qu’elle étend à l’infini les objets d’esclavage du drogué, participe du régime de *surmédicalisation* de nos existences et révèle en miroir la substance éthique d’une culture consumériste qui peut faire de tout produit, objet ou comportement, un fétiche ou un leurre aptes à *désavouer* notre manque à être sans devoir en passer par l’Autre. L’addictif serait alors le témoin et le révélateur d’une culture psychiatrique cyberlibérale qui tend à traiter les passions humaines comme des troubles du comportement répertoriés dans le DSM IV¹⁰, à réduire les symptômes psychiques à des déviations médicalisées et la connaissance tragique de l’humain à une douce pharmacovigilance des conduites. S’il en est ainsi, par son désaveu de l’Autre, dans cette haine de la valeur de vérité de la parole et du langage, dans son adhérence à l’évidence, au sensible et à l’utile, l’addictif renverrait en miroir aux médecins de sa “ déviance ” la substance éthique de leurs diagnostics. Pour conclure sur ce point, notre culture invite à un *désaveu de la réalité intérieure* que l’on pourrait aisément décrire avec Winnicott comme une “ *défense* ”

⁹ Herman Melville, 1853, *Bartleby*. Paris : Le Nouveau Commerce, 1995.

¹⁰ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

maniaque ”¹¹. Dans cette logique, la drogue se révèle comme ce “ briseur de soucis ” dont parlait Freud, souci de soi autant que souci de l’autre. Dans cette logique, la drogue participe de cette illusion de pouvoir récuser l’objet autant que le sujet dans une autarcie artificielle. Tout praticien connaît cette difficulté particulière dans les psychothérapies des toxicomanes : le patient a besoin de la drogue avec le même attachement que le psychotique aime son délire. Un attachement narcissique qui préserve de l’altérité. Pourquoi donc le passionné de drogues prendrait-il le risque de devoir aimer au risque de perdre ou de souffrir ? Il préfère à la manière d’un mélancolique atteint du syndrome de Cotard dénier l’existence de l’objet et celle de sa subjectivité pour mieux récuser l’altération que comporte toute altérité comme condition du désir. Avant de développer ce point je voudrais rappeler, et en particulier en référence à la thèse d’Olivier Thomas¹² que la passion des drogues se révèle comme une authentique passion, c’est-à-dire un “ amour mort ” qui ravit le sujet et le captive dans une inconsolable nostalgie, dans un deuil infini. Et ce d’autant plus que l’objet dont il s’agit de faire le deuil n’a jamais été possédé et lui échappe à toute appropriation. C’est ce point même qui situe toute passion à proximité de la *mélancolie* qu’elle conjure par l’exubérance maniaque, par la voluptueuse frénésie du désespoir et par l’élation narcissique qui sculpte les formes du rien. La passion des drogues n’échappe pas à cette logique qui fait de toute passion une passion nihiliste, désavouant l’objet comme sa perte. Mais comme toute passion, la passion des drogues est une addiction à la perte, au sevrage, à la séparation davantage qu’à l’objet.

*Comme tu me plairais, ô nuit ! sans ces étoiles*¹³

Je voudrais maintenant rapprocher le *nihilisme* de la passion des drogues d’autres délires de négation pour insister davantage sur cette autarcie du toxicomane qui accomplit véritablement un désaveu de la réalité intérieure autant que de l’objet. Il se fait l’objet d’une impossible castration.

On le sait, c’est le psychiatre Krafft-Ebing qui le premier a parlé de “ délire nihiliste ” pour rendre compte de certaines formes délirantes au cours desquelles les patients considéraient une partie de leur corps ou sa totalité comme “ mort ”. Mais c’est à Jules Cotard que revient la description fine et précise d’un syndrome autonome rencontré au cours des observations de mélancoliques anxieux. Ce qui est devenu depuis le “ syndrome de Cotard ” désigne un discours au cours duquel un patient nie l’existence de son corps, de ses organes, de son être ou encore du monde extérieur. Sans devoir entrer dans le détail, rappelons rapidement la genèse de ce concept de “ délire des négations ” de Cotard qui éclaire à mon avis indirectement la logique passionnelle.

Jules Cotard¹⁴ dans la grande tradition de l’Ecole Française de Psychiatrie décrit une clinique de la mélancolie anxieuse au sein de laquelle se manifestent des idées hypocondriaques, de non existence et de destruction des organes. Le premier texte de Cotard consacré à cette description clinique de ces symptômes appelle “ délire hypocondriaque ” la systématisation et l’organisation cohérente du délire

¹¹ Donald W. Winnicott, 1935, “ La défense maniaque ”. In : *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris : Payot, 1969, p. 15-32.

¹² Olivier Thomas, 2007, *Le Toxique au féminin*. Toulouse : érès.

¹³ Charles Baudelaire, “ Obsession ”. In : *Les fleurs du mal*, Paris : Les Belles Lettres, 1952, p. 119.

¹⁴ Jorge Cacho, 1993, *Le délire des négations*. Paris : Association freudienne internationale.

(1880). C'est d'abord sous la forme de plaintes hypocondriaques que le discours de négation s'exprime mais *a contrario* des délires de persécution, le patient s'en impute toute la charge coupable qui le condamne de par son indignité à la damnation éternelle. Dès le départ, Cotard distingue au sein de ce " *délire des négations* " des forces " centripètes " qui poussent le patient à localiser la destruction sur sa personne et son corps et des forces " centrifuges " qui tendent à irradier cette distinction vers les objets extérieurs jusqu'aux confins du monde matériel et métaphysique. Notons l'évolution des descriptions de Cotard au fur et à mesure de ses textes : le délire " hypocondriaque " devient " délire des négations ". L'irradiation *totalitaire* de ce délire se manifeste par de multiples versions thématiques qui vont de la négation d'organes à la non existence du monde jusqu'à l'infinitude du temps (immortalité, damnation éternelle) et de l'espace (délire d'énormité et de disparition des limites physiques).

On peut faire un rapprochement entre les négations délirantes, les inhibitions du deuil dans sa négation du présent et de l'avenir et les formes plus langoureuses de l'*acedia* monastique, du spleen romantique ou de l'ennui bourgeois ou encore le déni de l'autre et du sujet chez le toxicomane. Dans cette désarticulation de son lien au monde, dans sa désadhésion aux objets, le sujet par le " brouillard silencieux " ¹⁵ de sa mélancolie fait obturation à ce qui jusque-là se présentait comme une discontinuité. Cette obturation peut aller jusqu'à un aveuglement, aveuglement qui le conduit à nier sa propre existence. Dans tous les cas, selon des modes et des degrés différents, on pourrait évoquer ces phrases de Falret découpant un " fonds commun " à la mélancolie et à ses formes " plus légères " : " Les malades sentent que tout est changé en eux et en dehors et se désolent de ne plus percevoir les choses à travers le même prisme qu'autrefois. " ¹⁶

Concluons sur ce point. Le délire des négations peut s'étendre à la totalité de la constitution physique et sociale du sujet comme du monde extérieur. Cette " perte de la vision mentale " mise en relief par Charcot et reprise par Cotard dans la clinique des négateurs peut également atteindre la *fonction du langage*. A la suite de Cotard, Seglas dans son article de 1891 sur " le mutisme mélancolique " relate un symptôme significatif de " la perte de la signification des mots " : la patiente ne comprend plus rien de ce qu'on lui dit car dit-elle : " les mots ont changé " et elle ne sait plus ce qu'ils veulent dire. Comment ne pas penser ici à cette *compulsion à comprendre* qui obséda L'Homme aux rats et le rendit insupportable aux siens ? L'Homme aux rats s'efforçait de comprendre chaque syllabe de ce qu'on lui disait comme si nous, dit Freud ¹⁷, " un trésor important allait lui échapper " ¹⁸. Freud interpréta cette compulsion à douter comme un véritable doute sur l'amour produit par la haine et déduit de l'ambivalence. A prendre toute la portée ontologique de la haine, n'est-ce pas la substance même de son être que l'Homme aux rats craignait de voir aussi s'échapper par le langage ? Si tel était le cas, la compulsion anxieuse de l'Homme aux rats, pour obsessionnelle qu'elle soit, révélerait le traitement particulier que la névrose fait du réel de la perte. Dans le martyr de la psychose, le délire des négations exprime à ciel ouvert ce réel de la perte dans le discours du patient.

La tonalité affective du délire des négations sous la forme d'une hypocondrie ordinaire, d'une hypocondrie morale ou encore d'un anéantissement du monde, se

¹⁵ Heidegger.

¹⁶ Falret cité par Jorge Cacho, *op. cit.*, p. 66.

¹⁷ Sigmund Freud, 1909, " Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle (L'homme aux rats). " In : *Cinq psychanalyses*, Paris : puf, 1970, 199-261.

¹⁸ Sigmund Freud, *ibid.*, p. 222.

découpe pour Cotard comme une entité morbide *autonome* qui émerge dans les états mélancoliques. La gravité des formes délirantes se différencie par l'importance des degrés et l'amplitude des secteurs que les négations affectent. Pour le moment, je me contenterai de souligner que *c'est du corps propre que part le délire des négations*. La plainte hypocondriaque conduit un sujet à l'occasion d'une perte d'objet, d'un deuil, d'une mélancolie ou d'une dépression à nier sa propre existence, un secteur de celle-ci, une part de sa valeur ou encore à abolir la totalité du monde. *Et si l'hypocondrie est première c'est bien parce que dans tous les cas la vie psychique fait corps avec le monde*. A ne pas vouloir en céder une partie, le *négateur* en perd la totalité en s'identifiant au rien (*nihil*). A moins que ce ne soit le monde qui soit identifié avec le "rien" à l'exception du produit et de ses effets.

Après ce détour par le délire des négations, nous prenons peut-être davantage la mesure de ce que nous entendons par *objet* dont le désaveu conduirait à la forme la plus pure du corps plein du psychotique.

Si vous m'avez suivi jusque là *vous voudrez bien sans doute concevoir l'objet passionnel comme une parure au véritable objet, celui de la perte d'une partie du corps*, perte par laquelle advient la subjectivité autant que l'altérité. C'est en ce sens d'ailleurs que nous pouvons cet énoncé de Lacan à propos du *Ichspaltung*, c'est-à-dire de la division du sujet :: "Ce qu'il va y [dans le désir de l'Autre] placer, c'est son propre manque sous la forme du manque qu'il produirait chez l'Autre de sa propre disparition. [...] Mais ce qu'il comble ainsi n'est pas la faille qu'il rencontre dans l'Autre, c'est d'abord celle de la perte constituante d'une de ses parts, et de laquelle il se trouve en deux parts constitué. Là gît la torsion par laquelle la séparation représente le retour de l'aliénation. C'est qu'il opère *avec* sa propre perte, qui le ramène à son départ."¹⁹

C'est bien dans le travail du deuil ou dans celui de la mélancolie que se révèle avec le plus d'acuité les processus par lesquels la perte d'une personne aimée ou d'un idéal réactive cette confrontation du sujet à cette *perte originare* d'une partie de son être. Et à partir de ce moment-là, l'attachement excessif de l'endeuillé à l'objet qu'il a perdu provient de sa valeur et de sa fonction de parure comme de parade à la souffrance que produit le face à face avec la perte primitive d'une partie de l'être. Cette confrontation à la déchirure du sujet apparaît bien souvent au cours des analyses sous la figure d'un enfant mort, d'un enfant-mort que l'Autre aurait perdu. La castration concerne ici l'Autre maternel²⁰. La passion est le fétiche qui fait parade à cette castration de l'Autre.

C'est bien sûr dans "Deuil et mélancolie" que Freud²¹ nous révèle cette différence entre la personne disparue et l'objet dont nous avons à chaque fois à faire le deuil à l'occasion d'une perte, travail auquel la dépendance au toxique fait sans doute *objection*.

Par un éclairage croisé du deuil et de la mélancolie, Freud précise : "dans le deuil le monde est devenu pauvre et vide, dans la mélancolie c'est le moi-lui-même²²". Freud précise à propos du mélancolique : "Il doit bien avoir, en quelque façon, raison, et dépeindre quelque chose qui se trouve être tel qu'il lui apparaît. Nous ne pouvons que confirmer immédiatement, sans restriction, quelques-unes de ses déclarations. Il est effectivement aussi dépourvu d'intérêt, aussi incapable d'amour et

¹⁹ Jacques Lacan, *Ecrits*, Paris : Seuil, 1966, p.844.

²⁰ Roland Gori, 2002, *Logique des passions*. Paris : Denoël.

²¹ Sigmund Freud, 1917, "Deuil et mélancolie". In : *Œuvres complètes Psychanalyse XIII*, Paris : puf, 259- 278.

²² Sigmund Freud, *ibid.*, p. 264.

d'activité qu'il le dit. Mais cela est, comme nous le savons, secondaire, c'est la conséquence du travail intérieur, inconnu de nous, comparable au deuil, qui consume son moi.²³ Bien qu'amplifiée, l'autocritique du mélancolique est justifiée. Il est *presque* réaliste. A l'exception de ce narcissisme par lequel il nourrit ses idéaux pour mieux faire apparaître à quel point il leur est inégal. C'est un homme qui s'est "passablement approché de la connaissance de soi, et nous nous demandons seulement pourquoi l'on doit commencer par devenir malade pour être accessible à une telle vérité."²⁴ Comment ici ne pas penser à Thomas Mann définissant la psychanalyse comme un "mode de connaissance mélancolique" ? Et Freud précise ensuite : "D'après l'analogie avec le deuil, il nous fallait conclure qu'il [le mélancolique] avait subi une perte quant à l'objet ; ce qui ressort de ses dires, c'est une perte quant à son moi."²⁵ Mais cette perte de substance du Moi, cette perte de substance ontologique, procède d'une perte de l'objet, d'une perte de l'autre et l'on pourrait ajouter d'une perte *réalisée* dans et par la disparition de l'autre : "les auto-reproches sont reproches contre un objet d'amour, qui sont basculés de celui-ci sur le moi propre."²⁶ La chose est connue : c'est d'un *retournement* que procède la plainte du mélancolique ou celle de l'endeuillé. L'identification n'est pas très loin : "L'ombre de l'objet tomba ainsi sur le moi qui peut alors être jugé par une instance particulière comme un objet, comme l'objet délaissé. De cette façon, la perte d'objet s'était transformée en une perte de moi, le conflit entre le moi et la personne aimée en une scission entre la critique du moi et le moi modifié par identification."²⁷ Le narcissisme arrive alors sous la plume de Freud et débouche sur l'ambivalence et la haine : "La perte de l'objet d'amour est une occasion d'élection pour faire valoir et apparaître l'ambivalence des relations d'amour."²⁸ Freud fait surgir ensuite la question du suicide si "intéressante" et si "dangereuse" qui "nous enseigne que le moi ne peut se tuer que lorsqu'il peut, de par le retour de l'investissement d'objet, se traiter lui-même comme un objet"²⁹. Comment s'étonner que le texte freudien puisse alors évoquer à demi-mot cette forme suicidaire de l'amour qui se nomme "passion" : "dans les deux situations opposées, celle de l'état amoureux le plus extrême et celle du suicide, le moi, bien que par des voies tout à fait distinctes, est terrassé par l'objet."³⁰

Alors par quel travail psychique, les complexes de deuil et de mélancolie peuvent-ils se dissoudre ? La réponse de Freud est modeste, presque mélancolique : la prise en considération d'un point de vue économique permettrait peut-être de comprendre que le sujet finisse par surmonter sa perte d'objet et consente à réinvestir le monde tout en se restituant sa propre estime et ses capacités de plaisir. C'est au niveau du corps que le sujet doit assumer une perte qui lui donne sa consistance ontologique, faute de quoi il serait voué à une hypocondrie infinie. Passion du corps qui n'en finit pas d'exiger la perte d'"un morceau du corps propre", "une unité, un concept inconscient — *sit venia verbo* —, celui de la petite chose détachable du corps."³¹ C'est le concept de cette perte d'une petite chose corporelle *qui permet au sujet*

²³ Sigmund Freud, *ibid.*, p. 264.

²⁴ Sigmund Freud, *ibid.*, p. 265.

²⁵ Sigmund Freud, *ibid.*, p. 266.

²⁶ Sigmund Freud, *ibid.*, p. 266-67.

²⁷ Sigmund Freud, *ibid.*, p. 268.

²⁸ Sigmund Freud, *ibid.*, p. 269.

²⁹ Sigmund Freud, *ibid.*, p. 271.

³⁰ Sigmund Freud, 1917, *op. cit.*, p. 271.

