

d é p e n d a n c e s

Décembre 07 • no 33

Editorial

1 Corine Kibora, Jean-Félix Savary

D'une réalité multiple à une politique cohérente

2 Liliane Maury Pasquier

La régulation mondiale du marché des drogues: vers la fin de l'ostracisme

6 Jean-Félix Savary

Les limites de la prévention dans une société en pleines contradictions

10 Gérald Progin

La reconnaissance du travail social palliatif

14 Marc-Henry Soulet

Un point de vue pharmacologique sur l'évolution du marché de la drogue

19 Daniele Fabio Zullino, Yasser Khazaal

Les traitements des dépendances dans dix ans

22 Jacques Besson

PS: Psychose et cannabis: quelles possibilités thérapeutiques

25 Danièle Besançon-Quellenec, Christophe Pouvreau, David Scerbanenko

**«dépendances», dix ans déjà.
Et demain?**

Revue éditée par

Institut suisse de prévention de
l'alcoolisme et autres toxicomanies

sfa / ispa

GREAA

Groupement romand
d'études des addictions

Editorial

La revue «*dépendances*» a dix ans. Ce numéro est l'occasion de marquer cette étape importante. En gardant en mémoire le chemin parcouru, nous avons décidé de nous projeter vers l'avant, en imaginant à quoi pourra ressembler le domaine des addictions dans dix ans: quels seront les produits qui occuperont le devant de la scène? Quelles évolutions sont à attendre dans la pratique du travail social, de la prévention, du traitement? Quelles perspectives peut-on esquisser au niveau de la politique internationale? Les dépendances seront-elles une priorité de la politique de santé suisse? On comprendra que l'exercice est périlleux, et appelle à l'indulgence des lecteurs... A de rares exceptions près, la futurologie ne donne qu'une garantie: celle de se tromper! Pour autant, les auteurs qui ont accepté de se prêter au jeu y ont pris un certain plaisir: se profiler dans l'avenir donne en effet des clés de lecture pour le présent. Les enjeux actuels deviennent plus visibles, les dynamiques qui sous-tendent notre quotidien se perçoivent plus clairement. Et, malgré quelques développements moins encourageants, force est de constater que des notions telles que l'approche globale des dépendances, la mise en réseau des différents champs de compétence touchant à ce thème, l'importance du comportement par rapport aux produits, la pratique communautaire, la place centrale de la personne ne sont pas de vaines illusions de professionnels optimistes mais bien des tendances à l'œuvre, encore en sourdine parfois, en

butte à des résistances aussi, mais qui sans aucun doute prendront de l'ampleur ces prochaines années.

A l'occasion de cette première décennie de la revue «*dépendances*», nous voudrions spécialement remercier tous les auteurs qui ont contribué à l'aventure. Leur nombre important, la diversité des thèmes traités comme la qualité des articles sont le reflet évident du dynamisme qui caractérise notre champ professionnel. Les idées sont là, la science avance, les pratiques se développent sur le terrain. Puisse la revue «*dépendances*» continuer à être ce lieu d'échanges et d'information qu'elle a su devenir!

Dix ans de la revue, ce sont aussi dix ans de collaboration fructueuse entre l'ISPA et le GREA. La complémentarité de nos deux organismes est démontrée à chaque numéro, et nous nous réjouissons de pouvoir continuer dans cet esprit. Enfin, tout cela ne serait possible sans nos lecteurs, dont la fidélité ne s'est pas démentie au fil des années. La revue «*dépendances*» répond à un besoin. Les problèmes liés à la consommation de produits psychotropes sont une préoccupation majeure dans nos sociétés, et, plus que jamais, le partage des connaissances, les échanges de points de vue sont nécessaires pour une meilleure prise en compte de cette thématique. Nous formulons le vœu que «*dépendances*» puisse encore longtemps y contribuer!

Corine Kibora, ISPA
Jean-Félix Savary, GREA

Adresse des éditeurs

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

Groupement romand d'études des addictions, GREA, Pêcheurs 8, case postale 638, 1401 Yverdon-les-Bains

Rédaction

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

Comité de rédaction:
Pierre-Yves Aubert
éducateur, Genève
Cédric Fazan,
directeur A.C.T., Vevey
Michel Graf
directeur de l'ISPA, Lausanne
Étienne Maffli
psychologue, Lausanne
Jean-Dominique Michel
socio-anthropologue, Genève
Gérald Progin,
responsable Espace Prévention,
Aigle
Louis-Pierre Roy
enseignant EESP, Lausanne

Administration et abonnements

ISPA, case postale 870,
1001 Lausanne,
tél. 021 321 29 85,
fax 021 321 29 40

Parution

3 fois par an

Abonnement

Frs. 45.- par an
Délai de résiliation: 30 novembre
pour le 31 décembre

Les articles signés n'engagent
que leur auteur

Les titres et sous-titres sont
de la rédaction

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

Ligne graphique

Fabio Favini
Romanel-sur-Morges

ISSN 1422-3368

D'une réalité multiple à une politique cohérente

Liliane Maury
Pasquier,
Conseillère aux
Etats, Berne

L'avenir de la politique suisse en matière de drogues paraît à première vue bien sombre. La montée de l'UDC et de ses visions simplistes laisse craindre le pire, de même que la recherche de solutions rassurantes aux agressions de la vie moderne qui concourt à renforcer le recours aux méthodes autoritaires. Mais, à y regarder de plus près, les raisons de se montrer optimiste sont bien réelles: le chemin est déjà amorcé vers une politique rationnelle et globale des dépendances et il semble heureusement difficile d'envisager un complet retour en arrière, malgré les nombreux obstacles.

Touchant au plus intime de l'humain, à ses angoisses existentielles et à sa quête d'absolu, la question des drogues a toujours donné lieu à des débats fortement emprunts d'idéologie et de croyances culturelles. Résultat: une politique parfois stupéfiante, basée sur une vision caricaturale et truffée d'incohérences. Ainsi, on a pu voir les Chambres fédérales accepter de dépénaliser l'absinthe et, le même jour, refuser d'entrer en matière sur une révision de la Loi sur les stupéfiants (LStup) qui intégrait la question du cannabis. Entre substances illégales et produits tolérés, voire célébrés, à l'image du «petit vin blanc» qui fait pourtant des ravages, se dessine la même ligne de partage irrationnelle et moralisatrice qui sépare l'abstinence totale de la déchéance absolue. Or la réalité est infiniment plus complexe et doit être abordée comme telle. Une complexité qui n'exclut en rien et qui au contraire exige une approche cohérente. Dans la pratique, cette gestion pragmatique des

problèmes de dépendances est à l'œuvre depuis le début des années nonante. Si elle peine à s'ancrer dans la législation, elle se fraye tout de même un chemin au niveau fédéral.

Quatre piliers

La lutte contre les dépendances fait partie intégrante des thèmes de santé publique. Notre Constitution donne mandat au législateur de veiller à la bonne santé de la population, que l'abus de produits psychoactifs compromet clairement. Cette lutte contre les dépendances est orchestrée de manière efficace par la politique des quatre piliers que sont la prévention (en particulier auprès des jeunes), le traitement, l'aide à la survie et la répression (de tous les individus sans scrupules qui amassent des fortunes sur le dos des personnes dépendantes). Entre laisser-faire et mise sous tutelle, la politique des quatre piliers adoptée par le Conseil fédéral en 1994 doit permettre d'intervenir en fonction de chaque situation, en misant sur les ressources et possibilités réelles des in-

dividus. Même si le dispositif est loin d'être parfait, cette approche a fait la preuve de son efficacité, là où elle est réellement mise en œuvre. Par exemple, la prescription d'héroïne a des effets positifs sur la diminution de la consommation¹.

Chanvre à part?

Les quatre piliers doivent donc être ancrés dans la loi, ce que la révision partielle de la LStup - acceptée il y a une année par le Conseil national et discutée lors de la session d'hiver au Conseil des Etats² - doit enfin permettre de faire. Ils doivent ensuite être renforcés et appliqués réellement: les ressources ne sauraient être coupées, au nom de l'austérité budgétaire. Solution de compromis et premier pas dans la bonne direction, la nouvelle LStup n'intègre pourtant pas la question du cannabis. L'initiative populaire «pour une politique raisonnable en matière de chanvre protégeant efficacement la jeunesse» remet ce point à l'ordre du jour: discutée cette session au Conseil national, elle risque fort d'être rejetée³ mais sera de toute

façon soumise au peuple d'ici 2009. Avec, à la clé, un éventuel contre-projet qui pourrait au moins dépénaliser la consommation de cette substance pour les adultes et redonner la priorité à la prévention auprès des jeunes plutôt qu'une répression coûteuse et le plus souvent inefficace: il suffit, pour s'en convaincre, de voir le nombre de personnes qui ont, une fois ou l'autre, consommé du cannabis dans notre pays.

Une multitude de substances, d'usages et de comportements

Dépassant la dichotomie entre drogues «dures» et «douces», la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (CFLD) montre en effet qu'il convient d'appréhender l'ensemble des substances susceptibles de provoquer une dépendance, de l'alcool aux opiacés, en passant par les amphétamines, le chanvre, la cocaïne, les hallucinogènes, les médicaments et le tabac. L'approche par substances demeure indispensable, les effets différents des produits appelant des mesures différenciées.

Les nouveautés, en substance

Mais elle doit être élargie. D'abord parce que la drogue ne fait pas le drogué: tout dépend de l'usage qui en est fait, d'une consommation peu problématique à la véritable dépendance⁴. Ensuite, parce qu'il n'y a pas que des substances addictives mais aussi des comportements problématiques, comme les jeux d'argent, la cyberdépendance, les achats compulsifs, la boulimie et l'anorexie. La politique des quatre piliers doit donc s'enrichir de ces deux dimensions supplémentaires.

Deux niveaux d'intervention

Le risque de dépendance à ces divers comportements et produits dépend du pouvoir addictif des substances. Il dépend aussi des individus, de leur personnalité, de leurs prédispositions et de leur histoire. C'est pourquoi le cadre légal doit permettre l'intervention au niveau individuel, en accom-

pagnant chaque situation, par exemple en renforçant la prévention auprès des jeunes dans les moments les plus à risque de leur vie: conflits familiaux, ruptures amoureuses, échecs scolaires ou professionnels. Mais le risque de dépendance est aussi fonction du contexte social: il est notamment favorisé par les intérêts économiques de l'industrie des substances psychotropes, voyez le chiffre d'affaires de l'industrie du tabac de 1 à 2 milliards de francs, sans même parler de l'industrie pharmaceutique. Le risque doit donc être jugulé par des actions politiques au niveau collectif, du côté de l'offre et de la demande, que ce soit par des taxes dissuasives sur la production et la consommation ou par la limitation de l'accessibilité des produits.

Mesures de répression et anti-dépression

On le voit, une telle réglementation ne peut se faire que par le biais d'une dépénalisation de tous les produits. La criminalisation des substances nourrit un florissant marché noir, qui échappe à tout contrôle de la qualité des substances ou de l'âge des consommateurs et consommatrices, comme c'est déjà le cas pour l'alcool ou le tabac. A cet égard, il doit y avoir une réglementation en fonction de l'âge, les adolescents étant particulièrement vulnérables sur les plans physique (souvent encore en croissance ou du moins, en «construction») et psychique (plus sensibles à la pression de leur entourage). Quant à la liberté de consommation de l'adulte, elle atteint ses limites quand la santé ou la vie des autres est en jeu: il faut donc renforcer la législation pour la protection contre le tabagisme passif - et de manière plus efficace que par la version édulcorée récemment acceptée par le Conseil national - mais aussi prendre des mesures dans le cadre de la circulation routière ou contre la violence engendrée par la consommation problématique (vol, violence conjugale, etc.).