³¹ *L'Homme aux loups par ses psychanalystes et par lui-même*. Textes réunis et présentés par Muriel Gardiner, 1971, Paris : Gallimard, 1981, p. 236.

d'apparaître au lieu de l'Autre sous la forme du manque qu'il produirait chez l'Autre du fait de sa propre disparition. Ce qu'on ne pardonne pas au disparu, c'est de ne plus avoir à lui manquer. A reprendre par exemple les différents récits qui retracent l'histoire de l'Homme aux loups, j'aurais pu montrer l'impossible séparation en œuvre tout au long du texte freudien. L'Homme aux loups se révèle bien comme le martyr du désir de comprendre et d'interpréter de Freud. Et ce désir de comprendre et d'interpréter, comme je l'ai développé ailleurs, tant à propos du délire des négations qu'à propos de la compulsion de l'Homme aux rats, se déduit d'un questionnement ontologique : qu'est-ce qui est perdu de l'être lorsqu'il se manifeste ? Perte dont les formations de l'inconscient s'avère les cicatrices en tant qu'elles surgissent d'une *séparation* primordiale par laquelle le sujet s'aliène à l'Autre en méconnaissant que ce manque qu'il lui donne n'est que la part de son être qui échappe à l'appropriation. *L'Homme aux loups, quant à lui, est resté appendu à l'impossibilité de cette séparation, couché sur l'écran d'une scène-fétiche, reconstruite (ou créé) à partir de l'analyse d'un rêve dont le récit constituait véritablement l'interprétation transférentielle par Serguéi des interprétations de Freud, d'un Freud analysant les souvenirs-écrans des scènes de séduction. Scène-fétiche dont Serguéi attendit toute sa vie la vision pour (re)trouver la consistance qu'il n'avait pas, celle qui promet l'objet comme parure du réel*

Alors si vous m'avez suivi jusque là, vous voyez comment le toxique et les effets qu'il produit sur le sujet peuvent constituer un objet écran, une parure à une profonde mélancolie dans un délire de négations qui va parfois jusqu'à la négation complète de l'existence de l'autre comme de sa propre existence subjective. C'est au sevrage que le toxicomane est " accro ".

Et tout le travail psychothérapeutique alors va consister à permettre un déplacement progressif de cet objet écran qu'est le toxique vers l'objet de transfert qu'est le psychanalyste, quitte alors à ce que ce transfert sur le psychanalyste se décline sur un mode passionnel dont Olivier Thomas vous a certainement parlé. Mais vous l'avez compris tout au long de mon cheminement, *j'ai essayé de l'évoquer cet objet que récuse la prise de toxique comme un objet qui n'a jamais été possédé et qui échappe à toute appropriation.* C'est un objet ontologique auquel l'amour donne parfois sa place après le deuil d'une passion. Ce qui suppose alors peut-être de pouvoir dire avec Kafka auquel on demandait : " Pourquoi restez-vous là ? La personne que vous attendez ne viendra pas. " : " ça ne fait rien. Je préfère la manquer en l'attendant. " En d'autres termes, la personne ou l'objet je vous le laisse, mais le manque, l'absence je me la garde. C'est le pathétique de cette *compulsion à se séparer* d'un morceau, d'un toxique qui tient encore trop au corps dont le toxicomane fait l'expérience. Comme le disait, Pierre Fédida³², son addiction est une " addiction d'absence ". J'ajouterais seulement à l'expérience des passions que si on veut bien prendre la mesure de l'*objet* il faut peut-être se souvenir de cette phrase de Marcel Jouhandeau " ta présence me dérobe ce que ton absence me restitue ". On aura alors fait la moitié du chemin car ce qui reste à parcourir est le trajet qui mène de l'objet total à l'objet partiel, c'est un bout de corps qui reste à perdre, un trou qui reste à constituer pour la cause du désir.

Encore une fois, il ne faut pas entendre la perte du côté de la perte d'un objet réel, représentable, la perte je la définirais à partir de l'étymologie qui est donné au cours du 18^{ème} siècle, c'est un terme de géologie : " la perte, c'est le lieu où disparaît un

³² Pierre Fédida, 1995, " L'addiction d'absence, l'attente de personne ". *Cliniques méditerranéennes*, 47/48, 9-22.

cours d'eau qui réapparaît ensuite en formant une résurgence après avoir effectué un trajet sous terrain ”.

DEBATS

Alain GAVAUDAN – Médecin Psychiatre – Hopital Valvert Marseille

Je voudrais poser une question très précise, pour rester dans le champ de la clinique des passions et dans le champ des délires aussi, du syndrome de Cotard et des délires passionnels dont vous avez évoqués l'érotomanie, passer à un autre délire passionnel, le délire de jalousie. Délire de jalousie que les cliniciens qui rencontrent les personnes alcooliques ont l'habitude de voir chez eux. Est ce qu'on peut comprendre, appréhender le délire de jalousie et notamment dans le problème de l'alcoolisme, dans le sens où vous l'avez abordé aujourd'hui, l'érotomanie ou le délire de négation.

Roland GORI

Si vous voulez chaque cas est un cas particulier mais dans un exposé comme celui là, on est obligé de tracer très large. Bien sûr tout dépend la fonction et le rôle que prend la jalousie dans une expérience passionnelle. Ce que je peux en dire, c'est 2 choses, ma première thèse portait sur la prise en charge des patients alcooliques et je pense que l'alcoolisme c'est comme pour la toxicomanie, ce sont des notions très larges. La première chose est que la jalousie est la première étape à la reconnaissance de l'impossible fusion à laquelle aspire le passionné. Souvenez vous de Tristan et Iseult : plus de Tristan plus d'Iseult. Plus aucun nom qui nous sépare : c'est horrible. Souvenez vous, pour ceux qui ont traversé une passion - j'espère que vous en avez tous connu au moins une – et bien c'est affreux, c'est épouvantable, c'est l'enfer. Vous savez ce que dit Pétrarque : “ cet enfer dont les fous font leur paradis ”, c'est à dire que cette fusion à laquelle le passionné aspire : faire qu'un, il n'y a même plus de nom. La jalousie c'est chercher des traits qui viennent fissurer cette illusion. Donc elle est pour moi, c'est un grand débat avec Jean Jacques du côté déjà d'une espèce d'auto thérapie du patient. Si vous voulez il va chercher partout de l'autre pour ne pas faire un, il y a là, quelque chose de la quête d'indices pour venir m'arracher à la vampirisation que représente la passion. Il faut quelque chose de l'autre qu'il faut que je fasse émerger de l'autre. Et le passionné le fait sur un mode paranoïaque car bien évidemment la passion a à voir avec la paranoïa, non pas au sens psychanalytique mais aussi la paranoïa au sens où André Breton parlait dans “ l'amour fou ” de cette quête d'indices, avec cette superbe phrase concernant la passion : “ c'est comme si je m'étais perdu et qu'on vint tout à coup m'apporter de mes nouvelles ”.

Si vous voulez pour ne pas être totalement vampirisé par la passion, plus que par l'objet avec PROU ?? c'est une fois que l'objet est déchu, il n'est plus rien, il tombe dans la réalité, la jalousie est du côté de trouver des signes, c'est bien sur le délire le plus absolu, qui viennent me dire que je ne fais pas un. Et la deuxième chose dans un super texte d'Octave Maloni, le jaloux ne veut rien savoir. Que ce jaloux qui met sa femme ou son mari à la torture pour quêter tous les signes toutes les traces, il ne veut surtout rien savoir et d'ailleurs la plupart du temps , il est rassuré par la réalité d'une tromperie. Je dis souvent en plaisantant : “ finalement si vous voulez rassurer un jaloux, trompez le ”, parce que de toute façon la réalité viendra faire interprétation par rapport à la quête passionnelle. Voilà ce que je pourrais déjà en dire.

Evidemment ça dépend des formes de jalousie, Freud nous a déplacé du côté de l'homosexualité refoulée, etc il y a des jalousie prises d'en d'autres formes de délires passionnels, nous partageons notre goût pour "Decléranbaud" qui nous a énormément apporté bien sûr, mais peut être ce que j'ai très mal déblayé tout à l'heure, on pourrait le reprendre aussi avec Declérambaud par rapport à ce qui est souvent peu remarqué : il va nous parler de l'érotomanies, du délire de jalousie, du délire de vindication et il ajoute souvent et cela c'est toujours passé à la trappe, les délire hypocondriaques, c'est quand même très intéressants car le délire hypocondriaque c'est un rapport passionné avec notre corps et à mon avis c'est le chiffre qui donne l'intelligibilité des autres formes délirantes. Et un dernier point, concernant Declérambaud, il y a autre chose pour lequel on est passé à côté, c'est le délire de l'illusion maternelle. Ce sont ces mères qui ont perdu un enfant et qui désavoue cette perte en considérant qu'on leur a caché, qu'on leur a volé, etc.. mais qu'il va revenir. Il a quelque chose du désaveu, je crois que c'est important parce que là encore ça nous éclaire sur ce que j'ai essayé de dire autour de question de la perte, la question du désaveu et je crois que ça nous donne aussi quelque part ce qui s'approche le plus de l'objet dont l'enfant donne la figure. Bien sûr l'enfant n'est pas l'objet, mais c'est ce qui figure au plus près, ce qu'il en est de cet objet perdu qui est à la fois une part de mon être et en même temps un autre objet. Mais ça c'est toute la question du côté de l'illusion maternelle.

Quelqu'un de la salle (je crois Rassial à vérifier).

Juste trois remarques, d'abord dans la formulation que tu donnes à la question de la jalousie, on se rapproche nettement, puisque ce que je voulais souligner dans nos débats, c'est que la jalousie ne participe pas de la passion amoureuse mais de la passion d'ignorance et là elle y est totalement engagée.

J'ai trouvé remarquable dans l'association des 2 parties qu'on pourrait penser 2 parties disjointes, le fil qui traverse cela qui est l'idée qui me semble essentielle du point de vue psychanalytique que la question de l'objet n'est pas la question de l'avoir mais la question de l'être et qu'elle dérive en permanence de la question de l'avoir à la question de l'être.

Ce fil est essentiel pour aborder la question du rapport addictif à l'objet .

Ma remarque est un complément pour peut être te faire aller plus loin.

Je trouve tout à fait judicieuse l'idée de rapprocher l'idée du syndrome de Cotard de la passion des drogues, il y a un trait du syndrome de Cotard qui est très bien repéré par Georges Cacheau ?? qui m'intéresse d'autant plus que je vais parler du temps tout à l'heure, la temporalité, qui est la fonction d'anticipation du syndrome de Cotard qui peut se formuler comme ça : « je suis immortel parce que déjà mort ». Cette idée de mettre ce « déjà mort » comme l'actuel non pas simplement dans un constat mélancolique mais c'est ce qui fait que Georges Cacheau associe le syndrome de Cotard à une combinaison entre la mélancolie et la paranoïa puisque en même temps il y a la certitude que ce déjà mort donne l'immortalité.

Il y a aussi cette double dimension dans la passion des drogues, effectivement ce rapprochement avec la mélancolie, j'aime bien le mot maniaque dans tout son sens, mais aussi cette proximité avec la certitude paranoïaque que l'on trouve dans le syndrome de Cotard.

Roland GORI

Sur le premier point, bien sûr toutes les passions se déduisent de la passion de liance ??? aussi bien la passion amoureuse que la passion haineuse, elles sont secrétées par la passion ???

Concernant « l'homme au loup », ça a été reproché à Freud, je ne dis pas que la cure avec Freud, ou qu'il a pu avoir avec les uns ou les autres au cours des séjours aux Etats Unis, à Vienne et autre, ce n'est pas le problème. Je dirais la direction de la cure, c'est à dire que je suis persuadé que Freud a donné à Sergueï Pankéief ??, une certaine contention psychique c'est à dire il a fait de l'emplâtre peut être pas sur une jambe de bois, mais il a donné une espèce de prothèse. Le problème c'est la direction qu'a pu prendre la cure à moment donné, c'est à dire que Freud pour prendre un exemple, il a découvert avec la cure de l'homme aux loups, les valeurs symboliques et imaginaires de l'argent, par rapport non seulement à l'objet anal mais par rapport à l'enfant donné par le père, par rapport à cette par de l'être. Et ce qui est très curieux c'est que là où la direction de la cure aurait été pourrait on dire de trancher le bout du doigt qui restait attaché par la peau, il a tenté de le recoller. C'est facile, de dire il aurait pu faire cela. Mais on voit bien et c'est important pour nos pratiques, comment la direction de la cure, elle est pas du côté de rapiécé quelque chose mais elle peut être du côté de trancher.

Olivier THOMAS

Peut être une question, plus en lien avec la réalité que vous avez développée autour de la question de l'addiction, du discours sur l'addiction en lien avec un certain rapport aux objets et le toxicomane étant finalement un peu le martyr de ce rapport aux objets tel qu'il est produit actuellement. Je me dis finalement vers quoi, on tend actuellement par rapport à cette question du rapport à l'objet qui devient virtuel par rapport à tout le développement sur la perte de l'objet, qui n'est pas réel.

Roland GORI

Je ne sais pas trop, par contre quelque chose qui m'a amené à pousser un coup de gueule avec mon ami Pierre LECOISE, dans un bouquin qu'on a fait « l'empire des coach », on tend vers le désaveu de la perte, je ne suis pas du côté de la sainteté, mais simplement, pour prendre un exemple, on a pris la question de l'addiction, on aurait pu prendre la question de la mélancolie. Quand même qu'à l'heure actuelle, que la psychiatrie ou la psychopathologie, n'ait plus à se soucier du découpage psychopathologique d'une entité comme la mélancolie, la dépression réactionnelle etc...pour finalement réduire toute cette palette, qui va de la mélancolie à la dépression réactionnelle, à quelque chose d'aussi plat, de climatologique comme la notion de dépression, me paraît terrifiant.

L'Interrogation des philosophes, sur ce qu'est l'humain » s'avère consubstantielle au moment où on décrit l'entité mélancolique. Il y a une espèce de consubstantialité entre la réflexion, l'interrogation sur la condition tragique de notre existence humaine et puis une préoccupation et presque une valorisation pour les figures de la mélancolie. A quel moment la mélancolie se trouve stigmatisée moralement et médicalement, on commence par ??, ; la stigmatisation morale c'est le 17^{ème} avec le rationalisme et on poursuit en faisant une stigmatisation médicale puisque la psychiatrie devient à ce moment là, une partie de l'hygiène publique, comme vous le savez, c'est le 18 et le 19^{ème} où finalement tout ce qui est du côté, alors bien sûr il va

y avoir une espèce de recyclage par le romantisme, mais c'est tout à fait subsidiaire, et mon avis c'est toujours la part d'âmes que s'octroie l'économisme, mais si vous voulez la stigmatisation médicale c'est au moment où il est question d'utilité, d'efficacité etc.. Pour être simple, je crois qu'on est dans une culture qui désavoue la valeur ontologique de la perte. Encore une fois, je ne suis pas pour une technique active qui pousse à la perte, mais la reconnaissance d'une part en nous qui est perdue et ça je crois que c'est très important.

On s'est amusé avec Pierre LECOISE à déconstruire le coaching, et c'est très important le coaching santé va remplacer les psy, les coachs santé vont remplacer les psy. On voit comment l'ombre portée de l'entreprise, des idées d'efficacité, d'utilité, de rendement, tombent sur la relation d'aide et la relation de soins. Il n'y a plus d'objet au sens analytique du terme.

Si vous prenez, et ça a été superbement commenté par Giorgio Agenes ??, et ça été repris par Jean Clair lors de l'exposition sur la mélancolie, au Grand Palais, si on prend la gravure de Durer, sur la mélancolie, vous avez une série d'objets éparpillés dans le cabinet des curiosités et puis un regard qui se détourne de tous ces objets et qui fait point de fuite. Qu'on peut retrouver dans d'autres tableaux de la renaissance, sous la forme de la question des vanités, il y a un point de fuite et la question qui se pose est « est ce que pour ces objets, constitue l'épiphanie de l'insaisissable ou bien est ce c'est ce point de fuite de l'insaisissable qui est constitutif de la création des objets. Et nous sommes dans une civilisation où on peut dire que la prolifération des objets vient de notre impossibilité à inscrire dans notre lien social et notre culture, la possibilité même de reconnaître ce point de fuite.

Pour le dire très simplement, on peut faire une prolifération du sens, des rêves, des comportements etc... et ce qui manque c'est l'essentiel.

Un très bel exemple de Winicot qui disait à propos d'une patiente pour laquelle il y avait à moment donné des périodes liées à de l'anorexie : « c'est elle qui m'a appris que la nourriture frustre de l'appétit, c'est bien pour ça que je n'interprète pas.

Ce qui donne une portée très pratique à la conduite des choses.

Si en sommes, il interprétait son anorexie du côté de ce que j'appelle la passion nihiliste, il en rajouterait une couche, il ferait du gavage... la question qui pose c'est « qu'est ce qui fait que dans notre culture, il n'y ait pas cette possibilité d'insensier une place vide.

Je pense à une très belle phrase de René CHAR ?? « à chacun de nos repas, nous invitons la liberté à s'asseoir, et nous laissons le couvert même si la place reste vide ». Je n'en dirai pas plus. C'est important qu'elle y soit cette place.

Madame ALEXANDRE

Dernière question

Quelqu'un de la salle

Bonjour, j'ai lu dans un livre d'Erenberg, sociologue, qu'il faisait l'analyse de la dépression, comme étant la mélancolie des temps modernes, et je voulais votre avis.

Roland GORI

Malgré quelques frictions assez rudes que nous avons eues, avec Alain Erenberg, sur cette question je suis d'accord avec lui. C'est ce que j'ai essayé de balbutier tout à l'heure, nous sommes dans une culture prise dans un idéal de performance. Si vous voulez pour aller vite, cette notion très peu scientifique de dépression, je prends un exemple de Philippe Pignard, vous voyez je cite des auteurs, avec lesquels je suis en

désaccord, lorsqu'il dit qu'entre 1978 et 1997, le diagnostic de dépression a été multiplié par 7, c'est pas de la rigueur épistémologique qui amène à ce diagnostic, c'est pas qu'il y a 7 fois plus de déprimés, c'est qu'on apprend aux psychiatres, à établir 7 fois plus de diagnostics de dépressions, ça fait c'est 7 fois plus de consommateurs potentiels d'antidépresseurs, pour aller vite.

Et c'est un point important car effectivement aussi bien du côté de la dépression que par rapport à ce rôle martyr de l'addiction, mais il y a d'autres choses aussi, on aurait pu prendre les troubles de l'hyperactivité chez l'enfant et les troubles de l'attention, qui ont été fabriqués sur le marché par la mise sur le marché de la molécule de la Ritaline du prénom Rita du chimiste qui l'avait isolée, d'avantage que la ritaline a été un médicament a des troubles de l'hyperactivité et des troubles de l'attention, c'est l'inverse.

Dans tous ces cas, on vient bien comment, les diagnostics psychiatriques comme celui de la dépression et les traitements psychiatriques naissent d'une niche écologique et par conséquent que la mode soit à la télépsychiatrie, à la TCC, au coaching, ça nous révèle quelque chose de la substance éthique de notre culture. De la même manière le diagnostic, de dépression ou le syndrome de trouble de provocation, ou trouble d'hyperactivité et troubles de l'attention, ce sont des symptômes de notre culture. On voit bien là comment les contres conduites nous révèlent la substances éthiques des normes qu'une société favorise à un moment donné.

Madame ALEXANDRE

Monsieur Jacques, je suis impatiente moi aussi tout comme Mr Guéride ??? de vous entendre parce que j'ai vu que vous allez traiter d'un sujet tout à fait passionnant qui est celui de la parole, ou de la place de la parole au côté de la substitution. J'ai été de ceux qui ont assisté à des débats tout à fait épiques pour ne pas dire à fleurets non mouchetés, les fleurets étaient des armes quasi sanguinaires entre les représentants de deux grandes tendances, qui aujourd'hui arrivent à s'écouter, à s'entendre et même à travailler ensemble. Et on me l'aurait dit il y a une quinzaine d'années, j'aurais pensé que c'était de l'ordre du irréalisable. Je vous donne la parole pour cette deuxième intervention.

Dr Jean Pierre JACQUES- Psychanalyste – Médecin fondateur du Projet LAMA, Bruxelles : “ Entre la douleur, l'ivresse et les neuromédiateurs, quelle validité pour les effets de la parole ? ”

Je remercie l'AMPTA de m'avoir invité, et je remercie tout particulièrement son Directeur Jean Jacques SANTUCCI. Je vais me livrer à quelque chose de difficile après un aussi brillant orateur.

Discours naguère hégémonique, aujourd'hui en crise de légitimité et de lisibilité, la psychanalyse, pourtant, pose des questions increvables. Par exemple : quels sont les effets de la parole sur le sujet ? Question magnifique qui force à franchir le fossé imaginaire creusé par une certaine psychiatrie contemporaine entre le corps et la parole. Selon celle-ci, le corps se traite par les médicaments psychotropes conçus sur le modèle ligand – récepteur, tandis que la deuxième, la parole, n'est recueillie que soigneusement filtrée par des questionnaires qui n'en retiennent que le standardisable. Le reste, la parole inquiète, bavarde, plaintive ou quérulente est abandonnée avec commisération aux psys parce que l'époque ne serait pas encore

tout à fait prête à se débarrasser des oripeaux préscientifiques. Il n'y aurait désormais plus d'autre vérité que celle des neuromédiateurs.

Or, au-delà de la parole du malade réduite aux pauvres échelles de Hamilton, il y a cette autre parole, celle aux effets discrets ou puissants, effets qu'aucun psychotrope, drogue ou médicament, ne peut égaler. Rappelez-vous, par exemple, pour ceux d'entre vous à qui cela est arrivé, les effets d'une déclaration d'amour sur votre être et sur votre corps, que vous soyez l'auteur de ces mots-là ou le destinataire. Y a-t-il un vin, une pilule ou une poudre pour produire ces mêmes effets d'exaltation, de surprise, d'emballement, d'égarement ? Effets qui peuvent d'ailleurs perdurer des années et vous conduire à fonder un couple avec votre interlocuteur !

Avant d'en venir à nos patients usagers de drogues, évoquons un autre exemple utile d'un effet éminent de la parole sur le sujet ou sur la pulsion, avec le corps comme médiateur. Ce n'est pas à Marseille que l'on rappellera les effets ravageurs de la parole d'insulte sur le corps d'un sportif à la 110^e minute ! Il faut pourtant garder à l'esprit que le corps du sportif, soumis à une discipline de fer, est bien mieux dressé que celui du citoyen ordinaire. Cela ne l'empêche pas, on l'a vu, de passer à l'acte, contre l'intérêt de l'individu qui l'habite, lorsqu'une parole, quelques mots malicieusement choisis par l'adversaire, viennent brutalement lever le refoulement des affects agressifs, dont le sport vise pourtant la sublimation.

La parole peut ainsi, à l'occasion, se brancher directement sur la pulsion. C'est cette propriété qui est d'ailleurs exploitée par la publicité ou la propagande, en court-circuitant la conscience réflexive, la soi-disant raison du sujet. Mais la parole n'a pas cette propriété à tous les coups. Reprenons l'exemple de la déclaration d'amour : elle peut aussi tomber à plat, laisser indifférent celui qui l'entend, voire celui qui la prononce, dans le cas du laïus donjuanesque ou de celui du comédien. Ce que j'ouvre là, c'est l'immense question de **l'efficacité symbolique**, pour reprendre l'expression de Claude Lévy-Strauss¹. Pour la suite de cette discussion, je postule que l'assemblée s'accorde sur le principe de cette efficacité symbolique, qui rend compte des effets thérapeutiques de la parole échangée, sous certaines conditions de cadre etc., entre le sujet et un autre non quelconque.

Mais resserrons notre propos, puisque nous avons à traiter des effets de la parole non pas dans l'expérience générale de l'humanité, ni même dans celle, plus restreinte, de la psychothérapie, mais dans le cas encore plus particulier de la **parole sous produit**. Quelle en est la validité, a-t-elle un effet quelconque, se doit-on de la prendre en compte ou non ?

Question annexe mais non moins essentielle : l'intoxication influence-t-elle, ou non, le discours du sujet ? Et son discours sous produit, est-il en mesure de produire des effets thérapeutiques, comme ceux qui sont attendus dans la cure du sujet non usager de drogues ?

J'estime que c'est une question cruciale, quoique rarement posée, me semble-t-il, alors qu'elle conditionne la pertinence de l'abord psychothérapeutique ou psychanalytique des sujets non désintoxiqués, y compris de ceux qui sont en traitement de substitution. La plupart des intervenants en toxicomanie, du moins en Europe francophone, adoptent sans y avoir réfléchi l'idée que les pratiques fondées sur l'écoute sont non seulement pertinentes et efficaces mais catégoriquement

indispensables dans la cure des sujets usagers de drogues même non sevrés. Rappelons cependant qu'il n'en a pas toujours été ainsi, mais nous laisserons l'histoire de côté.

Supposons qu'on réponde à ces questions, en gros, que la parole d'un sujet intoxiqué vaille tripette, autant dire : rien. Cela aurait pour conséquence indiscutable que, pour les sujets intoxiqués, toute psychothérapie ou psychanalyse serait superflue, et que l'offre d'écoute se contenterait d'exercer une mission compassionnelle, un peu comme on administre l'extrême-onction aux agonisants. L'idée de négliger la parole du sujet sous produit vous paraît saugrenue ? Songez à cette observation triviale, qui peut être réalisée dans n'importe que troquet vers 2h du matin : écoutez les propos du poivrot enivré, qui invective les étoiles, qui jure son amour à une dame qu'il ne reconnaîtra plus une fois dessoulé, qui promet de cesser de boire ou de renverser la gouvernement... Il y a bien là de quoi tenir en piètre estime la parole du sujet intoxiqué, n'est-ce pas ? Et le gestionnaire des deniers publics de vous interpellé : " Vous voudriez fonder sur une telle parole une pratique clinique ou un espoir de guérison ? ”.

Voyez déjà les esprits pratiques s'emparer de cette réponse pour faire faire des économies en réduisant à l'infiniment petit les subventions aux métiers de l'écoute par légitime souci d'un bon usage du trésor public. Ou pour en réserver le bénéfice aux sujets désintoxiqués, comme c'était le cas jusque dans les années '80. J'ironise à peine. La psychiatrie contemporaine d'inspiration anglo-saxonne s'oriente résolument dans ce sens. Depuis qu'elle épargne aux psychiatres qu'elle forme toute référence au freudisme et à la clinique de l'écoute sous transfert en général, la parole n'a plus d'autre valeur que résiduelle. Dans le champ de l'addictologie, un exemple entre mille, voyez le chapitre rédigé par les époux Washton sur le traitement ambulatoire de la dépendance à la cocaïne, qui figure dans la revue NIDA Research publiée par le très respectable National Institute on Mental Health aux USAⁱⁱ. Vous y constaterez qu'il n'y a plus aucune place même résiduelle pour l'écoute du sujet, sauf au stade de l'évaluation diagnostique, et que la parole ne circule plus que du thérapeute vers le sujet rencontré dans des " counselling sessions ", euphémisme pour désigner l'endoctrinement thérapeutique.

Je considère donc à ce stade que la question de la validité de la parole sous produit est pertinente et insuffisamment prise en compte. Je vais tenter d'en esquisser quelques aspects sans jargonner ni sans prétendre épuiser le sujet.

La psychanalyse comme méthode thérapeutique s'est fondée à l'aube du XX^e siècle en permettant une relance du sujet en proie à l'inhibition. La cure s'employait via la levée du refoulement à restaurer chez le sujet la capacité de jouir compromise par la névrose. La psychanalyse a donc été pensée à une époque dont les valeurs n'ont plus cours : épargne, sobriété, austérité, refoulement. En cela, la crise de la psychanalyse reflète celle de la norme et ses paradoxesⁱⁱⁱ.

Depuis le triomphe planétaire du capitalisme total^{iv}, un nouveau régime de valeurs s'impose, qui au minimum autorise la jouissance^v, voire contraint désormais à jouir^{vi}. Auparavant, c'est-à-dire il n'y a pas si longtemps, jouir était tabou. Non que les humains ne jouissaient pas, mais ils ne pouvaient se l'accorder que furtivement, dans l'intimité et la culpabilité. Le mode civilisationnel antérieur, celui de la modernité,

était marqué par l'épargne, la sobriété, l'ordre et le refoulement. A contrario, le mot d'ordre contemporain, celui de la post-modernité, c'est la jouissance, qui résonne comme le *Jihad* occidental. Jouir est bon. C'est le moteur de la croissance économique et du développement personnel. Il est probable que le discours psychanalytique ait d'ailleurs contribué au succès de ce nouveau paradigme en contribuant à démontrer les effets pathogènes du refoulement pour le sujet. " Nous sommes à un moment où l'interdiction le cède à la permission ", écrivait récemment un psychanalyste français éminent ^{vii}.

Mais qu'en est-il des effets du trop grand succès contemporain de la désinhibition, illustré par la montée de la violence, le succès de masse des usages de drogues et les autres envahissements de jouissance ? Autrefois, il s'agissait de faire face aux pathologies de la jouissance trop contenue, aujourd'hui, à celles de la jouissance permise, exhortée, envahissante et débridée.

A ses origines, la psychanalyse exerçait ses effets thérapeutiques par la levée du refoulement et de l'inhibition. " Tout dire " faisait surgir une vérité qui guérit. Avec la levée généralisée des inhibitions, avec la montée au zénith de la jouissance, l'enjeu de la cure se redéfinit drastiquement. Lorsque la jouissance devient l'aliénation, comment articuler un dire qui puisse contenir la jouissance et réguler la férocité de l'Autre ? Si autrefois, libérer passait par le dévoilement de la vérité, libérer passe aujourd'hui par des dispositifs destinés à pondérer les exigences dévastatrices des pulsions. Née dans le contexte de sociétés interdictives, la psychanalyse doit se renouveler pour rencontrer les sujets des sociétés " libérales, permissives, c'est-à-dire sans absolu " ^{viii}.

Ce renversement de perspective convoque le débat sur la fonction de l'interdit dans les affaires de drogues. Avec, je cite le même auteur, " la tentation que l'on peut repérer chez des psychanalystes, même et surtout de filiation lacanienne, quand il se risquent à intervenir sur les problèmes de société, de prôner le rétablissement de la loi pour le bien du désir, et en tous cas, quand ils sont plus réservés, de déplorer que cette loi ne se soutienne pas avec la force, l'impérativité qu'on lui a connue, et donc de témoigner d'une nostalgie. On pourrait peut-être dire que les psychanalystes, même ceux qui font les dessalés, conservent par-devers eux, en secret, une révérence, une piété, à l'endroit de la loi d'antan (...) ". Or, " le rayonnement de l'interdit relève d'une époque qui n'est plus la nôtre (...). Elle n'est pas si lointaine " ^{ix}.

D'où cette lecture de l'usage de drogues comme un Appel au Père, au rappel de la loi, signes d'une nostalgie rampante du patriarcat pourtant déglingué. Dans cette perspective, la parole singulière du sujet s'efface et voici le clinicien, pourtant d'inspiration analytique, surpris à tenir la conduite du sujet, transgressive en l'occurrence, comme le symptôme à traiter, ce qui l'amène à s'aligner - bien malgré lui - sur les thérapies de rééducation comportementales et sur le discours médical, voire policier. Comme ceux-ci, il cherche à se faire le maître du sujet, dans une tentative éreintante de venir au secours du surmoi, en méconnaissant sa puissante contribution au commandement "Jouis !".

Je vous propose d'illustrer ce débat d'une vignette clinique destinée à dégrossir la discussion sur une situation fréquente et embarrassante pour le thérapeute. Que fait et dit ce dernier lorsqu'il voit débarquer à son rendez-vous un patient saoul ou

défoncé ? Javier, un homosexuel de 28 ans, me consultait depuis quelques mois au nom de sa dépendance à l'alcool et au cannabis, qui avaient pour conséquence une obésité qui l'affligeait. Son symptôme analytique s'avéra être une disparition du désir sexuel, qu'il ne s'expliquait pas et dont il souffrait. Contrairement à son habitude, il arrive un jour saoul à la séance, saoul et honteux. Je décide néanmoins de le recevoir, plutôt que de rappeler la règle usuelle de la sobriété attendue de l'analysant pour la séance. Sous le bénéfice de l'ivresse, il évoque ce qu'il avait toujours tu de ses fantasmes qu'il déclare "pédophiles", dédiés aux jeunes adolescents mâles. Ces fantasmes le dégoûtent et expliquent sans doute, me dit-il, son aboulie sexuelle actuelle. Il bredouille donc l'hypothèse, que je reformule en termes freudiens, d'un conflit entre ses exigences morales et sa sexualité commandée par un fantasme moralement inacceptable. La solution névrotique de ce conflit consiste à anesthésier par le cannabis et l'alcool le désir sexuel, ou, ce qui revient au même, à déplacer sur ces produits, la ferveur de son désir pour s'éviter la confrontation à l'horreur de son fantasme pédophile. En d'autres termes, le choix de la dépendance aux produits serait un moindre mal et c'est l'ivresse qui l'autorise à me mettre au parfum, en surmontant par l'intoxication sa honte et sa pudeur.