Mais l'intervention collective ne tient pas qu'à la répression (n'oublions pas les quatre piliers): la société doit amé-

nager des conditions de vie susceptibles de prévenir les dépendances, en offrant à toutes et tous des possibilités d'intégration sociale. Selon la prise de position du parti socialiste suisse pour une politique en matière de dépendances, «une politique efficace des dépendances ne se contente pas de mener des campagnes prévenant les jeunes des dangers de la drogue; elle leur procure des emplois, des espaces et des perspectives.»⁵

Une politique intégrative et intégrée

«Politique des dépendances», le terme est lâché. Car, au-delà de leur diversité, les différentes substances présentent des points communs dans la dépendance qu'elles engendrent et ses symptômes: atteinte à la santé et désintégration sociale. Certes, dans un premier temps, la révision de la LStup et le soutien à l'initiative-chanvre paraissent plus réalisables. Mais, à moyen terme, l'objectif d'une politique intégrative et intégrée paraît indispensable. Par «intégrative», j'entends une politique transversale, qui intègre toutes les substances psychoactives, ainsi que les dépendances non liées à des substances, afin de prévenir, soigner, limiter les dégâts et organiser la répression pour chacune de ces problématiques. Et par «intégrée», je veux dire que la politique des drogues met en jeu d'autres politiques, qui doivent insérer la question des dépendances dans leur champ de compétence. Ainsi, des mesures de répression s'ancrent aussi bien dans la Loi sur la radio-TV (interdiction de la publicité) que dans la Loi sur les maisons de jeu (interdiction d'entrée dans les casinos). Et la prévention touche à des politiques aussi diverses que celles de la famille, de la formation ou de l'égalité, qui toutes visent à créer les conditions cadres pour le bien-être de l'ensemble des membres de la société.

Ce n'est pas une hallucination!

Plusieurs pistes d'action concrètes peuvent nous faire avancer vers une telle politique. La modification de l'ar-

ticle 131 de la Constitution fédérale permettrait par exemple de percevoir des impôts sur toutes les substances psychoactives et d'en affecter obligatoirement le produit à des programmes de lutte contre les addictions. Dans la même optique, il pourrait être utile de créer au niveau fédéral une commission faïtière pour toutes les substances entraînant une dépendance, avec des sous-commissions ad hoc pour chaque substance et comportement spécifique⁶. Un nouvel article constitutionnel pourrait aussi être introduit, qui ouvrirait la voie à une politique globale en matière de dépendances.

Encore faudrait-il que ces dispositions soient appliquées et dotées de moyens suffisants. Le parti socialiste propose l'établissement d'un plan directeur qui établirait la répartition du financement entre la Confédération, les cantons et les communes.

S'engager avec fermeté

En conclusion, ces prochaines années, la lutte sera âpre pour ancrer dans la loi une politique pourtant consacrée par la pratique. La montée d'un parti dont la diabolisation et la pensée binaire sont les outils de prédilection semble peu propice à la mise en place d'une politique pragmatique, libérale et pluridimensionnelle. La réalité est pourtant bien présente, qui nous obli-

ge à agir. On peut toujours moraliser, mais la vraie immoralité consisterait à ne pas agir face à la situation actuelle. Certain-e-s, au sein des partis de la droite classique ont hélas tendance à suivre l'UDC. Pas facile, dans ce contexte, de trouver des compromis pour avancer vers une politique cohérente.

Idée suisse

Malgré ces difficultés, je crois en nos chances de mettre sur pied une politique globale, responsable et humaine. Car le vrai défi est là: enjeu de santé publique parmi d'autres, la dépendance est un problème humain majeur. Quand la liberté des personnes est noyée dans la dépendance, notre devoir est d'intervenir avec tolérance pour leur permettre de regagner leur autonomie sur leur projet de vie. Notre Constitution l'affirme, «seul est libre qui use de sa liberté et (...) la force de la communauté se mesure au bien-être du plus faible de ses membres.»⁷

La politique des quatre piliers a de belles perspectives d'avenir: en mettant en interaction, pour un même objectif concret, des acteurs d'horizons multiples (forces de police, professionnel-le-s de la santé et du social, corps enseignant etc.), cette politique s'inscrit au plus profond de l'expérience helvétique. Car ce qui fait la Suisse, c'est depuis toujours ce désir

partagé de groupes très divers de s'allier pour construire une histoire commune. La diversité des points de vue, la complexité dans la gestion des problèmes et le pragmatisme de l'approche forment le ciment de notre pays, le tout assaisonné de tolérance. Et en matière de dépendance, «tolérance, finalement, n'égale pas démission.»⁸

Notes

1) Voir l'étude Incidence of heroin use in Zurich, Switzerland: a treatment case register analysis, "Lancet" 2006.

2) Cet article a été rédigé avant l'examen de cet objet par le Conseil des Etats

3) A l'heure où j'écris cet article, elle a fait l'objet de débats mais n'a pas encore été soumise au vote.

4) Voir le rapport de la CFLD, «Psychoaktiv.ch»

5) Entre mise sous tutelle et laisser-faire, papier de position du PSS pour une politique en matière de dépendances du 21 novembre 2006, page 24.

6) En lieu et place des quatre commissions actuelles: celles des maisons de jeu, pour les questions relatives aux drogues, pour les questions relatives à l'alcool et pour la prévention du tabagisme.

7) Constitution fédérale suisse, préambule.


8) Extrait d'un article de Sylvie Arsever publié dans Le Temps.

Courriel de l'auteur:

contacts@maurypasquier.ch

Publicité

Ne restez pas seul avec
un problème d'alcool.

 Ligue valaisanne
contre les toxicomanies

 VILLA FLORA

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

CARREFOUR) (PREVENTION®



sans fumée



Bourré de talent,
pas d'alcool.



**MAÎTRISE
STRESS**



Carrefour Prévention

Rue Henri-Christiné 5
CP 567 - CH-1211 GENEVE 4

carprev@iprolink.ch - www.prevention.ch

Heures d'ouverture de l'arcade

Lundi - jeudi 9h - 17h
Vendredi 9h - 13h

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

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

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

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

(sauf vacances scolaires)

La régulation mondiale du marché des drogues: vers la fin de l'ostracisme actuel?

Jean-Félix Savary,
secrétaire
général du
GREA, Yverdon

Le système international de contrôle des stupéfiants se trouve face à des choix importants ces prochaines années.

Allons-nous continuer sur la même lancée ou saurons-nous infléchir la tendance actuelle, dans le sens d'une meilleure prise en compte des besoins des usagers de drogue et d'un plus grand respect des droits humains?

- Convention sur les substances psychotropes de 1971
- Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988

Les deux premières (61 et 71) s'attachent principalement à la lutte contre le commerce de produits illicites, ainsi qu'à la surveillance des filières légales d'approvisionnement (à des fins scientifiques ou sanitaires). La troisième convention par contre (88) va plus loin et étend son champ d'action aux législations nationales des pays signataires. Elle demande en effet de renforcer les mesures pénales prises par les Etats. C'est avant tout par une action sur l'offre (réduire voir éliminer le marché des stupéfiants) que les Etats doivent contribuer à la «guerre à la drogue».

Cette optique, qualifiée par ses détracteurs de «more of the same» (on renforce ce qui existe déjà et qui ne marche pas), postule que les dommages liés à l'usage de drogues ne peuvent être durablement diminués que si le cadre prohibitif est renforcé dans tous les pays du monde. Si l'option répressive poursuivie jusqu'à aujourd'hui ne remporte pas les succès escomptés, c'est à cause de l'insuffisance des Etats à s'engager de manière univoque dans ce combat. La répression échoue car il n'y a pas assez de répression.

L'application des conventions

Les conventions internationales sur les drogues sont des textes contraignants pour les Etats. Cela signifie que pour les Etats signataires, en théorie, ils sont supérieurs aux législations nationales. La pratique cependant n'est pas aussi simple et, comme pour tous les textes internationaux, il existe une marge d'application, variable pour tous les Etats, selon leur poids

« **L**e problème mondial de la drogue est en train d'être contenu. C'est autour de cette antienne qu'Antonio

Maria Costa, directeur de l'Office des Nations Unies sur les Drogues et le Crime (ONUDC), prononçait son discours à l'assemblée annuelle des Nations Unies (ONU) sur les drogues à Vienne en 2007¹. Ce constat optimiste vient poursuivre une longue tradition d'une lecture résolument optimiste de la «guerre à la drogue», politique d'inspiration américaine qui vise à éradiquer certaines substances de la surface de la planète. Bien que les objectifs visés n'aient systématiquement pas été atteints et que la consommation ait progressé partout depuis la mise en œuvre de cette politique, la direction poursuivie semble aujourd'hui immuable tant elle fait partie d'une certaine pratique internationale en la matière. Mais est-ce vraiment le cas?

Le système international actuel

Au niveau mondial, c'est à partir du début du XXe siècle que le régime prohibitionniste va progressivement s'installer. Un premier traité sur l'import-export des dérivés du pavot voit le jour en 1912. Il sera complété dans les décennies suivantes par des textes concernant d'autres substances, mais ce n'est qu'à partir de la deuxième moitié du XXe siècle que le système prend la forme que nous lui connaissons aujourd'hui, avec l'adoption successive de trois conventions internationales sur les drogues illégales, appelées stupéfiants. Ces conventions partagent le même idéal d'une société sans drogues. Il s'agit avant tout d'éradiquer le marché des stupéfiants, seule véritable mesure efficace pour éliminer la demande et pour résoudre les problèmes liés à leur consommation. Il s'agit des conventions suivantes:

- Convention unique sur les stupéfiants de 1961

politique, qui leur permet de suivre des chemins différents. La situation des usagers de drogues diffère aujourd'hui fortement selon les pays. Si de nombreux efforts ont été entrepris, notamment dans les pays européens, pour considérer la dépendance aux substances avant tout comme une problématique socio-sanitaire, de larges populations de consommateurs vivent toujours sous des régimes qui en font surtout des criminels. C'est le cas notamment dans les pays de l'Asie du Sud Est, de la Chine ou de la Russie. Dans ces pays, la situation des consommateurs de drogues pose de sérieux problèmes sanitaires (maladies infectieuses) et de gros défis en matière de droits humains (citoyenneté, torture et traitements dégradants). La criminalisation des usagers de drogues peut même aller dans certains cas jusqu'à la peine de mort. Sur les 64 Etats qui ne l'ont pas encore abolie, la moitié l'applique également aux délits liés à la drogue. Bien qu'une statistique mondiale sur cette question n'existe pas, on peut cependant supposer que plusieurs personnes sont mises à mort chaque année pour consommation de drogues. Certains pays comme la Thaïlande vont même jusqu'à donner une certaine publicité à ces exécutions, pour «dissuader» les consommateurs².

Le pacte international relatif aux droits civils et politiques³ définit pourtant clairement dans son article 6.2 les restrictions à apporter dans l'utilisation de la peine de mort aux «crimes les plus graves», notion qui sera précisée par la suite. Malgré le caractère inique de ce genre de mesures, le cadre international est aujourd'hui beaucoup plus sévère et restrictif envers des pays plus progressistes en matière de mesures sur la demande qu'envers des pays dont la politique drogue strictement répressive provoque des dégâts importants sur le terrain qui peuvent aller jusqu'à l'élimination physique des consommateurs.

Le système international sur les drogues a sa cohérence, voulue par les Etats et ancrée dans ses conventions. Cependant, on peut s'interroger sur



Photo Interfoto

L'option répressive n'a pas remporté de succès

son application par certaines agences de l'ONU auxquelles elle est confiée, qui peut apparaître comme déconnectée de ses références fondamentales. C'est principalement cette incohérence au sein du système de l'ONU qui pose problème dans la politique internationale en matière de stupéfiants.