Je clôture la séance sans prendre position sur ces élaborations quant à leur contenu, mais non sans lui dire qu'il a bu pour me parler de ça, que c'est ainsi, que l'analyste n'est pas là pour juger et que l'on reprendra ça prochainement, sans le recours à l'ivresse. Ce qu'il ne fit pas, consacrant les séances suivantes à d'autres affaires, notamment une ancienne et interminable querelle avec son frère.

Quelques séances après, Javier se rappelle avoir commencé à grossir démesurément vers ses 12 ans. Or 12 ans, c'est précisément l'âge de ces corps de garçons élus par son fantasme, c'est-à-dire le corps qui aurait du être le sien, s'il n'avait commencé à enfler, ce qui fut nommé de l'embonpoint. Javier, qui avait été bon élève jusqu'à cet âge de 12 ans tandis que son frère était mauvais élève, me dit alors, mot à mot : "Après, ce fut la rupture, je suis devenu un *élove*, euh un élève mauvais ; j'avais peur d'aller à l'école où on se moquait de mon embonpoint". Il conclut en découvrant qu'il avait troqué les bon points pour l'embonpoint afin de désarmer l'agressivité de son frère, voire de le séduire. Au cours des séances suivantes, deux autres lapsus le conduisent à poursuivre son élaboration. Il prononce "*masculanité*" là où il s'attendait à dire "masculinité". Je vous épargne les trésors d'élaboration qu'il déploya autour des signifiants *masse cul analité* etc. Une semaine plus tard, pour me remettre à ma place après une intervention inadéquate, il s'écrie "Je viens ici pour être écouté. Écouté mais non *digéré* !". Il paraît qu'il voulait dire "dirigé".

J'en reste là de ce cas, qui a par ailleurs terminé sa cure avec grand profit selon son propre bilan. Cette vignette prétend rendre compte de la fécondité, pour l'analyse d'un névrosé, du choix d'accueillir sous certaines conditions la parole délivrée sous ivresse. D'abord, et ce n'est malheureusement pas le cas le plus fréquent en clinique des addictions, ce patient, bien que dépendant de cannabis et d'alcool, venait habituellement sobre aux séances et la séance mise en exergue faisait figure d'exception. Ensuite, il s'agissait d'une psychanalyse en bonne et due forme, c'est-à-dire d'une clinique sous transfert. La pratique quotidienne avec les usagers de drogues, même en consultation psy', est rarement aussi formalisée.

Tout au contraire, et j'y reviendrai volontiers dans la discussion, l'essentiel des sujets chroniquement dépendants de substance ne sont pas des névrosés et s'inscrivent

plutôt dans des structures psychiques *hors Nom-du-Père*. Avec tout ce que cela comporte de déréglé y compris dans l'usage qui est fait du thérapeute et de son cadre.

Mais le recours à l'ivresse pour surmonter la pudeur, la honte ou le sentiment de culpabilité n'a rien de spécifique au névrosé, et serait plutôt trans-clinique. Au sein du sujet, l'ivresse saoule d'abord le senseur, qui surveille, reprouve et interdit, avec pour arme la honte ou la pudeur. Ce phénomène avait été repéré depuis longtemps et certains de nos collègues nord-américains avaient même décidé de l'exploiter. Afin de favoriser la cure, de surmonter les résistances du sujet et de faciliter réminiscences et élaborations, des thérapeutes américains comme Timothy Leary et Alexander Shulgin ont voulu expérimenter l'administration de substances dés inhibitrices sur des patients volontaires. C'est ainsi que le LSD d'abord et la MDMA ensuite, c.-à-d. l'ecstasy, sont entrés en contact avec la jeunesse américaine qui en a fait ensuite l'usage que l'on sait. Notez qu'il existe toujours dans le monde anglo-saxon des chercheurs qui préconisent le recours à ce type de substances pour stimuler la *talking cure*. Après tout, la prescription d'antidépresseurs de type dés inhibiteur ne s'inscrit-elle pas parfois dans la même perspective ?

Mais que vaut ce qui se dit grâce à l'effet dés inhibiteur d'une drogue ou d'un médicament ? Un autre patient, héroïnomane et paranoïaque, me disait ceci, aux premiers temps de nos rencontres qui se déroulaient alors qu'il consommait abondamment: " L'héro, c'est une drogue de tricheur. Ça permet de mentir sans rien sentir. Ça remplace des endorphines non méritées et de ne pas sentir les émotions ". Faisons le constat que disant cela, le patient renouvelle le célèbre paradoxe du menteur : " Tous les héroïnomanes sont des menteurs. Or je suis un héroïnomane, donc je suis menteur ", ce qui n'est pas sans intérêt. Surtout si l'on se rappelle ce que J. Lacan écrivait du mensonge : " l'Autre qu'invoque même mon mensonge pour garant de la vérité dans laquelle il subsiste ". Énoncé qui est suivi de celui-ci : " A quoi s'observe que c'est avec l'apparition du langage qu'émerge la dimension de la vérité ". Le mensonge fait partie de l'étoffe du transfert, trace de ce que ce qui se dit est tout sauf indifférent. Sinon, à quoi bon travestir ?

Dans le cas clinique que j'abordais, le patient poursuivait, au cours de la même séance : " On a voulu me traiter avec des neuroleptiques. Je n'en veux plus. Ça rend idiot, abruti, mais pas endormi ; c'est une perte de temps. Je veux garder le contrôle de mon bien-être et ne pas le confier à n'importe qui ". Enfin, la séance s'était terminée sur un cri de colère et de jalousie fraternelle avec ces mots : " Mon frère a mis des croix gammées sur la porte de sa chambre, mes parents n'ont pas été voir un spécialiste pour ça ". Quelle que soit la part de mensonge, de dissimulation, d'emphase ou de provocation dans ces paroles énoncées en état d'imprégnation, elles ont scellé l'entrée du patient dans la relation transférentielle et fourni le programme de deux ans de rencontres hebdomadaires, qui ont abouti, récemment à une demande de séjour thérapeutique résidentiel, qui semble très profitable.

Dans les questions de mensonge et de vérité, ce qui piège sans doute bien des intervenants en toxicomanie, comme on les appelle, c'est la part du paradigme abstinentiel^x qui infiltre l'idée qu'ils se font de leur mission. Dans un travail antérieur, j'appelais ainsi *paradigme abstinentiel* l'obsession de l'abstinence et la conception policière qui sous-tend les idéaux thérapeutiques, au détriment de l'écoute clinique. Lorsque le thérapeute cherche à vérifier la conformité du patient

qu'il écoute aux idéaux d'abstinence, voire de modération, il rate ce que le patient dit, balbutie ou claironne sur la logique inconsciente de son symptôme. Si la parole attendue dans la séance est de l'ordre de l'aveu, pour sûr il y aura méprise. Mais cela vaut tout autant pour le sujet névrosé non usager de drogues.

En définitive, le sujet ne sait jamais ce qu'il dit, il est parlé bien plus qu'il ne parle et le rapport de son dire à la vérité est toujours problématique, qu'il soit sobre ou imprégné. Si la cure de parole est en effet vectorisée par la recherche de la vérité, ce n'est pas comme l'enquête policière ou historique, une traque du factuel, une découverte et un recensement des événements objectifs, mais au contraire une prise en compte soigneuse et avertie du fantasme et de la réalité psychique, des ratages, lapsus et actes manqués, des énoncés du délire ou de la certitude paranoïaque, etc. Ce n'est donc certainement pas le lieu qui convienne au contrôle de l'abstinence, de l'état d'imprégnation ou d'intoxication. Il ne s'agit pas non plus d'être dupe lorsque le patient arrive ostensiblement ivre ou défoncé. Cet événement doit être accueilli comme tout acting out et je me permets de vous renvoyer à la distinction irremplaçable que l'on trouve dans le Séminaire X de J. Lacan^{xi}, lequel a proposé une conceptualisation différenciée entre l'acte, le passage à l'acte et l'acting-out, qui peut nous servir de repère. Rappelons, avec Cl. Balier, que l'**acting-out** est une conduite tenue par un sujet et donnée à déchiffrer à l'autre à qui elle s'adresse. A nous de nous débrouiller pour être cet autre, cette adresse.

L'expérience psychothérapeutique se conçoit parfois comme un travail de pensée à haute voix, la fameuse association libre. On objecte alors que l'ivresse, a contrario, viserait à abolir la pensée au profit d'une exaltation du corps jouissant et déserté par la pensée. D'ailleurs nombreux sont nos patients héroïnomanes qui nous rapportent qu'ils consomment de l'héroïne, ou tout autre psychotrope puissant, pour ne pas penser. Il m'a souvent semblé qu'il avait là un sérieux malentendu. La "pensée" dont ces patients cherchent à se délivrer par l'intoxication n'est pas la pensée que nous tenons en si haute estime, celle du doute cartésien ou de la perlaboration freudienne, mais la pensée qui s'impose à eux, cette sorte d'*hétéro-pensée*, de pensée venue de l'Autre, en un mot, l'hallucination verbale, l'automatisme mental, bref les phénomènes par lesquels le sujet impuissant est assiégé dans la psychose. Depuis la conceptualisation de la psychose ordinaire, un continent nouveau s'ouvre dans notre clinique quotidienne, et nous sommes nombreux désormais à reconnaître parmi les "toxicomanes chroniques" qui s'adressent aux institutions et à la substitution, différentes formes de psychose ordinaire, de cette psychose non déclenchée où le sujet est irréductiblement l'objet d'un autre malveillant, menaçant ou énigmatique. Je vous renvoie pour ces questions par exemple aux pages de mon ami Jean-Louis Aucremanne, publiées dans le livre que nous avons publié en avril dernier^{xii}. La fonction de l'intoxication, dans ces structures *hors Nom-du-Père*, serait donc de faire taire les hallucinations, à tout prix.

Pour ne pas en rester sur la psychose, je voudrais terminer en évoquant un autre cas clinique qui m'a beaucoup aidé à préparer ces réflexions. Cet homme de quarante ans me consulte pour d'effroyables cauchemars que ni son médecin traitant ni des doses considérables de méthadone et de somnifères ne peuvent enrayer. Il a autrefois commis les pires forfaits au nom de son besoin d'héroïne : cambriolages, attaques à main armée, pharmacies dévalisées, deal de toutes les poudres et même le meurtre d'un dealer albanais à qui il était redevable et dont il avait injecté l'héroïne qu'il était supposé revendre. De ses 16 à ses 25 ans, une vie de bandit, d'argent facile et de défonce constante, sans le moindre scrupule. Rattrapé par la justice, il purge quelques

années de prison et se range petit à petit à la sortie. Il rencontre mon collègue qui lui prescrit de la méthadone, à doses croissantes, pour tenter, sans y parvenir, de lui procurer l'apaisement et de pacifier ses nuits ravagées par l'angoisse. Après une dizaine d'années d'efforts partagés et de prescription de plusieurs centaines de milligrammes de méthadone par jour, le médecin et le patient décident de confier l'énigme à un psy. Lorsque je reçois cet homme qui sue d'angoisse à toute heure et qui s'éponge le visage sans relâche, il est fin prêt pour se lancer dans une expérience transférentielle, dont il n'avait pas la moindre idée auparavant. Après de très nombreux rendez-vous manqués, il en vient au vif de son affaire et me rapporte ses cauchemars, qu'il met sans difficulté en relation avec les crimes et délits commis dans sa jeunesse et dont la prison n'a pas suffi à lui permettre l'expiation. Il a décidé de me les raconter tous, même ceux que la justice n'a pas élucidés ou ne lui a pas attribués. Il attend de cette narration un accès vers l'apaisement, ce que je ne peux évidemment lui garantir. Nous sommes dans ce moment et j'ignore encore ce qu'il en résultera.

D'ores et déjà, ce cas soulève, mieux que tout autre, la question que j'ai mis au centre de notre rencontre. Comment s'expliquer que cet homme parvint si efficacement à endormir sa conscience morale avec l'héroïne et n'y parvient pas avec la méthadone, qui lui est pourtant prescrite à la louche ? Serait-ce uniquement une question de molécule ? La diacétylmorphine aurait des effets d'anesthésie du sentiment de culpabilité que la méthadone n'aurait pas ? Difficile à croire et d'ailleurs le patient n'y croit pas lui-même, car il a aussi observé lors de périodes de rechutes, que l'héroïne n'avait plus le pouvoir d'autrefois. De plus, à l'époque de sa délinquance, il lui arrivait d'alterner l'héroïne et la méthadone de rue, sans remarquer de différence flagrante. Exit l'explication matérialiste par une pharmacologie différentielle des opiacés. Ses remords seraient-ils un effet de l'incarcération ? Ce n'est pas exclu, quoique ils ne soient pas survenus pendant les années de détention, mais bien après et qu'il estime, avec un certain culot, qu'il a été condamné pour des faits qu'il n'a pas commis...

Il me semble plutôt que l'irruption du remords serait un effet inattendu de sa relation à son médecin traitant. Il a trouvé en celui-ci, et pour la première fois de son existence, un autre bienveillant, constant et fiable. Jamais ce médecin ne lui a reproché son passé pourtant gratiné, jamais il n'a lésiné son appui, ni sa disponibilité. C'est assurément ce médecin, par sa patience et son assistance persévérante, qui a introduit ce patient à la dimension du transfert et c'est dans ce transfert que le symptôme, auparavant étouffé par le passage à l'acte, a pu surgir jusqu'à devenir assez intolérable pour que la demande à un psy devienne possible. Certes, des années ont-elles été nécessaires pendant lesquelles le duo médecin – malade s'est échiné dans la recherche d'une résolution purement pharmacologique de la plainte, dont aucun des deux ne pouvait pressentir qu'elle était favorisée par la relation de confiance qui se construisait entre eux. Le médecin, en parfaite conformité avec les exigences de sa discipline, a tout essayé pour tamponner la plainte en saturant le patient de ses meilleurs médicaments et de litres de méthadone. En vain. Il est trop tôt pour savoir si les nouveaux efforts du patient, de se livrer à un psy pour se délivrer de l'excès de son sentiment de culpabilité, seront couronnés de succès, mais l'engagement de ce patient dans une cure de parole est particulièrement franc et déterminé. Déjà il s'avère que malgré une imprégnation massive en produit, le phénomène du transfert n'en est pas du tout contrarié, et je crois avoir montré avec

ce cas, qu'il est même favorisé par le dispositif singulier qui se met en place avec la prescription de méthadone.

J'en tire comme conclusion toute provisoire que l'ivresse ou l'imprégnation même considérable du sujet en produits psychotropes n'exclut pas le moins du monde la pertinence d'un abord dans le champ de la parole du sujet, sous condition de l'inscrire dans le transfert. Finalement, dans l'anecdote de mon introduction – rappelez-vous le pochard aviné vitupérant sans aucun bénéfice thérapeutique –, il conviendrait de trouver un façon d'inscrire ce monologue sans adresse dans une relation transférentielle pour qu'il ricoche sur le sujet jusqu'à lui parler, et lui faire sens, ou énigme. Mais c'est une autre question.

Concluons que dans la conception qui est la mienne, la "toxicomanie" n'est ni une abolition de la pensée, ni un symptôme de conversion, ni un trouble du désir, mais plutôt une "douleur traitée par un plaisir en excès", ce qui sera la définition de la toxicomanie que je propose. Notre tâche, pour être à la hauteur du défi, est alors celle-ci : comment faire parler une douleur, la singulariser et offrir au sujet les conditions d'un transfert qui rende à sa parole son poids et sa valeur ?

Je vous remercie.

ⁱ Cl. Lévi-Strauss, *Anthropologie structurale*, Plon, 1958, chapitre X.

ⁱⁱ Washton A.M. & Stone -Washton N., *Outpatient treatment of Cocaine and Crack Addiction : A Clinical Perspective*. In NIDA Monograph Series, N° 135, 1993.

ⁱⁱⁱ De Munck J. & Verhoeven M., *Les mutations du rapport à la norme. Un changement dans la modernité ?* De Boeck Université, 1997

^{iv} Dany-Robert Dufour, *L'art de réduire les têtes. Sur la nouvelle servitude de l'homme libéré à l'ère du capitalisme total*. Denoël, 2003

^v Miller J.-A., *L'ère de l'homme sans qualité*, *La Revue de la Cause freudienne*, juin 2004, n° 57, p. 72-97

^{vi} Charles Melman, *L'homme sans gravité. Jouir à tout prix*, Denoël, Paris, 2002 ; Jean-Pierre Lebrun, *Un monde sans limite*, Erès, Ramonville, 1997, ainsi que *Malaise dans la subjectivation*, Erès, Ramonville, 2001

^{vii} Jacques-Alain Miller, *Religion, psychanalyse*, in *Quarto*, n° 86, avril 2006, p. 12.