Les organes en charges de la problématique sont au nombre de trois:

- OICS (ou INCB): Organe International de Contrôle des Stupéfiants. Cette instance contrôle l'application des conventions internationales (61, 71 et 88). Elle a une fonction quasi-judiciaire qu'elle exerce en toute indépendance
- CND: Commission des Stupéfiants de l'ONU. Depuis 1946, cette commission, composée de 53 Etats membres (dont la Suisse), prend les grandes décisions. C'est l'organe décisionnel du système
- ONUDC (ou UNODC): Office des Nations Unies contre la Drogue et le crime: c'est le centre des politiques onusiennes sur les drogues et la seule qui dispose de moyens importants.

Ils partagent deux caractéristiques fondamentales, Ils font d'une part une

lecture relativement restrictive des conventions, se faisant les promoteurs d'une ligne plus dure sur les drogues. D'autre part, ce qui est plus grave, ils agissent sans coordination avec les autres agences de l'ONU qui s'occupent de problématiques connexes. On regrettera le peu de coordination avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui pourtant a fait évoluer ses positions sur les mesures visant la demande, ou encore le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) ou le Haut commissariat pour les Réfugiés (HCR), en charge des questions de développement dans les programmes producteurs. On déplore tout particulièrement l'absence du Haut Commissariat aux Droits de l'Homme (UNHCDH) dans ce débat, pourtant touché directement par la question. La valorisation de l'expertise et des savoirs de ces agences permettrait assurément d'affiner la stratégie actuelle et d'améliorer ses résultats.

Reposer la question

En 1998, s'est tenue une «session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations Unies sur le problème mondial des drogues» (plus connue sous son acronyme anglais, UNGASS). Elle a débouché sur l'adoption de trois

éléments: une déclaration politique (qui renforce l'option répressive adoptée jusqu'ici); une série de 5 plans d'actions (qui définissent les mesures à prendre) et une déclaration sur la réduction de la demande (qui est en soi une avancée significative, mais qui ne se retrouve pas dans les deux autres éléments)⁴. Il est prévu d'évaluer ces deux derniers après dix ans. L'année 2008 sera donc une année charnière qui verra la communauté internationale débattre du système mondial de régulation des substances illégales. Plusieurs acteurs y voient l'occasion de reposer le problème de manière froide et analytique, et pourquoi pas, de faire évoluer le système. On différenciera trois groupes principaux. Premièrement, les Etats qui ne se reconnaissent plus dans la ligne du système actuel; deuxièmement, les organisations de consommateurs, comme ENCOD, qui revendiquent avant tout un rôle citoyen pour les consommateurs; troisièmement, les organisations professionnelles, qui ont su se fédérer pour construire de véritables lobbys sur la scène internationale, comme l'International Harm Reduction Association (IHRA), Drug Policy Alliance (DPA) ou l'IDPC (International Drug Policy Consortium). L'argumentation est centrée sur la nécessaire mise à niveau des mesures sur la demande et le refus de les subordonner aux mesures sur l'offre. Plusieurs évolutions récentes du contexte international leur donne des raisons d'espérer:

Montée de l'evidence-based policy

On observe partout une tendance qui vise à rationaliser la prise de décision en matière de politique publique, en s'appuyant le plus possible sur des données objectives. Bien que la «drogue» reste encore solidement ancrée dans le champ idéologique, le discours rationnel et pragmatique, basé sur des faits mis en lumière par des méthodologies reconnues progresse. Les systèmes de monitoring de la problématique se sont renforcés et plusieurs pays disposent aujourd'hui de plans d'action, qui définissent des indicateurs mesurables⁵. Des organismes comme l'Observatoire Européen des

Drogues et Toxicomanies (OEDT), par leur production de données synthétiques et standardisées permet cette meilleure prise en compte des données scientifiques dans les décisions politiques.

Contradictions dans les relations avec les pays producteurs

Les politiques d'éradication des cultures dans les pays du Sud ont eu des conséquences désastreuses, en ciblant prioritairement les paysans pauvres, souvent otages de la situation. Les réseaux mafieux, eux, sont souvent déjà à pied d'œuvre dans d'autres régions pour remplacer les cultures. Les milieux du développement, notamment dans les pays du Sud, ont fortement critiqué cette approche, en mettant le doigt sur la schizophrénie des Etats occidentaux, financeurs de ces politiques d'une part et alliés à certains groupes qui font le commerce de la drogue d'autre part, comme c'est le cas en Colombie par exemple⁶. La contradiction a été portée à son apogée en 2001, lors de la guerre en Afghanistan, où, sous mandat onusien, la coalition anti-taliban a fait alliance avec les seigneurs de la drogue (l'alliance du nord). Ces encombrants alliés ont eu tôt fait de reprendre leurs activités une fois leur pouvoir affermi pour atteindre des niveaux de production jamais encore atteints jusqu'alors.

La légitimité du mode d'action prôné par l'ONUDC s'en trouve ainsi fortement remise en question. Dans le contexte mondial de l'après 11 septembre, l'attitude vis-à-vis des pays producteurs semble être subordonnée à d'autres impératifs, comme la lutte contre le terrorisme en Afghanistan, voire l'immigration en Afrique du Nord.

Changements de paradigme des politiques drogues dans plusieurs pays

Si le cadre prohibitif international est bien accepté par la majorité des pays du monde (le taux exceptionnellement élevé de ratification de ces textes est là pour le prouver), son application commence à être questionnée

dès la fin des années 80. En restant dans le cadre prohibitif dessiné par les conventions, certains pays comme le Royaume Uni, les Pays-Bas ou la Suisse s'engagent dans une politique pragmatique de réduction simultanée de l'offre et de la demande. Les services aux toxicomanes (traitement, réduction des risques) ne sont plus nécessairement subordonnés à l'objectif de réduction de l'offre (la répression). Au tournant du XXIe siècle, cette vision devient dominante en Europe, comme le montre la stratégie anti-drogues de l'UE, adoptée en 2004. Mais elle se développe aussi dans d'autres régions du monde, comme l'Iran ou l'Afrique du Nord.

Mises en réseau des acteurs et constitution de nouveaux lobbys

La mondialisation qui s'accélère dans les années 90 et l'Internet va également permettre à la société civile de s'organiser. Pendant aux institutions multilatérales, de larges réseaux supranationaux se constituent et les échanges s'intensifient. De manière significative, les pratiques particulièrement dégradantes de certains traitements des toxicomanes ont mobilisé des activistes des droits humains, inaugurant un rapprochement probable de ces réseaux avec les acteurs de la dépendance. La collaboration et l'organisation de différents mouvements de la société civile porte en elle la force nécessaire à faire changer les choses au niveau international.

Un nouveau départ en 2008?

Dès lors, on peut espérer une évolution de ce système, dans une perspective plus pragmatique. Celui-ci doit entre autres permettre de concilier les objectifs des pays consommateurs (santé publique) et des pays producteurs (paix civile). Qu'en sera-t-il dans dix ans? Nul ne peut le savoir, mais, au vu de ce qui précède, deux scénarios sont envisageables.

Le premier, celui que tout le monde attend, consiste à poursuivre la lecture très restrictive des traités, afin de faire pression sur les Etats pour qu'ils renoncent à des politiques remettant

en cause le primat de la logique répressive. Quelques légères adaptations de discours, tout au plus, viendront consolider le modèle existant. Les grands pays, comme les Etats-Unis, la Chine ou la Russie sont derrière cette option, qui a pour cette raison les faveurs des pronostics.

Mais une autre issue est possible. La communauté internationale peut également émettre un jugement critique sur les résultats obtenus jusqu'à aujourd'hui. En analysant comment préserver l'essentiel du message prohibitif des conventions, elle pourrait faire la place qu'elles méritent aux mesures sur la demande. La déclaration sur la réduction de la demande («declaration on the guiding principles of drug demand reduction») adoptée en 1998 par l'UNGASS peut servir de base à une redéfinition du mandat allant dans ce sens. Une autre voie est donc possible, où une lecture plus souple des conventions pourrait changer radicalement l'approche actuelle. Le rôle de la communauté internationale pourrait ainsi se recentrer sur la coordination et la promotion de politiques drogues orientées vers la santé publique et respectueuses des droits humains. Ce deuxième scénario a néanmoins de réelles chances de se développer dans le futur, vu la tendance actuelle des Etats (encore largement minoritaires) à adopter cette optique. A cet égard, le rôle que l'UE entend jouer sera certainement déterminant.

Bien que de poids moindre, au vu de son expérience sur le sujet et de sa position enviée sur la scène internationale, la Suisse a probablement un rôle clé à jouer. Elle a fait des droits humains le fer de lance de sa politique extérieure et un de ses atouts principaux pour renforcer son rôle dans la

diplomatie internationale. Genève symbolise cette ambition, avec le siège d'institutions comme le comité international de la Croix-Rouge, le UNHCHR ou le HCR. La conseillère fédérale Micheline Calmy-Rey n'a eu de cesse de renforcer cette composante dans le cadre de son action au Département Fédéral des Affaires Etrangères (DFAE).

Depuis les années 90, la Suisse jouit également d'une autre réputation au niveau international, celle d'un pays qui a adopté une politique pragmatique en matière de drogues. Critiquée au début, cette volonté de privilégier la santé publique au détriment de la morale vaut à la Suisse aujourd'hui un statut envié d'expert au niveau mondial que connaissent bien nos représentants dans les milieux internationaux.

Ces deux éléments de la politique fédérale perdraient à ne pas être mis en relation. Ils se renforcent l'un l'autre et arrivent aujourd'hui à un point de convergence dans l'agenda international. C'est en effet sur la question des droits humains que va porter l'essentiel de la remise en question des conventions onusiennes. Cette question complexe ne trouve que difficilement des solutions consensuelles. Mais, sur les droits humains, les instruments juridiques existent. Il suffit de les importer dans ce champ spécifique pour voir la pratique s'assouplir en reconnaissant l'inaliénabilité de certains droits.

Notes

1) http://www.unodc.org/india/speech_12march2007.html

2) Sur ce thème, voir « The death penalty for drug offences », IHRA, Rick Lines, 2007

3) Ce texte traduit, dans un document

consensuel mais contraignant pour les Etats, les principes énoncés dans la déclaration universelle des droits de l'Homme. Avec son complément, le pacte international relatif aux économiques, sociaux et culturels, ils constituent les deux principaux instruments du droit international pour le respect des libertés fondamentales.

4) Ces textes sont disponibles à l'adresse : <http://www.un.org/ga/20special/>

5) C'est surtout le cas dans les pays européens. Voir à ce propos le rapport annuel 2007 de l'EMCDDA

6) Neumann Vanessa, The Incoherence of US Counternarcotics Policy in Colombia: Exploring the Breaches in the Policy Cycle, The European Journal of Development Research, Volume 18, Issue 3 September 2006, pages 412 - 434

Quelques références utiles

OEDT, Rapport annuel 2007, Luxembourg, 2007

ONU, Pacte international relatif aux droits civils et politiques, New York, 1966

ONUDC, Annual report 2006, Vienna, 2007

Poret Sylvaine, «L'impact des politiques répressives sur l'offre de drogues illicites», Une revue de la littérature théorique, Revue économique, Presses de Sc. Po., p. 1065 à 1091

Richard Elliott, «Contrôle de la drogue, droits humains et réduction des méfaits à l'ère du sida», Revue VIH/SIDA, droits et politiques, vol. 9, n°3, décembre 2004

Roberts Marcus, Klein Axel, Trace Mike, «Towards a review of global policies on illegal drugs», Drugscope, Report one, The Beckley foundation, 2004

Roberts Marcus, Bewley-Taylor David, Trace Mike, «facing the future: the challenge for national & international drug policy», Drugscope, Report six, The Beckley foundation, 2005

Courriel de l'auteur: jf.savary@grea.ch

Gérald Progin,
responsable de
l'Espace
Prévention
Aigle-Pays
d'Enhaut-
Lavaux-
Riviera,
Aigle

Les changements des rapports sociaux ces dernières années sont très importants. Les idéologies individualiste et consumériste imposent le rythme. Les actions de prévention et de promotion de la santé quelles qu'elles soient, n'ont, selon l'auteur, qu'une influence extrêmement peu d'influence sur ces changements. Une mise en rapport critique de ces aspects.

Les limites de la prévention dans une société en pleines contradictions

Nous aurions voulu, dans cet article, tenter une réflexion au sujet des changements que nous avons perçus dans la prévention ces dix dernières années. En y travaillant, il nous est apparu que les évolutions de la société ont eu une influence capitale sur la prévention et la promotion de la santé. A partir de ce constat, nous nous sommes demandés si, a contrario, la prévention/promotion de la santé avaient eu une influence sur lesdites évolutions. Nous avons alors constaté que les enjeux politiques, sociaux et économiques donnaient très souvent le ton et que la prévention n'avait quasi aucune influence sur le type de rapports humains qui découlent desdits enjeux. Il nous a aussi semblé que les courants de pensée dominants - notamment individualisme et monétarisation des rapports humains - dictaient le focus des actions de prévention. De plus, les moyens économiques et humains alloués à la prévention sont tellement dérisoires qu'ils ne peuvent pas avoir d'influence sur les aspects précédemment cités. Forts de ces a priori, nous avons aussi voulu réfléchir de manière

critique au concept de promotion de la santé, concept qui a pris une certaine ampleur ces dernières années. Et nous osons constater, avec passablement de dépit, qu'entre ce que nous voulons faire et ce que nous pouvons faire dans le contexte actuel, il y a un fossé. Ce fossé ne nous paraît pas seulement dû aux éléments évoqués plus haut mais aussi à un nombre important d'ambiguïtés qui, partant d'une idée généreuse dans lequel les compétences de l'être humain sont fortement valorisées, peut aussi piéger tant les professionnels que les potentiels bénéficiaires. Les réflexions que nous vous proposons sont basées sur plusieurs projets que nous avons menés tant au GREA qu'à l'Espace Prévention. C'est donc à une vision plutôt critique pour les acteurs de la prévention que nous vous convions.

Des hypothèses de base

En parcourant les divers numéros de dépendances consacrés à la prévention - et plus largement, quelques documents produits ces dix dernières années sur ce thème, nous avons été frappés par une évolution fondamentalement peu marquée. En effet les concepts en cours aujourd'hui sont

déjà présents, notamment la promotion de la santé au côté des 3 niveaux de la prévention - primaire, secondaire et tertiaire. Ils côtoient les idées de prévention globale ou spécifique, de prévention structurelle et de réduction des risques. Le dépistage, les questions liées aux groupes à risques sont aussi présents. La littérature et les études tendent à aborder la prévention/promotion de la santé en termes de comportements à risques mais, dans les actions et les projets concrets, on reste encore principalement axés sur les produits.

Cela reflète, à nos yeux, assez bien les difficultés fréquemment relatées autour de la définition de la prévention et l'identité de ses acteurs: le métier de «préventologue» n'existe pas. Travailleurs sociaux, personnels liés à la santé, policiers, enseignants, tous s'essaient, de diverses façons à faire de la prévention. Le tout dans un contexte social, politique et économique en pleins changements. Un contexte dans lequel la majorité de nos repères, des règles instituées, particulièrement durant les trente ans de croissance économiques (1960-1990) sont remises en question. La majorité des consensus sociaux élaborés durant les Trente glorieuses ont perdu une bonne part

de leur actualité. L'individualisme, le consumérisme, les changements du rapport à son corps, le «tout tout de suite», le jeunisme, etc. règnent en maître permettant à chacun et chacune de puiser dans différentes boîtes à outils des idéologies, celle qui lui convient le mieux à chaque moment. Comment, dans ce contexte, s'accorder sur ce que pourrait être LA prévention?

En regardant côté alcool

Le cas de l'alcool peut nous permettre d'observer l'évolution évoquée plus haut et les «résultats» qu'un contexte économique peut produire. Le libéralisme économique ambiant a fait sauter la majorité des cadres et des temps durant lesquels la consommation d'alcool - cas échéant les abus qui peuvent y être liés - est acceptée. Citons la disparition de la clause du besoin pour les établissements publics et l'augmentation importante du nombre et des heures d'ouverture des établissements de nuit y compris durant la semaine. Une sérieuse augmentation des possibilités de consommer de l'alcool.

Le rapport à son corps, aux exigences de la société - notamment mode de la nécessité de bien-être permanent, stress - ont sans doute aussi modifié le rapport à l'alcool. Le besoin de performance fait aussi que, pour être en forme en début de soirée, il est préférable d'avaler rapidement une certaine quantité d'alcool: faisons vite et efficace.

Côtés positifs, notre société étant malgré tout très protectrice, certains risques ne sont plus tolérés - par exemple mourir sur la route. Ainsi, malgré des oppositions importantes, notamment des lobbys de l'alcool, le 0,5 pour mille a pu être instauré. Auparavant, voyant que de nouvelles boissons telles les alcopops, considérées comme dangereuses pour les jeunes, prenaient une place considérable, et pour éviter une «épidémie», des taxes ont été très rapidement instaurées décourageant totalement les importateurs et faisant chuter la vente de ces nouveaux produits. Nous voilà

donc dans une prévention structurellement efficace. Ne nous demandez toutefois pas pourquoi et comment de tels «miracles» peuvent se produire. Mais nous avons quelques doutes que le lobby de la prévention soit suffisant pour avoir produit de tels résultats...Tout au plus a-t-il participé - amplifié? - un mouvement pré-existant.

Quelques jolies actions politiques ont toutefois fleuri d'ici et de là: interdiction de la publicité pour l'alcool sur la voie publique à Genève et de vente dans les stations-services par exemple. De beaux projets se sont aussi développés: Prévenfête qui propose un appui aux organisateurs de festivités pour leur permettre de prendre des précautions pour éviter les accidents divers dus à l'alcoolisation excessive ou le conducteur désigné permettant à une personne de ne pas boire pour accompagner le retour de ses petits camarades. La mesure du taux d'alcoolémie à travers la fourniture ou la vente d'éthylotests ou l'usage d'un programme informatique ont aussi fait leur apparition. Des appuis pour les cafetiers et les commerçants permettant de dire «non» aux trop jeunes ou à ceux qui ont déjà assez bu ont aussi donné quelques résultats.

Mais, de manière générale, il nous semble que ces actions suivent plutôt l'évolution des abus dans la consommation d'alcool sans avoir une réelle influence sur celles-ci. Et il est souvent question de réduction des risques: autre évolution liée aux changements sociaux.

Côté drogues illégales

Là, nous reviendrons un peu plus en arrière puisque, ces dix dernières années ont essentiellement vu la réduction des risques s'enraciner. Rappelons toutefois que les actions de réduction des risques ont été liées à l'arrivée du sida et la peur d'une pandémie dans les pays occidentaux plutôt que d'une réelle prévention de l'abus de substances psychotropes. L'investissement financier très important face à ce risque a permis de le limiter considérablement. Serait-ce suffisant pour

imaginer que, lorsque les enjeux de santé publique sont considérés comme capitaux et que les risques sont suffisamment importants pour les individus, des moyens économiques importants permettent un changement radical des habitudes de vie?

En ce qui concerne le cannabis, nous sommes dans une situation complexe. Il s'agit-là d'un produit qui est resté dans une certaine marginalité durant de nombreuses années puis qui a, ces dix dernières années, explosé. Les partisans de la répression, qui ont notamment fait échouer la votation, par le parlement, de la nouvelle loi sur les stupéfiants, n'ont en aucun cas réussi à diminuer ou à stopper cette augmentation. Cela a probablement eu un effet contraire.

Il ne fait aucun doute, à nos yeux, que nous sommes très clairement dans ces modifications des comportements liés aux changements économiques, sociaux, culturels et de rapports à son corps. Changements sur lesquels la prévention ne nous semble avoir que peu de prise...

Une critique du concept de promotion de la santé

Une définition

Pour s'entendre sur la suite, il est nécessaire de rappeler ce qu'est la promotion de la santé. Ce concept se réfère à la Charte d'Ottawa (1986). La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé et d'améliorer celle-ci(...). La promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire: elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. Nous interprétons cette définition de la manière suivante:

La promotion de la santé

- travaille avec les gens et non pour eux
- s'intéresse autant à l'individu qu'au milieu
- touche tous les secteurs de la société y compris l'environnement
- souligne les dimensions positives de la santé

- s'attaque aussi bien aux causes sous-jacentes de la santé et de la maladie qu'à leurs causes immédiates.

Nous rejoignons aussi les auteurs du même article sur les 5 domaines d'action de la promotion de la santé:

- l'action sur les politiques publiques
- l'action sur l'environnement
- le renforcement des activités communautaires
- le développement des compétences individuelles
- la réorientation des services de santé vers la communauté¹.

Santé versus prévention communautaire

En promotion de la santé, nous souhaitons sortir de la santé comme absence de maladie pour aller vers une réflexion plus globale prenant en compte les liens sociaux et les compétences individuelles comme éléments favorisant la santé. Nous souhaitons aussi travailler plutôt avec des groupes ou des communautés, notamment pour s'appuyer sur l'échange de compétences que peut favoriser le groupe. En pratique, il faut avouer qu'il est extrêmement difficile de mener des actions dans ce sens. Tout d'abord parce que nous vivons de plus en plus dans une société valorisant l'individu et la réussite individuelle. Nous allons donc à «contresens». Ensuite, s'il nous est relativement facile d'approcher des communautés déjà constituées - associations diverses, groupes paroissiaux, groupes de jeunes, chorales ou clubs sportifs - nous ne savons pas vraiment comment et avec quels moyens toucher des communautés considérées comme étant moins insérées et «à risques», par exemple des migrants ou des personnes défavorisées.

Dans les faits, si nous souhaitons aller au bout de notre idée, il serait indispensable, comme «promoteur de la santé», de prendre un temps très important pour mieux connaître les besoins des communautés pré-citées. Mais il est quasiment impossible de trouver des financeurs pour un travail d'approche long et «improductif»? Les exigences de rendements actuels liées

à l'approche par projet - souvent 3 ans - rendent impossible un tel travail.

Un autre problème, c'est que, souvent, les membres de ces communautés n'expriment pas nécessairement leurs besoins dans les termes dont nous sommes «friends», n'y ayant pas accès. De plus, il est fort probable que les besoins exprimés ne correspondent pas aux réponses que nous pourrions donner et pour lesquelles nous avons des compétences. Quid de ce problème?

Qui décide de ce qui est bon?

Et nous arrivons là dans une autre interrogation fondamentale. Les études montrent assez clairement les problèmes de santé que rencontre une majorité de la population. Nous pouvons définir ainsi quels sont les groupes «à risque» donc ceux qui devraient être touchés par les campagnes de prévention et de promotion de la santé.

Mais sachant cela, quelle place reste-t-il à l'individu ou au groupe pour faire le chemin nécessaire à l'évaluation de son état et à la recherche des moyens qui lui permettront une évolution possible? Pourrait-il y avoir contradiction entre les connaissances scientifiques et la promotion de la santé qui préconise un travail avec et non pas pour les personnes concernées et un respect de leurs connaissances, de leurs compétences et de leur capacité de choix.

Bref, si les études nous montrent les problèmes, elles ne devraient en aucun cas définir les manières de les traiter.

Les aspects économiques sont, très vraisemblablement, un des moteurs essentiels aujourd'hui des actions de santé publique: les autorités politiques ont une sérieuse propension à «prévenir» là où les actions pourraient limiter sérieusement tout risque d'augmentation des coûts de la santé. Il faut que la prévention rapporte...