^{viii} Id.

^{ix} Id., p. 13.

^x J.-P. Jacques, *Pour en finir avec les toxicomanies*, De Boeck Université, 1999, p. 97 & 105

^{xi} Lacan, le Séminaire Livre X, *l'angoisse*, Le Seuil, 2004.

^{xii} J.-P. Jacques & Chr. Figiel, *Drogues et substitution. Traitements et prise en charge du sujet*, Ed. De Boeck Université, 2006. En particulier, le chapitre 10, " Parole, transfert, psychothérapie ".

DEBATS

Olivier THOMAS

On peut remercier Jean Pierre JACQUES, pour la clarté de son exposé, il pose bien la question qui était à l'origine la question qui était en débat au sein du groupe de l'AMPTA, la question du transfert. Et vous posez aussi la question essentielle de quel poids de la parole, sous ivresse, sous produit de substitution.

Je vais m'adresser à Roland GORI. Je voudrais orienter la question de l'oubli, se remémorer, se souvenir, oublier ?

Roland GORI

J'ai apprécié ce que vous avez dit et je trouve admirable que l'expérience que vous avez vous amène à ne stigmatiser ni l'abstinence ni la consommation. Et je crois que

c'est ce qui nous replace dans une perspective analytique, c'est un peu comme sur d'autres questions de société sur l'homosexualité, la homoparentalité etc...concernant la méthadone et les produits substitutifs, les analystes se croient obligés de prendre une position générale, ce qui est une aberration totale. A ce moment là, ils sont soit dans une stigmatisation morale ou une stigmatisation morale contre mais ils ont perdu la démarche spécifique qui est la nôtre. Ca me ramène à quelques années en arrière, ma première thèse et mon premier travail des patients alcooliques où la question se posait en terme de comportement c'est à dire de comportements d'imprégnation éthylique ou d'abstinence. Et ce qui me frappait, notamment le militantisme des buveurs guéris et de certaines associations qui s'occupaient de coaching des patients alcooliques et qui ne vivaient qu'à travers l'objet alcool.

Ça m'évoquaient aussi peut être et ça un rapport avec la question de la prise en charge des patients dits toxicomanes : c'est à dire qu'on a tendance à réduire nos patients, c'est ça aussi la psychiatrie vétérinaire ou la psychologie vétérinaire, cette pensée cognitivo instrumentale qui fait du sujet la somme de ses comportements. Alors que finalement on fait comme on peut avec ce qui se présente à un moment comme étant la position suggestive de quelqu'un dans une série de conduite. On sait depuis très longtemps avec des patients dits alcooliques, qu'il y a une espèce d'oscillation permanente, je l'ai vu au moment où ces patients étaient hospitalisés et que je travaillais avec eux, où vous avez dits « ils sont parlés » : ce qui était frappant, chez ces patients alcoolique c'est qu'en période d'abstinence, il n'y avait pas de parole en nom propre, ils étaient parlés, c'est à dire que la série de discours courants, discours social c'était ce qui était massif. On pourrait faire des groupes thérapeutiques avec ces sujets dits alcooliques, on avait parlé du mensonge alcooliques, de la mauvaise foi alcoolique, il y a eu des tas de thèses, parce qu'ils tenaient le discours que les autres attendaient d'eux. Ils sortaient en permission le week-end, ils se saoulaient et rentraient complètement ivres et c'était plus la période d'une parole de chameau pour reprendre la métaphore de ??? mais c'était la parole de lion. Ils disaient « je » mais dans une espèce d'ivresse de violence etc..

Ce que vous avez dit m'évoque aussi un film « un singe en hiver » où à un moment donné un buveur guéri (Jean Gabin) se trouve à devoir fréquenter Jean Paul Belmondo, qui est buveur actif qui va de beuveries en beuveries alors que lui ne touche plus une goutte d'alcool et qui commence à le faire rêver. Et la femme Jean Gabin pressentant qu'il va y avoir une crise lui dit « si ça te manque vraiment, tu peux prendre un verre ou deux » et il lui répond « tu n'as rien compris, ce qui me manque ce n'est pas le vin, c'est l'ivresse ».

Maxime D'ANTUONO

J'aimerais appuyer l'exemple que vous avez donné de ce patient qui est allé voir son médecin généraliste et donc la culpabilité qui ressort à ce moment là. On est confronté au quotidien, au CSST où je travaille avec Olivier THOMAS, à des choses très intéressante. Parfois, en tant que psychiatre, il est arrivé qu'avec un patient qu'on suit depuis longtemps, il se met à délirer alors qu'il ne délirait pas, on se dit qu'il y a quelque chose qui ne va pas, et on le « dé-soigne » et finalement, les effets de la paroles, c'est aussi chez ces patients psychotiques, il n'y a pas de manifestation apparentes, en tout cas au départ, l'effet transférentiel qui se produit dans l'institution, est à l'origine de ce « déclenchement ». Ceci reste psychiatriquement incorrect car on serait à l'origine de ce temps où le patient psychotique va manifester

sous un autre mode quelque chose d'ordre du phénomène d'élémentaire qui est là et qui surgit. Ce temps peut prendre plusieurs années. Il y a des patients qui lorsqu'ils sont arrivés rien ne nous laissait penser qu'ils pouvaient avoir une quelconque structure psychotique. C'est là aussi l'effet de la parole, on ne peut pas dire qu'on les rend malade, car si l'on prend du côté de la psychiatrie un patient qui délire il faut le soigner, l'effet de la parole c'est précisément cette rencontre avec la parole qu'ils viennent chercher, eux étant hors de cette parole là, ils peuvent supposer qu'ils peuvent rencontrer quelqu'un qui saura y faire avec eux dans ce lieu, et d'où la nécessité même qu'ils se mettent à délire, j'ai presque envie de dire (c'est une boutade), « on travaille contre la méthadone », c'est à dire ils viennent chercher une parole qui aurait l'effet inverse de ce qu'ils viendraient chercher avec la méthadone. Se « protégeant » avec le produit de la relation à l'autre, dans le fait qu'ils s'inscrivent dans cette relation transférentielle, il va y avoir cet effet là.

Jean Pierre JACQUES

Voilà une fort heureuse convergence, je vous invite en effet, pour les cliniciens qui sont au contact réguliers avec des patients étiquetés héroïnomanes, toxicomanes, à être infiniment plus vigilant qu'on a pu l'être autrefois sur la probabilité très forte de voir une psychose émerger, une psychose qui était parfaitement compensée notamment par l'identification au toxicomane et les pratiques qu'elle impose, qui est un des semblants possibles dont la psychose peut s'emparer pour se préserver de la fragmentation. Ça a des incidences cliniques considérables puisque notre responsabilité alors est néanmoins ne pas or mettre ?? du côté du déclenchement. Nous pouvons par la façon dont nous travaillons soit comme thérapeute, soit comme institution, favoriser ou non le déclenchement et je ne pense pas qu'on ait intérêt à le favoriser. Je pense qu'on doit pouvoir accueillir la parole délirante, il est extrêmement risqué de contribuer à précipiter un déclenchement. Je donne une illustration, c'est un cas qui remonte à il y a très longtemps, que j'avais publié en 2 fois aux journées de Reims, à l'époque céléberrimes, la première année, je suis venu présenter le cas d'une patiente que je pensais hystérique, sous le titre d'une question « ça ne se soigne pas », j'ai pu développer tout le cas, sans être en but à la moindre objection dans la salle et c'était pourtant remplie de collègues très attentifs et volontiers critiques, sous ce diagnostic d'hystérie. Dans l'année qui a suivi, elle a fait un déclenchement en bon et du forme, elle est arrivée à la conclusion d'une certitude paranoïaque absolument irrécusable qu'elle était la fille de Dieu le Père et de la Reine Fabiola, qui était la reine qui régnait à ce moment là. Vous imaginez le scandale pendant que le fruit des amours adultérines de la Reine de Belgique avec Dieu le Père, c'était le scandale le plus total qui soit pensable et elle avait donc toutes les polices du Royaume, y compris la police secrète à ses trousses et elle ne trouvait plus la paix nulle part sauf au début dans une église jusqu'à ce que même dans l'église, sa faute d'exister devienne intolérable et elle s'est suicidée. Et donc je suis revenue l'année suivante aux journées de Reims avec ce cas, réétudié de façon critique, c'était donc une psychose que j'avais parfaitement méconnu et ça nous a rappelé à tous ceux qui avaient réfléchi à ce cas en équipe, que rien ne ressemble plus à une psychose non déclenchée qu'une névrose un peu intense. Je pense que la façon dont j'ai conduit la cure, et je le dis en toute humilité, à pousser la patiente à déclencher et à finir d'une façon fatale. Je pense donc que notre responsabilité de cliniciens c'est, primo de faire l'hypothèse aussi souvent que nécessaire qu'il peut y avoir une psychose sous jacente, même si elle n'est pas

phénoménologiquement la psychose au sens où la psychiatrie nosographique nous autorise à l'identifier et deuxièmement de modérer nos interprétations, nos interventions de façon à ne pas faire flamber.

C'est une question clinique qui à mon avis est l'avenir de la clinique avec les patients toxicomanes, du moins pour ceux qui sédimentent en institutions, les grands chroniques ceux qui ont un pédigrée particulièrement spectaculaire.

Maxime d'ANTUONO

J'insiste mais ne pensez vous pas que le fait même de la question de la relation transférentielle, soit propice de toute façon, moi je n'aime pas le terme de « déclenchement », parce que justement, ça voudrait dire de mettre la responsabilité du côté du clinicien qui s'y prend mal, mais je dirais du fait même de l'existence de la parole qui est engagée dans la question du transfert, de fait la question de la manifestation psychotique sur le mode délirant est pratiquement, je ne dirai pas incontournable, mais à partir du moment où il ya quelque chose d'engagé du côté de la parole, le sujet va devoir s'y confronter. Je vois cela plutôt non pas comme une maladresse mais plutôt comme un état de fait, à partir du moment où cette question de la parole est là dans la dimension transférentielle, comment peut-on penser le sujet psychotique pouvant éviter cette rencontre là, donc obligatoirement l'entraîner vers un « déclenchement », entre guillemets car je pense que ce n'est que la continuité de ce temps du phénomène élémentaire qui est là (le délire). Ce n'est pas une aggravation de l'état psychotique mais une expression de l'état psychotique

Fin de la cassette 5 face B

Debut de la cassette 6 face A

Jean Pierre JACQUES

.....Blanc de cassette

qui peut nous ravir, alors on a tous comme ça dans notre clinique des petits « schreber » qui pourraient nous séduire et qui peut être dangereux. Il s'agit à la fois de pouvoir accueillir le discours délirant sans le sur-estimer, en gardant une certaine méfiance sur notre intérêt trop vif pour le discours délirant et pour l'interprétation qu'on voudrait en donner ou que le sujet en donne.

Ce qui nous paraît essentiel dans ce groupe de travail, dont je suis le porte parole en quelque sorte aujourd'hui, c'est de mesurer comment pour le sujet c'est un cataclysme que cette volonté de l'autre de lui nuire. Et le discours délirant est une tentative d'en rendre compte mais cette volonté de l'autre qui peut s'incarner dans le voisin, le parent, l'épouse, le magistrat..., cette volonté de l'autre de lui nuire est ce qui fait à la fois sa tragédie et qui l'expose à toutes sortes de dangers vraiment considérables. Comment pouvons nous par notre intervention plutôt modeste, réduire cette part de l'autre maléfique. Dans cette équipe du centre médical « Eladen ?? », ils sont arrivés à l'idée que le transfert duel est un facteur d'aggravation et que l'intérêt de travailler en équipe ; c'est de pouvoir disperser le transfert sur un certain nombre d'intervenants qui en jouent donc d'une façon moins menaçante, moins duelle. D'autre part, l'accès n'est plus du tout mis sur l'interprétation, mais au contraire sur ce qui peut réguler les excès de l'autre malveillant ou énigmatique.

Cela nous amène à une conception où en effet, le thérapeute n'est pas un objet neutre, qu'il porte une responsabilité, qu'il peut par ses maladresses produire des effets dévastateur ou au contraire par un certain réglage de son intervention, apaiser

des sujets profondément en danger, jusqu'à leur permettre une fréquentation de l'autre un petit peu moins persécutée.

Donc ça a des effets concrets et c'est important, il ne s'agit pas du tout de nier la psychose ni d'en empêcher l'expression, ni de vouloir tarir le délire, là on serait en effet du côté de la psychiatrie vétérinaire que nous sommes plusieurs à dénoncer, il s'agit de ne pas le surdimensionner. Je prends l'exemple d'un patient qui m'avait été orienté, un gars qui n'avait plus sorti ses poubelles depuis 3 ans, je ne sais pas si vous imaginez l'univers d'un être qui n'a pas sorti ses poubelles depuis 3 ans, qui reçoit tous les jours, d'un service de soins à domicile, son panier repas, qui le mange ou ne le mange pas, qui le met dans un sac poubelle et le laisse là. Un sujet qui a été immédiatement happé dans le transfert, j'ai pris soin de réduire la durée des séances, de réduire l'impact accordé à ses interprétations délirantes, de travailler par exemple la question de la sortie de la poubelle.

De mettre des autres en place, des travailleurs sociaux, de voir avec lui comment il s'y prenait pour parler avec eux, comment veiller à ce qu'il puisse réduire la part malveillante de l'autre à laquelle il contribue si fortement par son expression mélancolique qu'il manifestait ainsi. Un travail extrêmement concret qui a eu des effets spectaculairement apaisant alors qu'en revanche il m'appelait sur un autre versant, quand il m'a dit « je suis un sperme ovulé », c'est une formule formidable, si ça, ça n'est pas une forclusion du nom du père, j'aurais pu embrayer là dessus. Je m'en suis bien gardé, j'ai accueilli cette phrase là comme j'accueille les pages inombrables de cahier de 300 pages, je n'embraye pas là dessus sur la débauche de sens mais au contraire je travaille sur des choses concrètes par exemple les poubelles. Il sort ses poubelles 2 fois par semaine comme tous les citoyens.

Quelqu'un de la salle

J'ai deux questions, une que je ne vais pas poser car elle nous entrainerait très loin, et une que je vais poser. Je commence par celle que je ne vais pas poser : outre ce que vous évoquez très justement la question de la psychose non déclarée et où le sujet tient pour dire en ayant construit avec le toxique, son symptôme, je crois qu'on ne peut pas négliger non plus le cas où la cure met le sujet dans un certain état limite, justement avec la responsabilité forte de celui qui a oublié que c'était peut être pas seulement avec le psychotique que l'analyste était aussi le secrétaire du patient.

La question que je voudrais poser, c'est pas une question, c'est une difficulté. Je suis évidemment tout à fait d'accord avec vous pour dire que l'analyste il est là pour accueillir la parole du patient qui soit ou non sous produit. La question se pose avec une difficulté quand il s'agit non pas d'un produit mais d'un produit prescrit. Et je suis actuellement confronté très précisément, je travaille peu avec les toxicomanes mais ça m'arrive, plus avec des alcooliques, je travaille actuellement avec des enfants qui sont sous ritaline. Là on est devant quelque chose de difficile, qu'en plus la ritaline qui est prescrit aux enfants à la demande des parents, on est devant cet imbroglio. Et j'ai pendant très longtemps, penser « laisse ça de côté, ce n'est pas mon problème la ritaline ». Et puis on s'aperçoit, quand on arrive à ce que les médecins tolèrent des périodes de « fenêtres » thérapeutiques, de la richesse de ce qui vient émerger et qui est immédiatement opturé dès que le traitement reprend.

Moi je suis très géné, ça met en question tout le problème de qui donne le toxique ? on est beaucoup moins géné quand le toxique vient faire symptôme pour le sujet, vient gérer sa relation au grand autre, on est pas trop géné quand c'est un névrosé, on

est prudent quand il s'agit d'une psychose, par contre quand ça vient du sujet supposé savoir dans l'autre quel médecin, à ce moment là, je me demande si notre écoute est encore possible ? . C'est une question, je n'ai pas la réponse. Je ne suis pas intervenu encore dans le mode d'imposer l'arrêt du traitement mais dans les deux sujets que je suis actuellement, c'est un handicap important.

Jean Pierre JACQUES

La première impression que le cas que vous évoquez, suscite en moi, c'est que ces fenêtres thérapeutiques, sont des émergences de l'angoisse, alors que sous traitement médical, l'angoisse est circonscrite ou réduite.

La deuxième idée qui me vient, c'est que ce qui vaut pour l'un de vos patients ne vaut peut être pas pour l'autre.