Le choix individuel

Comment un individu choisit ce qui est bon ou mauvais pour lui? Comme pour les autres chapitres, nous n'avons évidemment pas la prétention de ré-

pondre à cette question. Juste de la poser en tentant quelques développements. On s'accorde à dire qu'une bonne formation scolaire doit permettre de comprendre et de mesurer le mieux possible le monde qui nous entoure et les enjeux qui y sont liés. Mais, malgré cela, et comme évoqué plus haut, nous ne faisons pas toujours ce qui est bon pour notre santé. Nos cultures, nos désirs, l'inconscient, le milieu dans lequel on est inséré, les enjeux sociaux auxquels nous sommes confrontés nous font faire des choix qui ne sont heureusement pas toujours «logiques» ou en faveur de notre santé. Et le changement n'est pas un processus mesurable.

Une autre critique que l'on pourrait adresser à la promotion de la santé concerne la notion de changement. Dans cette approche, le changement est valorisé lorsqu'il fait l'objet de la volonté du groupe ou de la prise de conscience personnelle des problèmes. On ne peut toutefois pas «permettre» le changement. Il est «spontané» et volontaire ou il n'est pas.

La responsabilité individuelle

Là, nous touchons un nœud important. Au GREA, nous considérons la responsabilité individuelle - et nous sommes pleinement d'accord avec cette approche - a un aspect «libérateur». Elle autorise entre autres choses l'individu dit «dépendant» à rester acteur d'un potentiel changement et à éviter que le thérapeute décide pour lui de ce qui est bon ou non. Pour le GREA, cette responsabilité individuelle n'implique pas que la personne dépendante doit s'en sortir seule et n'a pas besoin d'aide pour cela. Il ne s'agissait pas non plus d'entrer en matière sur le fait que l'individu responsable doit assumer seul le résultat de ses actes. Dans l'acceptation de ce concept, la solidarité des membres de la société est le pendant de la responsabilité individuelle. De notre point de vue, il s'agissait de donner tous les outils à l'individu - et accessoirement au groupe - pour pouvoir prendre une décision en connaissance de cause.

Et que constatons-nous aujourd'hui. Notamment que certains politicien,

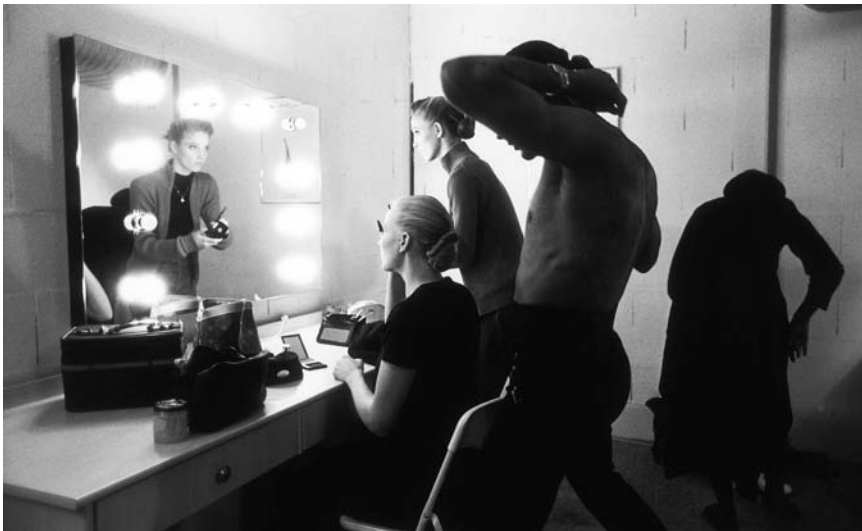


Photo Interfoto

Jeunisme et bien-être permanent sont à la mode

éditorialiste ou directeur d'assurances reprennent cette notion de liberté individuelle pour «punir» l'individu qui «gaspille» son capital-santé en limitant son accès aux soins ou en lui facturant tout ou partie desdits soins. Ou, dans le plus soft, valoriser financièrement celui qui «fait juste». Récupération malhonnête d'une idée et d'un concept généreux et humaniste.

Un impact sur le contexte politique

En promotion de la santé, on parle d'action sur les politiques publiques. Or, à notre connaissance, peu d'organismes appliquent vraiment une telle action. Une telle action demande une analyse fine des politiques publiques et de proposer une vision globale des méfaits des politiques publiques sur la santé.

Pour aller réellement dans le sens de la promotion de la santé, il serait nécessaire de mener des politiques sérieuses favorisant par exemple l'usage des vélos et/ou de la marche. Mais, là, on se heurte à la liberté individuelle et à la liberté de commerce. Les moyens mis en œuvre actuellement pour inciter de tels changements sont dérisoires en comparaison avec la publicité et les incitations à défendre chèrement les libertés individuelles. Au niveau du tabac, l'exemple est encore plus frappant puisque là, on s'attaque à des entreprises et à des emplois.

Autre exemple concret, le sponsoring. Lorsque nous voyons que l'équipe suisse de football est par exemple sponsorisée par une grande marque de bière, nous sommes évidemment en

pleine contradiction. Quels messages envoyons-nous en jouant ce genre de jeux? Inacceptable à notre avis même si nous comprenons fort bien les enjeux divers et contradictoires qui nous amènent à de telles aberrations.

Autre problème: la majorité des projets de promotion de la santé sont financés par les pouvoirs publics. Et il est rare qu'un financeur accepte d'être «critiqué» avec les subventions qu'il octroie. De surcroît, l'autocensure est à l'œuvre chez la majorité des acteurs de prévention et de promotion de la santé: il est fort probable que ces derniers ne se permettent pas des actions qui pourraient remettre en cause leur subventionnement.

Pour conclure: des perspectives peu réjouissantes

Nous sommes plutôt pessimistes au sujet de la prévention dans un futur immédiat. En effet, il est pour le moins probable que les actions de prévention vont avoir essentiellement pour buts des diminutions des coûts de la santé. Et ceci au détriment des réflexions sur les liens sociaux et sur l'augmentation de la qualité de la vie. Pour preuve les divers discours sur la responsabilité individuelle qui vont amener les assurances sociales à diminuer leurs prestations lorsque les individus ne ménagent pas leur «capital-santé» et ceci, évidemment au détriment de la solidarité indispensable à un fonctionnement social harmonieux.

De plus, la société dans laquelle nous vivons est très souvent en contradic-

tion avec les besoins des hommes et des femmes en matière de santé au sens large. L'individualisme et les rapports humains réduits à de seuls rapports économiques ne permettent que difficilement de faire passer des messages et de mener des actions favorisant la santé.

Ces différentes réflexions, toutes pessimistes qu'elles soient, ne nous empêcheront pas de défendre et de poursuivre un travail de promotion de la santé qui reste en accord avec les études qui montrent que les liens sociaux et la connaissance du contexte dans lequel l'individu évolue améliorent la santé. Les actions qui vont en ce sens n'ont toutefois pas une efficacité immédiate puisqu'elles doivent tenir compte de l'individu et de ses capacités de changement. Ne reste donc «plus qu'à» expliquer ces phénomènes avec patience et conviction.

Note

1) La promotion de la santé selon la Charte d'Ottawa: une approche applicable en Suisse? Marie Josée Burnier, Maïthé Busslinger, Christophe Dunand, in dépendances no 6, décembre 98

Références

La prévention: d'une définition à un choix de société; dépendances no 6, décembre 98

Réduction des risques: concepts pratiques et éthique, dépendances no 8, septembre 99

Faire face au dopage festif, dépendances no 22, mai 04

Le modèle du cube, nouveau paradigme d'une politique des addictions, dépendances no 29, septembre 06

Psychoaktiv.ch, rapport de la commission fédérale pour les questions liées aux drogues, 2006

Projet «Animation de quartier dans les villes de Bex et de Villeneuve»; Espace Prévention Aigle-Pays-d'Enhaut-Lavaux-Riviera, 2005-2007; non publié

Prévention structurelle; Spectra 63, juin, juillet 2007

Courriel de l'auteur:

gerald.progin@omsv.vd.ch

La reconnaissance du travail social palliatif

Marc-Henry Soulet, Chaire de travail social et politiques sociales, Université de Fribourg

Le travail social palliatif: une notion qui sonne étrangement au premier abord mais qui pourrait bien définir la réalité du travail social ces prochaines années. Devant l'impossibilité à transformer des individus en vue de les adapter à une société toujours plus exclusive, le travail social amorce une évolution sous-tendue par une logique inspirée de la réduction des risques. Analyse. (réd.)

Livrer une vision prospective des évolutions probables des enjeux sociaux à l'horizon 2018, telle était la commande pour ce numéro anniversaire de «dépendances». Si l'invitation était alléchante, la tâche s'avère bien délicate par contre. Emporté par l'élan de l'enthousiaste volonté de livrer sa vision du monde, à tout le moins d'une partie du monde, celle qu'il connaît le moins mal, le "social scientist" pourrait aisément être tenté de se faire devin ou de se muer, ne serait-ce que l'espace d'un instant, en Pythie des temps contemporains. Car il n'est ni dans les compétences, ni dans les missions de ce dernier, de lire les astres (ou les entrailles) et encore moins bien sûr de tirer des plans sur la comète.

Comment donc répondre à une telle sollicitation sans compromettre son esprit de sérieux? Probablement en prolongeant une aptitude acquise et une expertise ordinaire, celle d'analyser le présent. Et, si l'on y réfléchit bien, n'est-ce pas là d'ailleurs le fondement de tout travail de prospective: dresser des conjectures en étant fondamentalement ancré dans la connaissance du présent. Faire œuvre d'imagination réaliste, en quelque sorte, en gardant toutefois toujours en mémoire que s'attacher à dire le futur est une manière de qualifier ce qui dans le présent



L'intégration n'est plus un but mais devient relative

n'est pas visible ou ne veut pas être socialement mis en vue. C'est en tout cas le pari que j'ai fait en essayant de répondre à cette commande. Autant dire qu'en ayant le regard porté sur l'horizon de la prochaine décennie, il s'agira de scruter intensément ce qui se dessine aujourd'hui en référence au postulat que ce qui adviendra demain ne sera qu'une forme explicite et radicalisée de ce qui se joue aujourd'hui de façon embryonnaire et voilée.

Les deux faces du social: brève mise en perspective

Mais, avant de regarder en avant, jetons un rapide coup d'œil dans le rétroviseur temporel. Il y a environ trente ans, Jacques Donzelot intitulait un entretien qu'il donnait aux Cahiers de la recherche sur le travail social, *Les deux faces du social*, dans lequel il distinguait au sein du travail social le versant "protéger l'individu de la so-

ciété" et le versant "protéger la société de l'individu" ¹. Il pointait déjà l'émergence, à côté de ces deux versants qui, l'un comme l'autre, fonctionnent à l'imputation, de la démarche implicite, beaucoup plus pragmatique. Un peu plus de dix ans plus tard, il tentait de rendre compte d'un social renouvelé² dont la finalité centrale n'était plus de garantir une société de producteurs mais de produire la société par la participation de chacun de ses membres, notamment en cherchant à inclure les plus périphériques dans le jeu de l'engagement et du projet.

Le deux faces du social semblent toujours co-exister aujourd'hui. Préserver la société contre l'individu s'est marqué par un renforcement et un dur-



Photo Interfoto

cissement de la logique de la défense sociale avec le développement des politiques sécuritaire, au point où certains politologues et criminologues ont pu parler d'État social sécuritaire. Protéger les plus faibles des effets de la machinerie sociale demeure toujours, mais protéger ne signifie plus assurer, contenir les dangers, compenser les dégâts, indemniser les préjudices. Désormais, protéger l'individu, c'est le promouvoir comme acteur, le

soutenir tout au moins dans l'entreprise de sa participation à la production de la société. Il faut faciliter et non compenser; il faut corriger les mécanismes actuels qui découragent les personnes à être actives par l'attribution d'une aide émancipatrice pensée comme un moyen absolu d'évitement de la trappe de la pauvreté et de lutte contre la dépendance à l'État social. On a désormais coutume d'utiliser, à la suite d'Anthony Giddens³ le terme de "politique générative" pour désigner cette forme de développement des capacités à générer des résultats autonomes plutôt que de renforcer une dépendance mutilante promue par les politiques compensatoires. Les offres s'individualisent dès lors logiquement, se centrant sur le client et sur ses aléas biographiques, afin de convertir des "dispositions handicapantes en dispositions capacitantes" ⁴.

L'État social s'est ainsi reconfiguré un peu partout autour de l'État social actif, plus spécifiquement autour de politiques sociales promotionnelles reposant sur le développement des capacités d'action des individus et soutenant leurs conditions de réalisation. Or, à cela, il y a un postulat implicite: la motilité intrinsèque des individus. Chacun est censé détenir des capacités socialement significatives et socialement convertibles. Cependant ce postulat est empiriquement infondé. Nombre d'individus, en raison de leur trajectoire biographique comme de la nature des exigences du système socio-économique, ne peuvent, momentanément ou durablement, ressortir d'une logique de l'activation. Ce n'est pas un problème de mise en mouvement qui les caractérise, mais un problème d'arrimage. Pour cette population, ce n'est pas sa perfectibilité qui doit être au centre de l'intervention mais sa vulnérabilité⁵. La longueur de la relation avec les institutions sociales, tout comme la lourdeur de l'expérience sociale vécue, viennent pour eux obérer la possibilité d'une métamorphose les faisant passer d'un destin subi à un destin dominé, pour reprendre l'expression d'André Malraux⁶. Ces individus, bri-

sés par la vie, n'ont, conjoncturellement ou plus durablement, ni les ressources ni les supports pour s'aménager une niche de sécurité ontologique. Dès lors, force est de constater la co-existence de deux nouvelles figures du travail social, l'une cherchant à promouvoir une potentialité positive, l'autre visant à contrer une potentialité négative. La première appelle un registre génératif cherchant à résoudre un problème de stagnation (la fameuse trappe de l'assistance) dans une logique de promotion, la seconde appelle un registre palliatif faisant face à un problème de dé-socialisation (la crainte du décrochage social) dans une logique de réduction des risques. Bien sûr, dans la réalité institutionnelle actuelle du travail social, cette typologie ne se donne jamais à voir comme telle. Il y a pourtant fort à parier que d'ici peu, et il n'y aura peut-être pas à attendre dix ans, elle apparaîtra dans toute sa radicalité car c'est toujours à partir de sa "part maudite"⁷ qu'un système se donne à lire. C'est en tout cas la perspective que je trace à l'horizon social des prochaines années. Le travail social palliatif me semble en effet constituer la conséquence logique du déploiement de l'État social actif, même s'il s'apparente encore actuellement à un point aveugle. Quasiment absent des débats professionnels, politiques et scientifiques du moment, il risque fort de saturer prochainement le débat autour de la solidarité tant il interroge les fondements de la cohésion sociale, et de contribuer à redessiner les contours de l'exercice du travail social lui-même.

Le travail social palliatif: définition provisoire

Nous ne pouvons donc plus longtemps faire l'économie de penser ce travail sur les "restes" des politiques activationnelles, sauf à tomber aveuglément dans le credo iréniques des politiques génératives. Essayons dès maintenant d'en dresser les lignes de force, même si bien sûr trop abruptement et trop rapidement. Adressé au solde des ingérables par les mesures actives et le travail social promotion-

nel, le travail social palliatif se donnera à voir sur le mode de la personnalisation, c'est-à-dire sur la centration de l'intervention sur la réhabilitation de l'individu comme personne morale, comme être propre porteur de dignité. Focalisé sur le défi d'une production de non-désaffiliation en l'absence de possibilité d'intégration, il prolongera les politiques de réduction des risques et d'évitement de l'empirement. Il s'affrontera alors au problème du sens d'une intervention qui n'a plus de visée transformatrice de l'autre et qui met au centre la question de la durée sans finalité. Accompagner l'autre signifiera en ce sens, aller le chercher

dans ce qui lui reste de personne pour lui faire construire de la ligne dans l'immobilité, signifiera promouvoir dans le moment qui dure ensemble le désir de continuer ainsi en donnant du sens à le faire...

Plus qu'un long développement, le tableau ci-dessous permet de saisir, par un jeu avec les contraires, la teneur de ce que pourrait recouvrir, une fois mise de côté toute pudeur et prudence, l'idée même de travail social palliatif. À partir de celui-ci, il me sera alors possible d'en identifier les points névralgiques.

Le travail social palliatif nous confrontera à une double question pragma-

tique: ce que peut recouvrir l'accueil ouvert quand il s'agit d'entendre l'autre à partir de ses préoccupations du moment, quand l'accueil est sans conditions, et ce que recouvre l'accompagnement quand l'accompagnement doit renoncer au mouvement, quand il s'agit d'accompagner sur place, de durer ensemble (sans aller jusqu'au partage du quotidien pour faire référence à une autre logique étymologique, celle du compagnonnage). En d'autres termes, il contraindra à définir, d'une part, ce qu'accueillir veut dire quand l'accueil n'est plus un simple outil de captage de populations désorientées que l'insertion

Les deux figures du travail social de demain

Perfectibilité		Vulnérabilité
<i>Type de travail social</i>	Travail social génératif, promotionnel habilitant	Travail social palliatif à bas seuil évitant l'empirement
<i>Type de dispositif</i>	Dispositif d'action soutenant les potentialités et favorisant les conditions sociales de leur accomplissement pour aider à changer par le biais d'un projet	Dispositif de maintien cherchant à poursuivre le contact et à restaurer l'estime de soi pour aider à tenir par le biais d'un pacte
<i>Cible</i>	L'acteur comme soi inachevé dont il faut favoriser les capacités d'action (individus en devenir)	La personne comme soi désaccordé dont il s'agit de rétablir la dignité (individus négatifs)
<i>Type d'action</i>	Travail d'autonomisation et d'empowerment valorisant le pouvoir agir	Travail de réhabilitation valorisant le pouvoir être
<i>Type de relation d'aide</i>	Relation d'aide définie à partir de la perfectibilité de l'utilisateur. Rapport pédagogique visant une progression dans la vie sociale	Relation d'aide définie à partir de la vulnérabilité de l'utilisateur. Lien d'accompagnement social personnalisé visant l'évitement d'un décrochage de la vie sociale.
<i>Temporalité</i>	Progressisme: travail de projection et de mise en mouvement	Présentisme : travail de rapprochement et de réarmement
<i>Modalités</i>	Formation, au sens large, pour enrichir le patrimoine de capacité d'action et construction en commun d'un projet pour apprendre le sens de la ligne	Maintien de l'utilisateur dans une dynamique d'aide afin de ne pas rompre les dernières attaches en s'affranchissant de toute visée à long terme et de toute perspective normative et multiplication des prises (comme l'alpiniste) susceptibles de transformer les attaches à partir desquelles la personne pourra se réaccorder.
<i>Efficacité</i>	Efficacité stratégique visible et mesurable (but ou non atteint)	Efficacité poétique imprévisible et invisible (création des conditions de l'action)

dans les rets du travail social permettait de tirer linéairement vers l'autonomie grâce à la logique du projet, et, d'autre part, ce qu'accompagner veut dire quand il ne s'agit plus de la modalité de passage de l'accueil à l'autonomie. Le travail social palliatif, centré sur tout un vocabulaire de présence et faisant d'ailleurs de l'ici et maintenant son univers (attention, écoute, souci, prise en compte, veille) fera de l'accueil un pivot central de son activité. Mais que peut-être l'accueil quand l'accompagnement est horizontal? Que peut être aussi d'ailleurs l'accompagnement quand les accueils sont répétés? Peut-on, en quelque sorte, contractualiser, responsabiliser, faire participer de manière horizontale et non finalisée? Que veut dire horizontalement, par delà le fait que se dessine dans ce cas une action conçue et conduite à partir d'un cadre de vie singulier concret endogène et non plus à partir d'une projection développementaliste exogène? Comment dans ce cadre lier accueil et accompagnement? On le voit les questions ne manqueront pas, certaines taraudant déjà en sourdine le présent de nombre de travailleurs sociaux au front des populations "non mobilisables".

Accueil non finalisé et accompagnement immobile conduiront probablement à des formes de thérapie allégée assimilant l'intervention à une écoute relevant plus de la sollicitude et de la compassion que de la solidarité, sous la forme d'appuis qui allègeront afin de permettre de supporter, voire de surmonter, par un effort singulier, l'épreuve d'une vie à côté. Il s'agira prioritairement, par la mise en œuvre d'actions de proximité, de participer à créer un espace de parole et de convivialités faciles, d'ouvrir un micro-espace de communication. Comme toute logique de bas seuil, elle ne sera pas en priorité centrée sur le soin, mais visera plus spécifiquement la constitution d'un espace de réconfort et de première protection afin de permettre l'énonciation de la souffrance dans des dispositifs mêlant disponibilité à autrui et grande accessibilité par une logique d'intervention

de proximité.

La disponibilité sous-tendant toute logique d'accueil ouvert (recevoir et accepter sans condition) soulève un certain nombre de questions, notamment le sens même de l'intervention à développer comme l'exemplifie aujourd'hui déjà le cas des lieux d'accueil à bas seuil pour les toxico-dépendants dans les programmes de réduction des risques. La tendance à se centrer davantage sur la réduction des risques sociaux pose en effet brutalement la question des stagnants. Que faire? Colmater les brèches (régler les factures), produire une structuration autour d'eux, développer des routines (l'atelier pour le travail, le foyer pour la sociabilité, l'unité de soins pour la médication, le service social pour les dettes) et, de temps à autres, discuter des problèmes des usagers quand ils le veulent. Des personnes seront appelées à *rester* toute leur vie, il faudra faire avec, mais dès lors quel sera l'objectif de la prise en charge⁸? Faudra-t-il la limiter à une gestion budgétaire et à un accompagnement social, voire à un soutien psychologique afin de rendre réellement effectif l'objectif d'aide à la survie? Mais sur quoi fonder la professionnalité des intervenants? Faudra-t-il maintenir, à côté d'un effort d'amélioration des situations, un idéal (largement fictif) de transformabilité de la population, au risque de faire de l'intervention (ce qu'elle est déjà aujourd'hui parfois le cas) un simulacre permettant à chacun de sauver la face en jouant le jeu de la convention?

Le travail social palliatif: promotion d'une intégration relative et nouvelle culture professionnelle

Si, demain encore plus qu'aujourd'hui, les politiques sociales seront supposées agir sur les structures et les individus pour permettre à chacun, selon ses habiletés, de participer à la production de la société, en créant des opportunités en même temps qu'en jouant la transformabilité des individus pour faciliter la saisie de celles-ci, les logiques de protection sociale (celles qui doivent protéger l'individu de

l'*ubris* de la société en raison de la compétitivité accrue et de l'élévation du niveau requis de compétences pour participer socialement) devront en conséquence viser plus spécifiquement la création de places au sein de programmes transitionnels qui en fait dureront encore plus qu'aujourd'hui et surtout ne pourront le faire que dans l'officialité. Plus que d'une étape segmentée dans un cursus de retour à la conventionnalité, on assistera alors à la création d'un secteur transitionnel stabilisé et stabilisateur supportant des formes d'intégration intermédiaires, relatives, mais qui deviendront des horizons en soi, transformant un processus pensé comme unique en des états variés.