Vous soulignez qu'en effet il ne s'agit pas de stigmatiser ni l'intoxication, ni l'abstinence, il m'arrive toutefois, de dire à un patient de dire « ce que vous dites, ça signifie que l'alcool ne vous convient pas à vous ». Ce n'est donc pas une prise de position sociétale sur l'alcool ni sur l'alcoolisme mais sur une façon de dire à un sujet « quand vous buvez, vous déprimez » et tout élan d'élaboration a tendance à s'infiltrer dans les sables et à disparaître. Et ce sujet entend ça très bien et comme il tient à sa cure parce qu'il est dans le transfert, il choisit plutôt l'élaboration en séance que le tarissement par l'alcool.

La même personne dans la salle

Les enfants l'entendent très bien le problème est de le faire entendre aux parents.

Jean Pierre JACQUES

Ca c'est le troisième point auquel votre intervention me fait penser. Un de nos collègues bruxellois, Pierre MALANGRO avait fait récemment une excellente présentation sur un enfant qui lui était adressé par les éducateurs du centre où il se trouvait parce qu'il cassait la baraque tout le temps. Et l'enfant ne voulait pas voir l'analyste. Et la cure qui a duré 10 mois, l'analyste nous en fait le résumé en disant : « pendant ces 10 mois, j'ai travaillé avec cet enfant, la question suivante : comment ce fait il que tu ne parviens pas à leur faire entendre que tu ne veux pas venir me voir » C'est formidable. Ce n'est pas du tout prendre la question du passage à l'acte, c'est de dire comment tu vas prendre le chemin de la parole auprès des autres qui en ont marre de tes conduites.

Sans investiger les conduites mais en voyant la capacité de l'enfant à parler, à prendre la parole, à dire « je ». Alors peut être il y a une piste de ce côté là, avec un ritalinisé : « comment pourrais tu faire entendre à ton médecin, que cette ritaline qu'il te prescrits pour tout un tas de raisons, ne te convient pas tout à fait, que tu pourrais faire autrement sans »... ça peut prendre un certain temps mais voilà peut être une piste, en tout cas celle que j'emprunterais personnellement.

Monsieur GORI

Simplement par rapport à ce que vous dites, le premier point c'est que de toute façon, à partir du moment où on a un patient en psychothérapie ou en cure, ce que l'on va dire on le dit sous transfert. Par conséquent la parole, ce n'est pas la même, ce n'est pas une parole sur la prise de drogues ou sur l'imprégnation éthylique, c'est une parole transférentielle et à partir de là, cette parole est la fois médicament et toxique. Alors si vous le permettez, j'aurais presque envie de vous poser la question : est ce

que votre interprétation concernant la conception selon laquelle à toucher aux sens, on risque de produire une éclosion psychotique, est ce qu'elle n'est pas elle-même contre transférentielle, c'est à dire est ce qu'elle ne résulte pas aussi de l'effet sur l'analyste du transfert qu'il peut voir s'actualiser avec un patient passionné de drogues. C'est ma première question et la deuxième c'est, on voit bien dans la prise en charge de patients qui s'alcoolisent ou de patients qui consomment des drogues plus ou moins dures, on voit bien la rivalité par rapport à ce médicament ou ce toxique que constitue la parole de l'analyste.

Le deuxième point, vous avez évoqué le délire, on aurait pu avoir aussi un débat théorique autour du délire et psychose. Tout ce qui est délire n'est pas psychotique. Et nous que avons toute une logique notamment dans la passion, c'est pour cela que j'aime bien toute cette hypothèse de logique passionnelle, qui ne relève pas à ce moment là de hors nom du père ou de forclusion mais plutôt du déni freudien ou de désaveu. Ce que ça m'évoquait c'est que ce n'est peut être pas la même chose les patients qui consomment de l'alcool, et des drogues y compris des drogues dures et qui se sont débrouillés pour négocier leurs symptômes de façon qu'ils ne sont pas pris en charge par des institutions pour des raisons objectives ou subjectives d'ailleurs, on a bien évidemment en cure ou en psychothérapie des patients qui consomment des drogues les plus dures, ce n'est pas la même chose ceux qui n'ont pas pu négocier avec ce symptôme et qui se retrouvent pris en charge par des équipes. C'est un point important et qui nous amène aussi à différencier là encore le rôle et la fonction de l'objet dans l'économie subjective de quelqu'un. C'est à dire ce n'est pas le produit qui fait le toxicomane.

On peut se demander s'il n'arrive pas aussi que des psychotiques ont trouvé, avant même de nous rencontrer, les moyens de se traiter avec de l'alcool ou avec de la drogue. Et que finalement dans le travail ça surgit mais ce n'est pas l'interprétation de l'analyste qui va conduire à des effets, mais c'est , et on oublie en fait qu'il s'agisse aussi bien du délire psychotique, du délire passionnel ou de l'alcoolisation, que c'est un moyen que les sujets trouvent pour essayer de se guérir.

Dès qu'on y touche, rien ne garantit que ce qu'on propose d'autre va avoir des effets bénéfiques.

Jean Pierre JACQUES

Sur les 2 derniers points, il y a me semble t-il pas de débat. Sur le fait que tout délire n'est pas pas délire psychotique, il y a l'excellent ouvrage de Jean Claude MALEVAL, qui a bien traité de cette question. Sur ce que j'ai dit sur l'extrême prudence à avoir face à un sujet chroniquement dépendant quant à l'hypothèse plausible d'une psychose sous-jacente, ça vaut pour les sujets qui s'adressent à des institutions, au sens stricte du terme, l'institution thérapeutique subsidiée par l'Etat, et il me semble qu'il s'adresse aux institutions justement parce qu'elles sont des offres d'un transfert multipolaires et non pas duelles. Il y a dans l'institution, quelque chose de l'anonymat, on tombe sur un thérapeute par hasard, on l'a pas choisit, on débarque à telle adresse, et on sait qu'on va avoir affaire à une équipe avec au minimum, un éducateur, un psychologue, une assistante sociale, un psychiatre ou un médecin...donc on est sur qu'on va pouvoir diffracter le transfert et donc d'en réduire la part persécutive possible. Donc je pense que les institutions sont bien en place et doivent s'attendre plus que les gens qui travaillent en situation de pratique libérale, à avoir dans leur clientèle ces sujets psychotiques non déclenchés. Et j'entends bien pour éviter tout malentendus, qui a ??? le diagnostic. Il s'agit bien de

la psychose au sens où l'entend une certaine psychanalyse et non pas la psychose où l'entend la psychiatrie.

Il y a eu aussi un excellent bouquin sur la querelle des diagnostics.

Madame ALEXANDRE

Je vous en prie.

Alain GAVAUDAN

Bien sur, j'apprécie beaucoup de ce que vous avez apporté tous les deux mais je vais poser une question volontairement provocatrice c'est justement la place de la psychiatrie dans les dispositifs de soins aujourd'hui. Il y a 20 ans, j'étais pas forcément convaincu que le dispositif de soins psychiatriques

CONTINUER LA RETRANSCRIPTION

Après midi

PLENIERE N° 4 : “ *PASSION DES DROGUES ET JEUNESSE* ”

Alain Madiouni, Chef de service, Psychologue

Les réflexions du groupe de travail dont j'ai été animateur se sont d'abord centrées sur le terme de jeunesse pour le différencier de celui d'adolescence.

La notion de jeunesse au sens sociologique définit une période de la vie qui se différencie de l'âge adulte. Tel que nous l'entendons, elle englobe bien-sûr la période l'adolescence que nous pourrions définir comme un ensemble de processus de changements qui conduisent vers l'autonomie.

L'idée qui a guidé le travail du groupe consistait à partir de nos propres questionnements ou des questions qui émergent de notre pratique pour élaborer un texte qui servirait de trame aux interventions en plénière des deux conférenciers.

Après avoir situé les travaux des intervenants, Thémis APOSTOLODIS et Jean-Jacques RASSIAL, nous avons pensé qu'il serait intéressant de mettre en regard :

- le discours des jeunes et leurs représentations de l'usage de drogue,
- le discours social (socio-politique) ou de santé publique,
 - le discours des professionnels.

Nous nous sommes donc proposés de travailler sur ce triptyque :

Discours des jeunes
Banalisation

Discours Social

Discours des professionnels

Est-ce que ces trois discours peuvent s'articuler ou s'excluent-ils ?

Dans le discours de jeunes, nous pourrions aisément repérer une forme de banalisation qui se traduit dans leurs conduites de consommations. Ils peuvent fumer du cannabis " au nez et à la barbe " des adultes. La position de l'adulte, ni même sa présence ne peuvent incarner l'interdit ou la loi. Ce qui motive leur consommation, ce n'est pas transgresser l'interdit que fixe la loi (y compris au sens pénal). La transgression semble ne plus être un repère pour les jeunes qui expérimentent ou consomment des drogues.

Le discours socio-politique et de santé publique met l'accent sur l'interdiction de l'usage et renforce la répression sans nuance entre les différentes modalités d'usage. C'est la drogue (et ses effets) et son statut illicite qui sont causes de tous les dangers. Est-ce que ce discours qui remet au centre " l'interdiction de consommer " suffit à prévenir, empêcher ou retarder les consommations ?.

Nous avons en France, la politique la plus répressive en matière de drogue mais comment comprendre alors la massification et la généralisation de l'usage de cannabis notamment ?

Nous faisons partie des pays européens où les niveaux de consommation sont les plus élevés.

Nous pouvons donc d'ores et déjà mettre en évidence une césure entre ces deux discours : celui des jeunes et le discours socio-politique.

Cette remarque ouvre une question :

Comment construire une politique publique de prévention dont les fondements prendraient en compte ce qui conduit les jeunes à faire usage des drogues ?

Les professionnels (de notre secteur) quant à eux considèrent que l'usage de drogues comme celui du cannabis peut servir à ne pas entrer dans la crise de l'adolescence.

Nous considérons également que l'usage de drogues ne peut se saisir que comme une des multiples manifestations de l'adolescence et des réaménagements nécessaires qu'elle engage.

En ce sens, le recours à la drogue n'a pas chez les jeunes de significations pathologiques en soi même si comme le dit Philippe JEAMMET : " c'est une période à risques spécifique " et qu'il peut accompagner la traversée de ce moment de la vie.

Voilà en quelques mots de nos réflexions que Messieurs APOSTOLIDIS et RASSIAL vont éclairer par leurs interventions.

Je souhaite remercier mes collègues pour la richesse et la complexité de leurs réflexions que je ne peux traduire ici mais aussi pour le plaisir éprouvé à penser avec eux.

***Thémis Apostolidis - Laboratoire de Psychologie Sociale Université de Provence
Chercheur associé à l'UMR 379 INSERM " Jeunes et cannabis : Représentations
et " idéo-logies "***

Bonjour, Je remercie l'AMPTA de l'invitation qui me donne l'occasion de partager avec vous une série de réflexion et de recherches à partir d'une pratique

d'observateur armé, c'est à dire de chercheurs, de psychologie sociale de la santé où depuis quelques années, je me suis penché sur les problèmes de la jeunesse et de la santé et tout particulièrement le cannabis et les rapports des jeunes au cannabis par rapport à un certains nombres de critères que je vais expliciter par la suite. Il est important de situer ma place, je ne pratique pas mais je travaille avec beaucoup de professionnels et ce qui m'a beaucoup questionné c'est que les recherches et les résultats de ces recherches peuvent amener à déplacer les problématiques de santé publique et de prise en charge. C'est à dire la production des données scientifiques comme support pour réfléchir sur le phénomène des questions qui nous sont posés et c'est dans cette optique là que je présente aujourd'hui cette contribution ouverte au débat " jeunes et cannabis : représentations et idéo-logies "

Je reviendrai sur ce dernier mot idéo-logies et pourquoi le cannabis lorsqu'on le regarde en tant que phénomène social nous renseigne pas seulement sur les rapports que les jeunes entretiennent la substance mais aussi les rapports que la société adulte a avec sa jeunesse ou encore sur les rapports que les jeunes ont entre eux à partir de l'utilisation du cannabis. C'est dans cette double logique, comment l'objet cannabis peut être un objet qui nous permet de voir comment on construit la jeunesse en tant que catégorie sociale et comment les utilisations et les usages cannabis nous permettent de réfléchir sur les modes de sociabilité que développent aujourd'hui. Ce terme vient de l'anthropologie et plus particulièrement de " Marcogé " de l'anthropologie médicale qui explique comment le travail que l'on se fait sur les représentations comme la santé, la maladie, les risques sont une piste pour nous permettre de voir les rapports sociaux. Parler de santé ce n'est pas seulement parler de son corps, c'est parler aussi de son état social, ses rapports avec les autres...

C'est dans cette logique là, et dans cette inscription théorique que j'ai choisi le cannabis comme objet et je vais expliquer pourquoi. Tout d'abord une vérité commune et je puis la travailler comme la jeunesse et le sida, c'est que aujourd'hui en France, la santé des adolescents et des jeunes représente un enjeu de santé publique sous la pression dirimante du débat social, scientifique, politique, ... On n'est pas très serein lorsqu'on traite de ces questions là, puisque aujourd'hui la jeunesse et sa santé représente un véritable enjeu politique, idéologique.

Parmi les questions prioritaires en termes de demande sociale, l'usage de cannabis au sein

de ces populations est posé comme étant un problème majeur pour la prévention et l'action socio-sanitaire.

C'est une préoccupation prioritaire, et l'ouverture des accueils cannabis ici et là, montrent comment ce type de problématique est central dans la façon dont se développent et sont financés les politiques de santé publiques. C'est dans ce contexte que je me suis intéressé au cannabis.

Pourquoi le cannabis ?

Quel est l'intérêt de cet objet dans une perspective psychosociale ? Le cannabis est un objet conflictuel qui nous permet d'analyser au delà de la question de l'usage et de sa dangerosité.

Plus globalement un état de société.

Je vais essayer de vous montrer comment le cannabis est un objet de focalisation.

Depuis 10 ans environ, 1998, depuis l'apparition de la notion de substance psychoactive dans le champ social, le cannabis est devenu objet de focalisation, on en parle et je vous inviterai à un petit voyage à travers la presse, pour vous montrer comment on focalise.

Deuxième aspect, le cannabis est un objet polémique, il y a des prises de position, des attitudes qui s'affrontent, un vrai débat social, pas uniquement autour des questions de santé publique. C'est un débat qui a débordé ces questions là et est devenu un débat d'enjeu politique. Cette caractéristique d'objet polémique est aussi à comprendre en relation avec ce que Peretti Wattel dans son approche sociologique a remarqué depuis fort longtemps c'est à dire qu'il faut admettre qu'on est dans un contexte où il y a incertitude sur la dangerosité du cannabis, sur les effets de cette substance etc...

Bien évidemment depuis quelques années, nos connaissances progressent mais elles sont loin, selon moi, d'être concluantes, dire qu'il y a un état scientifique qui nous permet d'évaluer de façon objective la dangerosité de cette substance. Cette incertitude scientifique contribue beaucoup à l'aspect polémique du cannabis.

Enfin, le cannabis est un objet " idéo-logique " (correspondance entre l'ordre des idées et

l'ordre des rapports sociaux), c'est à dire que ça nous permet d'aborder beaucoup plus globalement des questions de société et de rapports sociaux. Les idées que l'on se fait du cannabis, les représentations que l'on en a ne nous renseignent pas sur la substance à proprement parler mais aussi sur les rapports sociaux.

Rapports entre adultes et jeunes et rapports entre jeunes entre eux.

Cet élément est important car ça permet de justifier pourquoi étudier les représentations.

Pour essayer de vous expliquer plus précisément, je pense à l'exemple de Pierre BOURDIEU dans son livre " ce que parler veut dire ", par rapport à la conduite alcoolique.

Si l'on définit la conduite alcoolique comme une tare héréditaire ou comme une habitude culturelle, ou comme le signe d'une déchéance, voire le signe d'un génie, je dirais les attitudes que l'on aura à l'égard de l'alcoolisme et de l'alcoolique sont totalement différentes. Les mots qu'on utilise pour parler des choses ont un sens et une fonction pratique : c'est de pouvoir travailler sur la structuration des rapports sociaux. Je pense qu'il ne faut pas sous estimer cette fonction du langage et des mots que l'on utilise, puisque nommer les choses d'une certaine façon c'est essayer d'instituer un rapport social.

J'ai découvert quelque chose qui m'a beaucoup gêné depuis que je travaille sur le cannabis c'est qu'on a du mal, en France tout au moins puisque ce n'est pas du tout le cas dans la littérature scientifique internationale, de considérer par exemple l'étendu de l'usage, au niveau des déclarations bien sûr puisqu'on ne connaît rien d'autre, on ne sait pas si la consommation a augmenté en France, soit dit en passant on ne travaille que sur les déclarations, on sait que les jeunes déclarent plus consommer. Mais on ne sait pas vraiment beaucoup de choses sur les consommations. J'insiste là dessus, les enquêtes épidémiologiques sont des enquêtes déclaratives qui nous renseignent sur l'augmentation des déclarations et pas forcément sur l'augmentation des consommations. Et ça me paraît important.