En raison de la situation et des capacités des usagers et du cadre général de mise en mouvement et de mise en concurrence de soi généralisée, l'intégration devra en effet être adaptée, ou plus justement aménagée, aux caractéristiques individuelles de ceux qui ne pourront pas prendre le train de la motilité. Ces petits arrangements pratiques ne feront plus de l'intégration un idéal, un but absolu à atteindre, mais la dessineront comme une place relative où les personnes pourront trouver un certain degré d'autonomie et des conditions pas "trop mauvaises" d'existence. Cette idée d'intégration relative impliquera deux conséquences, déjà perceptibles aujourd'hui, sur la nature des programmes sociaux qui seront à développer: a) une personnalisation avec des plans individualisés de ré-intégration et, bien évidemment, une individualisation de ce qui peut être considéré comme un succès; b) une extension du principe de réduction des dangers puisque le but sera la stabilisation dans les conditions de vie les moins mauvaises possibles. L'intégration non totale deviendra alors plus complexe. Tout d'abord, cette relativisation manifesterait un changement profond de philosophie des politiques sociales avec notamment la fin de l'idéal de traitement égal. Ensuite, elle poserait un sérieux problème d'évaluation. Comment en effet apprécier politiquement l'idée d'intégration relative? Par la maîtrise des

dommages collatéraux? À partir de quand et jusqu'à quand, par ailleurs, pourra-t-on considérer qu'une intégration relative sera une réussite? Et pourquoi? Enfin, l'intégration relative, partielle donc, en montrant que la réalité est hybride puisque qualifiant des formes différentielles d'intégration, définira une conception des politiques sociales visant à soutenir les individus pour qu'ils puissent coopérer et partager. La participation deviendra encore plus l'aune de la citoyenneté, rejetant encore davantage dans les limbes de la société ceux qui ne pourront accéder à cet idéal participatif.

Se posera par ailleurs également le statut de cette intégration relative. S'agira-t-il d'une pratique implicite inhérente aux programmes de réintégration sociale ou constituera-t-elle une composante intégrante de la réalité des sociétés modernes? Son statut social est ici en jeu. Objectif officiel ou réalité souterraine? Malgré les efforts de mise en mouvement généralisé pour accomplir l'idéal participatif, un "solde de non-réinsérables", déterminé par le jeu de l'offre et de la demande de travail, subsistera toujours. Sera-t-il possible de viser officiellement pour ceux-ci un mode de vie qui pourra être indépendant d'une activité professionnelle sans mettre en cause le principe commun de solidarité sociale, sans transformer culturellement notre conception du vivre-ensemble?

Le travail social palliatif marquera donc la fin d'une téléologie aussi ra-

dieuse qu'inaccessible. En officialisant le renoncement à une intégration "pure et parfaite" pour tous, il induira inévitablement une transformation culturelle profonde. Il marquera très probablement la promotion d'une non-finalisation de tout un pan de l'intervention sociale, consacrera l'immobilisme de l'assistance et sanctifiera l'accueil ouvert, inconditionnel et répété.

Mais, en sanctionnant la fin de l'acharnement projectuel au profit de la construction d'un espace de sécurisation ontologique, il heurtera la vision "romantique" du travail social, celle qui était mue par un idéal pédagogique de transformabilité de la clientèle. Quand l'accompagnement se fera pour aider à tenir plus que pour aider à changer, l'inquiétude professionnelle risquera sans nul doute de gagner les travailleurs sociaux, déroutés devant cette dérobade de ce qui faisait les charmes et les idéaux du travail sur autrui. Dans cette "bienveillance dispositive"⁹, ce seront probablement l'expérience ou les aptitudes singulières des travailleurs sociaux qui seront en effet sollicitées plus que les logiques professionnelles et/ou les normes institutionnelles.

Notes

1) Donzelot J., "Les deux faces du social" in Les Cahiers de la recherche sur le travail social, n°9, 1985.

2) Donzelot J., "L'avenir du social" in Esprit, mars 1996.

3) Giddens A., Beyond Left and Right: The

Future of Radical Politics, Polity Press, Cambridge, 1994.

4) De Munck J., Genard J.L., Kuty O., Vrancken D., Delgoffe D., Donnay J.Y., Moucheron M. et Macquet C., Santé mentale et citoyenneté. Les mutations d'un champ de l'action publique, Academia Press, Gent, 2003.

5) "En effet, lorsque l'autonomie est définie dans sa potentialité (l'usager est défini à partir de sa perfectibilité, c'est-à-dire comme étant sur la bonne voie de l'intégration), la relation d'aide se déploie comme un rapport pédagogique reposant sur une psychologie du développement du sujet. À l'inverse, lorsque la peur du risque se substitue à l'espérance du progrès social, l'autonomie est saisie à partir des conditions sociales qui la rendent difficile voire impossible (l'usager est identifié à partir de sa vulnérabilité, c'est-à-dire glissant sur la pente dangereuse de l'exclusion); dans ce cas, la relation d'aide devient un accompagnement social personnalisé, alimenté par une psychologie de la rupture des liens." Laval C. et Ravon B., "Relation d'aide ou aide à a relation" in Ion J., Le Travail social en débat(s), Paris, Éditions la Découverte, 2005, p. 235.

6) Malraux A., Anti-mémoires, Paris, Éditions Gallimard, 1967.

7) Bataille G., La Part maudite, Paris, Éditions du Seuil, 1971.

8) Oeuvery K., Rester dans les temps. Ancrages spatio-temporels des personnes toxicodépendantes sans perspectives de travail, Thèse de doctorat, Faculté des Lettres de l'Université de Fribourg, 2007.

9) Belin E., Sociologie des espaces potentiels. Logique dispositive et espaces potentiels, Bruxelles, Éditions De Boeck, 2001.

Courriel de l'auteur:

marc-henry.soulet@unifr.ch

Un point de vue pharmacologique sur l'évolution du marché de la drogue

Daniele Fabio Zullino,
médecin chef
de service
Yasser Khazaal,
médecin
adjoint
Service d'abus
de substances,
Hôpitaux
Universitaires
de Genève

Partant des dernières connaissances en neurobiologie, qui nous apprennent que certains mécanismes sont valables pour toutes les substances psychoactives, les auteurs du présent article dessinent le profil idéal des drogues de demain, du point de vue de ceux qui veulent en faire profit...(réd.)

Le monde des addictions change vite. Les dernières décennies ont été le témoin de changements importants, entre autres dans les substances utilisées, les modes et les contextes de consommation. Bien que les effets pharmacologiques aient leur importance, force est de constater jusqu'à présent que ces changements étaient fortement liés à des effets de mode représentatifs de l'évolution socio-culturelle et des valeurs sociales. D'un premier abord, il peut donc sembler paradoxal de pronostiquer quelles seront les drogues du futur avec une vision pharmacologique. Pour contrecarrer cette difficulté, il est proposé d'imaginer quelle serait la stratégie d'un producteur de drogues fictif. Quelle serait donc sa drogue idéale? Pour traiter cette question, nous allons suivre les phases du développement d'une addiction. Le développement des comportements addictifs peut être conceptualisé en trois stades: (1) initiation, (2) consommation hédonique et (3) addiction (Cf Figure 1, page 20).

Initiation (phase de séduction)

Ce sont des facteurs contextuels qui, en combinaison avec les attentes du

sujet, déterminent la décision d'initier une consommation. Quelles sont les objectifs du producteur-dealer pour cette phase? Recruter le plus possible de nouveaux «clients» et ceci éventuellement en compétition avec d'autres produits. Sa «tâche» est donc de correspondre à l'esprit du temps ou bien avec son produit ou avec le marketing (p.ex. du speed pour avoir du speed). Le producteur à succès serait celui qui pourrait s'adapter avec sa palette de produit aux changements du marché et le séduire. Les producteurs de substances de synthèse risquent d'être de ce fait avantagés.

Consommation hédonique (phase de fidélisation)

Une fois la consommation initiée, la répétition du comportement de consommation va dépendre des effets hédoniques du produit («j'ai eu du plaisir, je vais en avoir»). C'est le stade de la consommation festive, qu'on devrait plutôt appeler consommation hédonique.

Pour le producteur commence le «travail de fidélisation». Plus le produit est plaisant et correspond aux attentes, plus il sera redemandé. Afin de maximiser le nombre de prises, des produits à effet intense, de relativement courte durée d'action, et aisément re-

consommables à intervalle bref sont avantageux.

A ce stade de la consommation, l'usager est en principe encore maître de ses choix. Il pourra donc évaluer les inconvénients et les séquelles de l'usage. Un produit sûr sans effets secondaires fâcheux, avec des effets prévisibles et reproductibles sera corrélié avec une plus grande satisfaction du consommateur et réduira le «risque» d'arrêt de la conduite ou du passage à un produit concurrent. Encore une fois, la capacité de design pharmacologique devient un atout primordial pour avoir du succès comme producteur illégal de drogues.

Consommation addictive (phase d'assujettissement)

Cette phase est habituellement caractérisée par la diminution de la valeur hédonique, c'est-à-dire une diminution du lien entre plaisir et le fait de prendre la substance. Par ailleurs, l'autre caractéristique est la diminution apparente du libre choix concernant la consommation. Le sujet est assujéti à celle-ci.

Au vu de la diminution de la valeur hédonique de la consommation, un autre processus détermine probablement le maintien, voir la progression de ces conduites: l'automatisation.

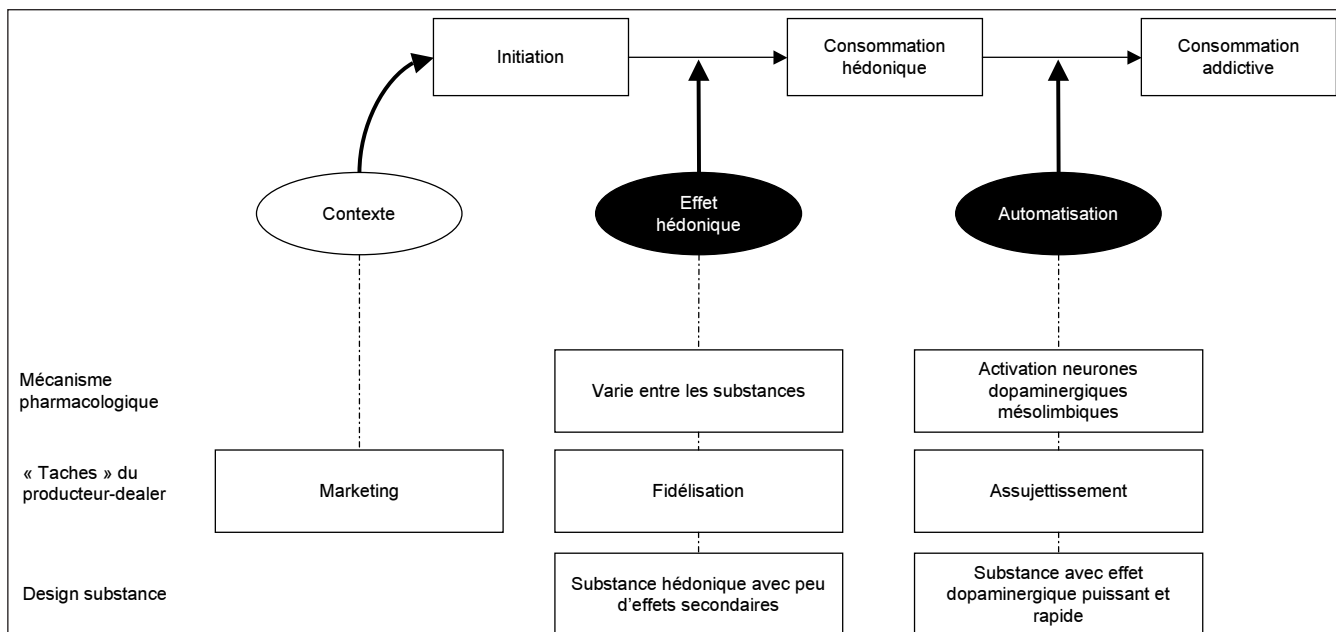


Fig 1: Phases du développement du comportement addictif

Les comportements automatiques sont le résultat de patterns mémorisés autonomes contenant l'information suffisante pour l'initiation et la coordination d'une séquence complexe comme par exemple le comportement de consommation d'une drogue.

Ces automatismes se caractérisent entre autres par les propriétés *rapidité*, *diminution de la variabilité comportementale*, *autonomie* et *absence de contrôle*.

Rapidité: avec la pratique, la rapidité de performance d'une tâche augmente.