Mais je reviens sur ce qui m'intéresse ici. On a du mal à considérer et à prendre en compte lorsqu'on travaille du point de vue scientifique, le fait que le cannabis, il y a dans les enquêtes répétitives de l'OFDT, du Comité Français d'éducation pour la santé, bref dans tous ces relevés épidémiologiques, que plus de 50 à 60 % des jeunes, déclarent avoir consommé cette substance au moins une fois. Cette question est importante car lorsqu'on est sur des pourcentages aussi élevés 50 - 60 % , il est intéressant de se dire qu'on est face à des comportements à tendance majoritaire. Et en général, on ne prend pas cela en compte et je ne sais pas pourquoi, par exemple depuis peu, je travaille sur cette problématique en essayant d'écrire des articles à partir de ce que nous faisons notamment dans le cadre du travail que je fais en collaboration avec l'AMPTA et je vois que mes collègues anglo-saxons parlent beaucoup de cet aspect à, c'est à dire commencent par quelque chose qui peut choquer certains d'entre vous, par le fait que l'usage contemporain du cannabis dans les sociétés européennes est un objet normalisé et commun, car il y a un grand nombre de jeunes qui déclarent avoir consommé cette substance. Je met normalisé et commun entre guillemets puisqu'on s'arrête sur cette idée la banalisation c'est à dire la norme statistique, 50-60 % déclarent consommer et on ne cherche pas forcément à comprendre " est ce que cette norme statistique est couplé d'une norme culturelle c'est à dire de changements, des modes de perception, des modes d'appréciation du produit et de signification de ce que le produit peut avoir dans et par sa consommation chez les jeunes. Cela nous permettrait peut être de poser une question, si d'emblée on pose l'usage de cannabis comme un problème de type pathologique, vous devez vous dire qu'on pathologisme d'emblée une grande partie de la jeunesse voire la majorité de la jeunesse. Ce qui est problématique puisque de mon point de vue, c'est loin d'être le cas et d'un autre côté ça nous permet de voir aussi qu'on est là dans la répétition. C'est à dire dans ce que différents collègues qui travaillent sur l'adolescence et je songe à des collègues canadiens qui travaillent sur la façon dont le discours public et notamment en matière de santé, se construit par rapport à l'adolescence c'est à dire que la jeunesse est toujours présentée comme une catégorie soit en danger, soit dangereuse. Je suis parti de ce principe là, c'est à dire qu'à partir du moment où tant de personnes déclarent consommer, il faudrait peut être chercher à comprendre pourquoi ils consomment, autrement dit adopter une démarche compréhensive c'est à dire non pas cautionner, ce qui n'est pas le but d'un chercheur, mais d'essayer de comprendre ce que j'appelle les ressorts psychosociaux qui sont derrière la consommation, les significations associées à cette consommation ...

Donc je vais vous présenter certaines choses qui cherchent à articuler des matériaux qui puisent dans les analyses de presse ici, des recherches où j'essaie de mettre en lien différentes données qui nous permettent d'avoir une image beaucoup plus globalisante.

Diffusion d'un Diaporama

- Depuis la fin des années 90 en France, le cannabis constitue un " objet de focalisation " (débat social, pratiques institutionnelles).

-Deux attitudes polarisées :

- La banalisation
- La diabolisation

Un exemple : le cannabis fait régulièrement la " UNE " de différents quotidiens nationaux de façon signifiante

Focalisation et " normalisation "

Libération 24/02/2001

Focalisation et “ métaphore guerrière ”

Figaro, 2/02/2005

Au delà du cannabis en tant qu’objet privé de consommation, le cannabis est un objet public et vous voyez que cette focalisation ne se traduit pas du tout avec la même attitude entre le figaro et libération. Avec le Figaro, on voit revenir cette métaphore guerrière, c’est ??? qui a trouvé ce mot lorsqu’elle parlait de la maladie, il faut déclarer la guerre à la maladie. Mais ce n’est pas uniquement la presse qui est dans cette attitude de focalisation, mais aussi les politiques publiques.

Par exemple un extrait de la Loi de Santé Publique (Modifiée en 2003).

Le chapitre II du titre Ier du livre III du code de l’éducation est complété par une section 10 ainsi rédigée : “ Prévention et information sur les toxicomanies

“ Art. L. 312-17. - Une information est délivrée sur les conséquences de la consommation de drogues sur la santé, notamment concernant les effets neuro-psychiques et comportementaux du cannabis, dans les collèges et les lycées à raison d’au moins une séance annuelle, par groupes d’âge homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire ainsi que d’autres intervenants extérieurs conformément à l’article 9 du décret n° 85- 924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d’enseignement. ”

Pourquoi rajouter un article “ prévention et information sur les toxicomanies ” et la seule substance nommée est le cannabis . Voilà un autre aspect de la focalisation. Pourtant en France on a d’autres problèmes avec les substances psychoactives notamment l’alcool.

Deuxième aspect :Le cannabis : éléments de contexte (2)

- Une substance “ controversée ” dans la communication sociale qui devient un objet polémique, qui doit nous interroger beaucoup car lorsqu’il n’y a pas consensus, lorsque les gens ont des représentations différentes, lorsqu’il n’y a pas d’accord sur les dangers, les risques, comment voulez vous lorsqu’on parle aux jeunes, on peut avoir un discours cohérent d’une part et d’autre part comment voulez vous que les jeunes ne développent pas ce qu’on appelle (Peretti Wattel en a parlé depuis longtemps), les attitudes de déni du risque chez les consommateurs de cannabis.

Moi ce qui m’a intéressé en analysant la presse c’est comment sont diffusées, relayées les connaissances scientifiques concernant les effets et la dangerosité de la substance. Je vous le disais depuis quelques années, on a de nouvelles connaissances, néanmoins on est largement dans l’incertitude et cette incertitude se traduit par une polémique sociale qui doit nous faire réfléchir puisque vous pouvez vous douter si je présente ces données que la diffusion de connaissances scientifiques n’est pas du tout faite de façon carrée, homogène, et chacun parle de ce qui l’intéresse

1er exemple : La diffusion de l’information concernant l’expertise de l’INSERM sur le cannabis (22 novembre 2001)

Le Monde 23 novembre 2001 “ une étude de l’inserm relativise les dangers de la consommation de cannabis ”

Le Figaro : le même jour “ les dangers du cannabis reconnus ”

Ils ont tous eux le même rapport et ont tous eu la même expertise cependant la façon de relayer l'information n'est absolument pas du tout identique.

Ca doit nous faire réfléchir sur le statut social de l'objet cannabis mais qui n'est pas une exception, puisque tout au long où la presse diffuse ces dernières années, les connaissances scientifiques sur les dangers du cannabis, on assiste au même phénomène à la même diffusion de type idéo-logique.

2e exemple : La polémique sur la dangerosité du cannabis au volant

Figaro, 30/11/2005 “ près de 40% de jeunes morts au volant avaient fumés du cannabis suite à une recherche... ”

De son côté, Libération, 3/10/2005 “ drogues au volant, Matignon tousse, le gouvernement est gêné par une étude relativisant la dangerosité du cannabis au volant ”. Et lorsque vous regardez les articles scientifiques concernés, vous voyez bien dans les deux cas, qu'on va tirer vers ce qu'on avait envie de dire et de faire dire à ces résultats, qui sont loin d'être généralisables etc..

Vous voyez que c'est une des caractéristique importante du phénomène cannabis en tant que phénomène social, cette espèce de polémique qui va même jusqu'à dénaturer les accords de la recherche scientifique, à les polariser, à les instrumentaliser.

Vous avez parlé tout à l'heure de la loi, qui m'intéresse beaucoup aussi puisque je me suis intéressé au cannabis en tant qu'objet de tension normative, ce que j'ai appelé le conflit puisque lorsqu'on prend en compte combien de gens consomment ou déclarent consommer, force est de constater qu'on peut qualifier le cannabis de tension normative car il y a un décalage entre la loi, “ ce qui doit être ”, entre la norme des pairs, “ ce qui est conforme à la majorité de cas ”).

Ce décalage me paraît important et je pense qu'on aura l'occasion d'y revenir pendant le débat, puisque j'ai entendu tout à l'heure que le cannabis c'est la fonction de l'interdit, mais ce n'est pas que cela puisque aujourd'hui on assiste à une culture de pairs. Pour moi le cannabis constitue un opérateur “ idéo-logique ” pour comprendre comment la prise de position par rapport au cannabis est au cœur du débat social d'une part, et d'autre part pour illustrer comment la construction de la jeunesse en tant que catégorie sociale passe aussi par le discours social sur le cannabis.

Un autre exemple “ le cannabis s'installe dans la campagne présidentielle ” 27/03/2002, où l'on voit Jospin tirer sur un pétard. On passe au delà des questions de santé publique pour s'inscrire dans d'autres questionnements et je pense que ce type de polémiques vont être de retour dans le débat social.

Mais ce qui m'intéresse le plus c'est de voir comment les explications sur la vulnérabilité des adolescents face au cannabis et la construction sociale de la jeunesse ...

Je vous invite à lire un article paru dans le très prestigieux “ Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 186, N°2, 2002; document annexé au rapport du Sénat sur la dangerosité des drogues ” où Monsieur CONSTANTIN va finir son article en disant : “ L'adolescence et les quelques années qui la suivent constituent une étape très sensible, critique, de la vie de tout Homme. (...) c'est l'heure où se structure, s'affirme la personnalité, où s'effectuent des choix déterminants, où le besoin de transgression des interdits ou simplement de désobéissance est fort, où l'esprit

grégaire se développe, où l'adhésion aux modes s'opère, où la sexualité se découvre et s'assouvit souvent, dans le contexte des MST. (...) Ces données jointes à d'autres non examinées ici, loin de relativiser la psychotoxicité du cannabis le parent de tous les attributs de la drogue (...) etc

Pour avoir été un de ceux qui ont travaillé sur les sida et les jeunes depuis les années 90, je me suis dit que la focalisation du danger du sida autour de la jeunesse, représentait d'avantage les préoccupations des adultes vers l'image des jeunes, plutôt que la réalité épidémique de cette maladie. D'ailleurs vous savez qu'aujourd'hui c'est entre 35 et 40 ans l'âge moyen de nouvelles contaminations pourtant on continue à parler du sida et des jeunes, comme si les autres groupes sociaux notamment le groupe social auquel nous appartenons certains d'entre nous ici, soit préservé au moment même où on observe vraiment la réalité de la diffusion de la maladie.

Vous voyez cette idée là qui revient en force : le jeune, l'adolescence y compris qui assouvit sa sexualité dans un contexte de MST, pas besoin de faire un commentaire du texte, il parle de lui même.

Parler du cannabis, pour parler en fait de la jeunesse et construire la jeunesse en catégorie sociale, le point de vue scientifique est pris en compte dans la formation des politiques publiques aujourd'hui. Je pourrais continuer des heures mais je voulais montrer qu'en picorant ici et là, tout cela prend du sens

Ce qui m'a intéressé aussi c'est de voir du côté des adolescents et des jeunes ? comment le cannabis est représenté en tant qu'objet et comment la polémique sociale se traduit en terme de représentations notamment sous la labellisation de la substance en paquet drogues et sous la construction des risques concernant la substance. J'ai cherché à approfondir cette idée posé par PERETTI WATTEL à partir de du " déni des risques "

On voit très bien et c'est un article que l'on a publié dans une revue anglosaxonne, autour d'un travail que l'on a réalisé avec mes étudiants sur la façon dont la perception des risques liés au cannabis est un état de représentation qui est traversé par la polémique en ce qui concerne la labellisation du cannabis en tant que drogue.

On voit par exemple dans le premier facteur autour de ces opinions là, on observe le phénomène de déni du risque montré par Peretti Wattel, et la polarisation autour du déni des risques liés au cannabis (dire par exemple que vous n'avez pas de problème psychologique, que ça ne vous empêche pas de travailler..., bref un certain nombre d'opinions comme cela) est essentiellement structuré à travers cette item numéro 5, c'est à dire " est ce le cannabis est une drogue "

La prise de position sur cette question là, nommer le cannabis en tant que drogue, qui est au cœur de cette appréhension de déni de risques liés au cannabis.

Cette question de labellisation que je retrouve dans un autre travail, d'ailleurs réalisé avec l'AMPTA dans le cadre du stage de Florence SOULE, publié dans la revue Addict ??? où on a montré que la vision du cannabis comme une drogue peut nous permettre de prévoir l'initiation précoce du cannabis chez les adolescents. On a travaillé avec des collégiens (15 ans en moyenne), un collège marseillais, on a eu un échantillonnage quasi exhaustif des personnes inscrites en mettant en place un dispositif qui nous a permis de rassurer les adolescents sur l'anonymat de leur réponse. Sur les 282 personnes, 48 % ont déclaré avoir consommé du cannabis ou

consommé régulièrement, 10 % de ces 48%, au moins quotidiennement. Et on a vu que cette idée de dire que le cannabis est une drogue est une façon de se représenter la substance qui est derrière les attitudes d'initiation de consommations.

Cette enjeu de labellisation du cannabis comme drogue, me paraît très important et c'est pour ça que je disais tout à l'heure que je renvoi dos à dos diabolisation et banalisation puisque c'est important de se dire peu importante la dangerosité ou la moindre dangerosité de la substance, d'affirmer du point de vue professionnel, cette substance est comme toutes les substances psychoactives, elle est une drogue. Puisque cette question du déni du risque s'enracine derrière cette idée de considérer que le cannabis n'est pas forcément une drogue, ce serait une drogue douce ... bref la place particulière et ambiguë qu'occupe cette substance.

A partir de travaux d'entretiens, nous avons pu comprendre comment pour les jeunes, les deux substances qui étaient à part par rapport aux drogues, c'étaient l'alcool et le cannabis.

Cette différence était la suivante, vous devenez drogués à ces substances, non pas parce que vous les consommez mais parce que vous les consommez d'une certaine façon.

Les gens disaient si vous consommez du cannabis seul, c'est vrai vous pouvez devenir quelqu'un de dépendant. Mais si vous consommez le cannabis avec des amis, là c'est plutôt de la convivialité.

Sur les ressorts psychosociaux des usages contemporains Les modalités d'usage structurent fortement la perception des risques et les significations associées à la consommation :

le " fumer convivial " (occasionnel et collectif).

le " fumer problématique " (quotidien et solitaire).

Une forme d'évolution des critères de perception et d'appréciation de la dangerosité de la substance, ancrée dans les modes de vie et de culture de groupes (e.g. savoirs concernant les modes de socialité, " d'être ensemble ").

Un de mes étudiant a réalisé un travail il y a deux ans avec des élèves de CM2, les jeunes disent le cannabis c'est mauvais, c'est une drogue... ils ont un discours très normatif et en même temps quand on demande à ces enfants pourquoi on consomme du cannabis, ils vont dire pour faire comme les autres, pour s'intégrer dans un groupe, pour mieux communiquer, pour être dans la convivialité. Autrement dit très tôt, il y a cette association entre la substance d'une part et ses fonctions dans les rapports entre interpersonnel et sociaux de l'autre.

Cette " norme culturelle " montre qu'au sein de certaines " cultures jeunes " le cannabis commence à occuper cette même place " singulière " et " ambiguë " qu'occupe depuis longtemps l'alcool dans notre société (le " bien-boire " et le " boire alcoolique "; extension de la " norme implicite " des adultes ?).

En terme de jugement social, le " bien boire " et " le boire alcoolique " sont là pour nous montrer qu'on est dans une société très consommatrice et permissive d'alcool malgré que l'alcool cause beaucoup de dégâts et de débats au niveau social, sanitaires...

Qui aurait osé qualifier Sartre d'alcoolique, pourtant il disait lui même qu'il n'écrivait pas sans sa bouteille de...

Qui aurait osé accuser Johnny Hallyday de toxicomane pourtant j'ai son interview dans le Monde il y a peine 10 ans, où il parlait de sa consommation quotidienne de cocaïne.

Donc je dirais que lorsqu'on travaille du point de vue social, la question du jugement social, ça nous montre que ce n'est pas la consommation de la substance, mais c'est le type et le statut de la personne qui consomme qui est derrière la question de ce jugement social.

On est face à ces nouvelles cultures qui distinguent le fait d'être seul et le fait d'être en groupe, on assiste à ce que j'appelle la " norme implicite " des adultes. Ce n'est pas du tout dans la transgression de la loi du père, c'est une extension de la loi du père.

On va appliquer l'objet et cette loi ambiguë à d'autres objets, qui vont prendre la même place que l'alcool, jadis et encore aujourd'hui, dans notre société.

Je pense que si vous lisez bien les travaux sociologiques sur la question, beaucoup de consommateurs qui sont dans le déni des risques, s'appuient sur cette place ambiguë de l'alcool dans la société des adultes.

Deux remarques pour conclure ...

Un constat transversal : le caractère normatif de la construction des représentations du cannabis (un état représentationnel révélateur et symptomatique d'un état social). C'est une première question qui nous permet de désenclaver le débat sur la jeunesse et le cannabis pour essayer de faire un phénomène plutôt sociétal.

Deuxième aspect important c'est la construction sociale du cannabis et ses enjeux " idéo-logiques " (cannabis et construction de la jeunesse en tant que groupe dangereux et/ou en danger; cannabis, " cultures jeunes " et socialités entre pairs).

Il faut prendre en compte ces aspects là.

Voilà ce que je voulais dire.

Monsieur VINCENT

Merci Monsieur APOSTOLIDIS, vous avez respecté le temps ce qui nous permettra de débattre. Alain, Monsieur Rassial, est ce que vous avez besoin de rajouter quelque chose ?

Après, donc la parole est à la salle.

Monsieur ZURBACH

Thémis, Merci de ton exposé.

Je voudrais quand même apporter un petit bémol par rapport à ce que tu présentes, même si c'était pas le thème, mais il me semble que par rapport à ce que tu présentes, on peut avoir une vision de la politique mise en œuvre qui est assez catastrophique, si elle ne faisait qu'imiter ce que les médias disent ou expriment au travers de leurs contradictions, cette espèce de banalisation ou diabolisation, ou si la politique publique se limitait à l'interpellation des usagers de drogues ou encore si elle se limitait à tenter de suite les avis de l'académie de médecine nationale. Je crois qu'on est quand même dans un univers un peu plus complexe et c'est le travail de Peretti Wattel quand il parle des entrepreneurs de morale et ces univers très contradictoires

ou il y a d'un côté la science qui tente de trouver quelque chose qui permette de parler de la dangerosité, les médias, le grand public, l'opinion publique, les jeunes consommateurs et les jeunes non consommateurs parce que tu traduis, il y a tout un ensemble de groupe qui interviennent sur ce débat là et au milieu de ça il y a une politique publique.

La politique publique de santé, je ne parlerai pas de la politique publique de répression, ce n'est pas l'objet, je ne voudrais pas que l'on reste dans l'idée qu'elle n'est qu'un résultat de cette espèce d'avalanche de propos qui tournent autour de ce que tu évoques, la jeunesse usagère de cannabis, c'est la nouvelle classe dangereuse après les toxicomanes à l'héroïne des banlieues de préférence.

J'aimerais quand même que l'on dise que dans les dernières années, le travail entrepris dans la politique publique, a été un peu plus astucieux que ce que tu pourrais laisser supposer.

On pourrait en discuter, car même lors de la dernière campagne de communication nationale cannabis en 2005, qui a beaucoup fait rire les gens et qu'on a trouvé parfois ridicule, j'aimerais qu'on lise les documents publiés à ce moment là, franchement ces documents ont été publiés avec des professionnels, professionnels au contact des jeunes. Ce ne sont pas des documents fait par les journalistes, ni par l'académie de médecine, ni les députés. Il faudra déjà mettre cela en jeu et le travail fait à ce niveau_ là.

Autre élément par rapport à la politique de santé publique que tu évoques rapidement avec cette petite phrase " notamment le cannabis ", justement cette phrase traduit bien l'ambiguïté derrière l'alerte politique, les députés, l'affolement qu'il y a autour de cette augmentation ,qu'on a du mal à identifier, de l'usage de cannabis, il y a effectivement quelque chose de très politique là derrière, mais en même temps, il faut savoir que la politique de santé publique mise en œuvre, elle débouche sur quelque chose qui est tout à fait conforme aux acteurs de prévention qui travaillent aujourd'hui sur cette question là avec les critères de l'éducation à la santé, qui prennent en compte aussi de façon égale et intelligente, la question du tabac, des alcoolisation excessive, la question du cannabis, des médicaments, la question de l'Etat de santé de manière générale.

Les critères aujourd'hui d'appréciation de la dangerosité sont parfaitement liés aux usages, aux contextes de consommations et non pas une espèce de dangerosité essentielle, globale que l'on essaierait de pointer par rapport à un produit.

Autrement tu travailles dans un domaine extrêmement intéressant qui mets en avant quelque chose qui doit être pointé c'est que on est en train de construire une culture du danger autour d'une jeunesse, et que c'est effectivement important et inquiétant, et que là il y a un travail politique à mener par rapport à ça certainement plus qu'un travail de santé publique. Je pense que ce n'est pas aussi caricatural que ce que tu décris.

Thémis APOSTOLIDIS

Ce n'est pas de la caricature, je pense qu'on pourrait discuter du contenu des accompagnements professionnels dans les accueils cannabis. En discutant avec les professionnels, je me pose beaucoup de questions parce qu'ils se posent beaucoup de questions sur le flou du cadre : est ce qu'on peut traiter tous les jeunes qui nous sont envoyés ou qui viennent, de la même façon et avec les acquis du travail avec les toxicomanes ou ex-toxicomanes, c'est une vraie question.

Quand on dit qu'il y a évolution de politique, il faut quand même regarder le contenu et le contrat d'association autour de ces questions là, il y a beaucoup plus de complications par rapport à ça, vous prenez comme exemple la façon dont on parle du cannabis au volant, on voit bien qu'il y a toujours là dans le débat social, j'attire votre attention, car ce ne sont pas toujours les textes, Etienne, je suis d'accord avec toi qu'il y a des évolutions, d'ailleurs je n'ai pas incriminé les politiques publiques à cet égard, je pointe tout simplement, mon rôle est de pointer, mais moi ça me frappe beaucoup et je invite à regarder chaque fois qu'on arrête quelqu'un qui a causé un accident de la route et qui était sous l'effet du cannabis, c'est la première ou la deuxième informations dans les journaux télévisés. Observez ça !

Si on faisait ça avec l'alcool, il faudrait peut être ouvrir tous les journaux télévisés avec cette information là.

Je ne pense pas que les choses n'évoluent pas mais elles n'évoluent quand même pas comme chez nos voisins européens où ces questions là ne se posent pas de la même façon et ça c'est important de le dire. On n'a pas cette pression du débat social qui quand même quand vous travaillez avec les professionnels de la prise en charge des adolescents, et notamment de la PJJ ou ailleurs, il y a un risque social pour le consommateur de cannabis aujourd'hui, le contact avec le circuit judiciaire pour les adolescents etc.. il ne faut pas non plus l'oublier et l'exclure. Simplement quand on fait une analyse des représentations c'est normal qu'on force les traits.

Monsieur RASSIAL

Juste une remarque, je trouve que l'université va très mal car il faut que je vienne ici pour découvrir l'intérêt de tes travaux c'est quand même pas mal en ayant été pendant un certain temps voisin de bureau.

Pour enchaîner sur ce qui a été dit, il est dommage que Roland (GORI) ne soit pas là cet après midi, on a le constat de ce que la santé est un montage complexe. On est dans l'idée que la définition de la santé serait une définition appuyée sur une objectivité médicale alors qu'on sait depuis la moitié du 19^{ème} siècle, le développement de l'hygiénisme, que ce qui est appelé santé et ce qui est critère de santé, est la combinaison d'un certain nombre d'éléments, d'éléments effectivement objectifs qui peuvent être apportés par la médecine, mais la combinaison également, j'ai été impliqué également très tôt dans le développement du sida chez les adolescents, où il était comique de voir les préoccupations qui étaient à l'oeuvre et comment l'idéologie, au sens classique du terme, imprègne à la fois les décisions et la politique de santé en général.

Beatrice SELUC, psychologue - ANPAA 83

Je voudrais juste illustrer votre propos et à propos de représentations, je vous invite à aller voir sur le cours Mirabeau, à Aix en Provence, un bar Tabac qui met en devanture non seulement toute la panoplie complète des papiers à rouler trois feuilles, qui sont en vente libre mais en plus toute une collection remarquable de Chillum, de pipe à eau de bang ça mérite le détour. Si je met cette vignette là c'est que non seulement la santé publique c'est complexe mais il y aussi beaucoup d'ambivalence sur ce qui est diffusé, sur la loi. Moi je travaille sur un dispositif d'obligations de soins où dans le même temps, des consommateurs non trafiquants, je précise, se retrouvent en obligation de soins et dans le même temps sont mis à

disposition pour faire marcher le commerce, tout à fait officiel et pas sous le manteau tout un matériel. Ca peut paraître anecdotique mais je pense que ça rend compte aussi et pour rejoindre ce que disait Monsieur Gori, de ce rapport au monde, comment se structurent les symptômes, comment on va mal ou on va bien dans une société.

Monsieur VINCENT

D'autres questions, interrogations.

Quelqu'un de la salle.

J'aurai une hypothèse qui me vient en vous écoutant, ne serait ce pas les parents que l'on souhaite remettre au pas ? Après être sorti avec la gauche où en 99, un travail de prévention tout à fait remarquable qui s'appelait " savoir plus – risquer moins " qui a vraiment soutenu tous les acteurs de prévention effectivement, très dans une ère de responsabilisation, ne serait il pas question de remettre ces adultes au pas pour tout savoir pour rien risquer et de fait à constituer un objet très dangereux le cannabis, fumé par les bobos, la bourgeoisie, les pauvres, les riches, de droite, de gauche, tout le monde et au fond c'est quand même bien d'éducation dont il s'agit, sous entendu la votre cher parents, il serait quand même temps que vous remettiez en place les valeurs qui ont structurées la famille et qui aujourd'hui sont en cours de désagrègement total, si vous voulez une jeunesse qui tienne commencez par vous tenir à ces valeurs là et effectivement à constituer un danger pour les jeunes, n'y aurait il pas une hypothèse ? je répète que ce discours là s'adresserait, en utilisant les jeunes, en hystérisant un discours autour du cannabis ?
C'est une hypothèse.

Monsieur APOSTOLIDIS

Je ne sais pas, c'est une hypothèse intéressante. Je pense personnellement que lorsqu'on regarde avec un peu plus de distance l'histoire de la maladie, l'histoire des risques, la question de l'hygénisme dont tu as parlé, on voit très bien que toutes ces questions là sont souvent des bonnes occasions pour un retour à l'ordre, et que c'est l'ordre social qui va devenir le support avec lequel on va travailler et faire face à la maladie. Je l'ai vu avec les travaux que j'ai mené sur le sida, et aujourd'hui encore on est toujours face au même problème, d'un coté les gens savent et d'un autre coté quand vous demandez aux jeunes si vous utilisez le préservatif, on voit bien que le savoir n'est pas un savoir pratique. Il y a justement la façon amoureuse de penser la sexualité, le fait de connaître l'autre, d'avoir confiance en l'autre protège. Lorsque vous regardez historiquement cette question, vous pouvez voir qu'à la fin du 19^{ème} siècle, on avait exactement le même discours face à la syphilis.

Une sexualité de bas étage exposée avec les prostituées, une sexualité noble protégeait. On a vu le résultat en terme de santé publique, la syphilis héréditaire a frappé pendant de longues années la société française. Les conséquences de cette prophylaxie morale, on le voit aussi par rapport au cannabis on est parmi les pays qui ont la politique la plus répressive et la consommation la plus importante déclarée. Je dis que si l'on veut trouver une solution par rapports à ces problèmes là, regardons les choses en face et les problèmes sont beaucoup plus complexes qu'on le pense, beaucoup plus contradictoires et plus peut être en tant qu'adultes on laisse place à

des contradictions, plus peut être les jeunes saisissent ces contradictions là et s'en servent, les instrumentalisent. Comment voulez vous demander de la cohérence, vis à vis d'un adolescent ou d'un jeune, quand, vous, adulte, vous êtes dans le déni, la contradiction etc.. .

Je pense que la comparaison avec l'alcool est d'autant plus importante parce que vous la retrouvez dans le discours des jeunes et notamment dans le discours de consommateurs de cannabis.

Par rapport à l'obligation de soins, c'est quelle obligation de soins ? pour qui ? pourquoi ? . Bien sur, il y a les consommateurs pathologiques de cannabis, mais quand je discute avec les professionnels, on me dit qu'ils représente 15 à 20 % des consommateurs et les autres 80% qu'en fait on ?

C'est une vrai question.

Jean DUTECH

Une analogie si vous me le permettez, je suis aussi responsable des contrats urbains de cohésion sociale (ville de Martigues), on a travaillé tout l'été, sur la qualification des quartiers, pour savoir quels étaient les quartiers le plus en souffrance, les quartiers qui dysfonctionnent. On a mis en place un certain nombre d'indicateurs, dont je vous passe les détails, ce qui est ressortit, quand on prend la question du chômage, je sors un peu du sujet, on s'aperçoit que ce qui est le plus discriminant dans un quartier, c'est à dire qui relève le plus la difficulté d'un territoire où l'on doit intervenir, ce n'est pas le chômage des jeunes comme on l'entend quotidiennement (16-25 ns), c'est le chômage des 45-55 ans et celui là, on l'évoque jamais, il n'y a pas de plan de réinsertion nationaux particulier sur cette tranche là . Donc j'ai envie de faire l'analogie et de rejoindre un peu Etienne sur sa préoccupation opérationnelle, c'est pas parce qu'on ne parle ni de l'alcool, ni des consommations addictives des adultes, qu'il ne faut pas s'interroger sur les consommations abusives de cannabis sur les jeunes.

Bruno TANCHE

Puisqu'on est à l'heure des hypothèses, j'aimerais en émettre au moins deux autres
.....

PLUS DE CASSETTE

Rassial

Débats

CLOTURE COLLOQUE.

Il me revient le redoutable privilège de clore ces deux journées. Redoutable, en effet, car on se demande toujours si ça va être long et ennuyeux. Mais d'un autre coté, comment ne pas clore et comment clore sans ennuyer ? Le mieux, finalement c'est

d'être bref, et rassurez vous, si tant est que cela soit nécessaire, comme pour mon introduction, je tacherai d'être bref, faisant mien l'adage qui veut que les plaisanteries les plus courtes...vous connaissez la suite.

Non qu'il n'y ait rien à dire...c'est plutôt la conscience du fait que nous sommes samedi, qu'il se fait tard, que quelques uns sont déjà partis, que d'autres sont impatients de le faire. La conscience également que, comme dirait Michel Blanc (tout de même, alors qu'ont été convoqués en ce lieu, outre les intervenants qui ont, je crois, répondu à l'invitation qui leur était faite de nous rendre plus intelligents, Aristote, Platon, Maimonide, Avicenne, Mokhtar Harroun AlRachid Ibn AlRouhni, un temps surnommé l'Afflelou Andalou, Freud, Marx, Lacan, Winnicott, Foucault, Bataille, Heidegger, Frank Zappa, et j'en oublie sûrement, m'en référer maintenant à Michel Blanc...J'en donnerais raison à Bernard Stiegler qui formulait hier l'hypothèse que la télé devenait consubstantielle de certains processus primaires de la construction de l'identité...si bien que je me propose de lui soumettre un prochain thème de réflexion qui pourrait s'intituler : *De la fonction des Bronzés dans la constitution de Je...* Michel Blanc, donc qui disait qu'après avoir eu une ouverture, il fallait conclure, conclure oui... mais pas sans avoir dit

- à quel point, si avoir 20 ans n'est pas une mince affaire, c'est une affaire passionnante (sans jeu de mots, ou avec c'est selon),
- non sans avoir dit à quel point nous essaierons, lors des 20 années qui s'ouvrent devant nous, d'être dignes des 20 années qui viennent de s'écouler,
- non sans avoir une fois encore remercié la très belle équipe de l'AMPTA pour son professionnalisme, son enthousiasme et sa persévérance,
- non sans avoir remercié de façon toute particulière l'équipe de la rue St Cannat qui, dans l'ombre, donne toujours beaucoup, mais qui, pour l'occasion n'a compté ni sa patience, ni son temps ni son énergie.

Je vous remercie vous aussi, qui êtes restés jusqu'au bout, compte sur vous pour culpabiliser tous ceux qui sont déjà partis et...le psychologue que je reste ne pouvais pas ne pas remarquer que sur la diapositive qui nous a accompagné lors de ces 2 jours, nous avons ouvert les guillemets mais que nous ne les avons pas refermé...aussi l'aventure continue et je vous donne rendez dans 20 ans...ou bien... lundi.