Diminution de la variabilité de la performance: avec la répétition, le comportement et les cognitions tendent à se ritualiser.

Autonomie: des actes automatisés peuvent typiquement se réaliser sans conscience de l'intention. Ceci implique que, sous stimulation spécifique, l'action automatisée qui lui est couplé est initiée involontairement. Cette stimulation peut être suffisante pour lancer la séquence comportementale.

Absence de contrôle: de ce qui précède, l'inhibition d'un processus automatique en voie de s'initier peut devenir difficile. Une fois le processus initié, il est difficile de l'entraver ou de l'écourter (qualité balistique). Les automatismes sont en effet moins in-

fluçables par des fonctions cognitive exécutives (ex: stratégies, décisions, intentions, heuristiques et planifications).

La caractéristique commune à toutes les substances addictives est donc leur propension à générer la répétition automatique de comportements de consommation, diminuant par conséquent la probabilité de comportements alternatifs. C'est pour cela qu'on parle d'assujettissement.

Cette automatisation est bien entendu dans l'intérêt du producteur-dealer qui fidélisera ainsi davantage sa clientèle. Une fois l'automatisation acquise, la fidélisation se maintiendra en dépit même d'effets secondaires ou d'une perte de renforcement hédonique. C'est cet aspect-là qui différencie ces produits des autres produits de consommation.

Profil pharmacologique «recherché»

Afin d'atteindre ses objectifs, le producteur-dealer choisira les substances sur la base des trois critères suivants: (1) activation des neurones dopaminergiques mésolimbiques, (2) puissance de cet effet, (3) rapidité d'action.

Ad (1): les recherches neurobiologiques ont établi clairement un lien entre les propriétés addictives et l'activation des neurones dopaminer-

giques de l'aire tegmentale ventrale. Cette structure est responsable du renforcement comportemental. On touche par là donc une voie centrale du processus d'automatisation. En fait, toutes les substances addictives connues, malgré des profils pharmacologiques et psychoactifs hétérogènes, partagent cette voie d'action. Une action dopaminergique (directe ou indirecte) à ce niveau semble donc constituer une «condition nécessaire».

Ad (2)

Il est évident que l'instauration des processus addictifs sera facilitée d'autant plus que l'action dopaminergique est puissante.

Ad (3)

Vu que l'activation du système dopaminergique mésolimbique renforcera les processus (comportement, perceptions etc.) actifs en lien temporel avec cette activation, il est «d'intérêt» du producteur-dealer d'avoir des produits à effet rapide. De cette manière, les comportements autour de la prise de la substance seront renforcés de façon marquée.

En résumé, une substance «prometteuse» doit pouvoir répondre aux attentes du marché, doit avoir (au moins au début) une valeur hédonique et, surtout, être génératrice d'automatismes. Par ailleurs, dans le contexte de sa commercialisation, elle devrait

être facile à transporter (stabilité, volume etc.), avec des distances entre lieu de production et lieu de consommation limitées (risque du transport!), des matières premières facilement et légalement disponibles localement, et une production assez difficile pour ne pas être directement accessible au consommateur.

La scène dans dix ans

Sur la base de ce qui précède, on imagine donc une domination croissante du marché des substances addictives par les produits de synthèse. Ceux-ci ont en particulier l'avantage de ne pas nécessiter de liens avec des producteurs lointains (comme p.ex. Les

feuilles de coca produites en Amérique du Sud), et de pouvoir rapidement être modifiés ou substitués dès que la substance devient illégale ou que la pression policière se renforce. En ce qui concerne des substances actuellement prévalentes, telles que l'héroïne et la cocaïne, on peut supposer que leur sort va dépendre de l'engagement de nouveaux consommateurs, donc de facteurs socioculturels et «marketing». On voit par exemple pour le tabac l'importance de ces facteurs.

En conclusion, on pourrait se hasarder à pronostiquer un marché dominé dans dix ans par des produits de synthèse. N'oublions cependant pas les addictions sans substance (cyberad-

diction etc.) qui risquent de prendre de l'ampleur également et dont les principes de développement sont similaires. Une politique de santé publique devrait donc de préférence avoir une vision de l'addictologie ciblant dans ses différentes phases les comportements plutôt que les substances ou les produits spécifiques. C'est seulement en intégrant cette stratégie que l'on peut imaginer devancer les producteurs-dealers dans leurs actions.

Courriel des auteurs:

Daniele.Zullino@hcuge.ch

Yasser.Khazaal@hcuge.ch

Publicité



Formation continue

Hes·so

Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale
Fachhochschule Westschweiz

CAS HES-SO en Assurances sociales

Public cible : travailleurs sociaux disposant déjà de connaissances en assurances sociales, ayant une pratique professionnelle de trois ans minimum et en emploi dans une institution sociale.

Objectif : permettre la mise à jour et l'approfondissement des connaissances des professionnels de l'action sociale dans le domaine des assurances sociales suisses et leur environnement contextuel, national et international.

Durée : 24 jours

Début : septembre 2008

Validation : 15 crédits ECTS

Chef de projet : Stéphane Rossini

éesp

Descriptif détaillé sur demande au
Tél. 021 651 03 10 – <http://ufc.eesp.ch>

Jacques Besson,
chef de Service,
Service de psychiatrie communautaire DP-CHUV,
Lausanne

Un dispositif de soins cohérent, adapté aux besoins des personnes en proposant diverses prestations coordonnées entre elles, telle est la vision proposée dans cet article, qui ne fait pour autant pas l'impasse sur les résistances que devra affronter ce modèle. (réd.)

Les traitements des dépendances dans dix ans



Photo Interfoto

Dans le passé, il y a de bonnes et de mauvaises choses. Dans l'avenir aussi. Mais comment se mettre d'accord et passer des bonnes choses du passé aux bonnes choses de l'avenir? Entre intuition et expérimentation, il nous faut développer une vision commune en construisant une représentation collective du bien commun. Sans boule de cristal ni baguette magique, construire une addictologie fondée sur les sciences de la nature et sur les sciences humaines dans un projet communautaire centré sur les besoins des patients. Une interdisciplinarité dans l'action, qui rassemble les acteurs dans une vision commune. En 2001, l'OMS a publié un très remarqué «Rapport sur la santé dans le monde 2001 - La santé mentale:

nouvelle conception, nouveaux espoirs». Cet important document positionnait pour la première fois les priorités de santé mentale en termes de santé publique et ce à l'échelon international. Des recommandations pratiques ont été édictées pour une véritable politique de santé mentale, englobant les addictions:

- Traiter les troubles au niveau des soins primaires
- Rendre les psychotropes disponibles
- Soigner dans la communauté
- Eduquer le grand public
- Associer les communautés, les familles et les consommateurs
- Adopter des politiques, des programmes et une législation au niveau national
- Développer la recherche

Ce rapport a été adopté par l'Union européenne, puis par la Confédéra-

tion, qui a adapté les recommandations après une procédure de consultation nationale en 2004.

Actuellement, les cantons déploient des plans de santé mentale à l'échelon cantonal en s'en inspirant largement.

Le bonheur est sur le chemin

Les recommandations de l'OMS peuvent constituer une base de rassemblement interdisciplinaire pour l'addictologie dans dix ans. Maintenant comment faire converger nos efforts dans cette direction? Un certain nombre d'étapes jalonnent le chemin:

Adopter une définition holistique des addictions

Une des mauvaises choses du passé consiste en la confusion permanente des niveaux logiques qui a empoisonné la discussion publique ces derniè-

res années. Heureusement les perspectives interdisciplinaires plus récemment acquises permettent de distinguer les différents niveaux afin de les coordonner et de les intégrer:

- a) **Niveau somatique:** c'est le niveau du corps et des organes-cibles. Stratégiquement, c'est le lieu de plusieurs types de prévention, notamment en termes de réduction des risques (maladies transmissibles, etc.). C'est aussi un point de renfort, surtout initial, souvent avec un médecin, souvent un point d'appui pour la suite du traitement.
- b) **Niveau des substances et des comportements addictifs:** c'est le niveau visible, quelle que soit la substance, sédatrice, stimulante ou perturbatrice, ou le comportement addictif, avec ou sans substance; c'est le niveau, toujours au risque du réductionnisme, limité à la, ou aux substances et comportements incriminés. C'est aussi un niveau diagnostique indispensable en termes de polytoxicomanie et de comportements complexes.
- c) **Niveau motivationnel:** facteur limitant de la prise en charge, la motivation au traitement est elle-même décomposable en plusieurs facteurs. Tous sont importants pour construire un projet de soins et une alliance thérapeutique.
- d) **Niveau psychiatrique:** les doubles diagnostics, ou troubles concomitants, ou encore comorbidités psychiatriques sont très fréquents (environ 50% des cas). Ils sont également fréquemment méconnus et à la source de nombreux échecs thérapeutiques.
- e) **Niveau contextuel:** c'est le niveau de la lecture systémique. Stratégiquement, c'est le lieu de l'intervention auprès des proches significatifs du patient.
- f) **Niveau légal:** c'est le niveau des règles du jeu définies par la société. Il donne un effet de cadre à l'ensemble du dispositif en définissant le rôle de chaque acteur et il fixe les interdits. Stratégiquement, l'enjeu est d'appliquer les lois de manière vivante dans le réseau, dans un

esprit de collaboration interdisciplinaire et communautaire.

- g) **Niveau socio-éducatif:** l'inventaire des ressources à disposition pour le traitement inclut les dimensions économique, professionnelle, occupationnelle et communautaire, au sens de la place trouvée dans la société, en termes de lieu de vie, d'entourage familial et social, de rôle à jouer dans le groupe humain.
- h) **Niveau existentiel:** c'est le niveau philosophique, ou religieux, ou spirituel, ou encore du sens de la vie. Il y a un corpus de connaissances scientifiques émergentes dans ce domaine qui montrent qu'il s'agit d'une dimension déterminante dans les processus de rétablissement.

Bien sûr, ces différents niveaux sont très hétérogènes, et leur liste n'est pas exhaustive. Ils constituent toutefois les référentiels de base pour les acteurs du terrain.

Faire un inventaire des besoins de la population et des ressources à disposition

Les inventaires sont indispensables pour une mise en réseau de tout dispositif coordonné. A ce jour nous n'en disposons tout simplement pas au niveau des besoins de la population. Celle-ci s'adresse de manière spontanée et naturaliste à toutes les portes d'entrée du dispositif socio-sanitaire. Ce dispositif répond au coup par coup, sans analyse approfondie des comorbidités et des filières de traitement. L'inventaire des ressources à disposition est plus facilement accessible mais ne décrit pas l'offre en réponse aux besoins de la population, mais plutôt en termes d'offre historiquement ou idéologiquement orientée. Dans dix ans, ces inventaires seront disponibles et mis à jour annuellement pour permettre les indispensables ajustements de l'offre et de la demande thérapeutique, en fonction de

tous les niveaux définis dans la vision commune.

Organiser une coordination et une différenciation des acteurs

Face à la très importante hétérogénéité des patients addictifs, avec ou sans substance psycho-active, à divers degrés de consommation de tel ou tel produit, légal ou illégal, avec ou sans comorbidité somatique ou psychiatrique, à divers degrés de motivation, dans différents contextes, à divers degrés de ressources socio-culturelles, à divers âges de la vie, on comprend qu'il est nécessaire d'organiser l'offre en regard de ces différents besoins, mais aussi de créer un dispositif d'évaluation, d'indication et d'orientation des patients sur les différentes institutions à disposition, ambulatoires ou résidentielles, volontaires ou

non, médicales, sociales, médico-sociales, ou encore plus ou moins éducatives, psychiatriques, à visée de réinsertion, plus ou moins curatives ou palliatives, en fonction des critères qui auront été adoptés dans la vision commune. Les institutions devront trouver leur profil préférentiel et assurer leur différenciation pour répondre aux besoins du réseau ainsi constitué.

Créer une culture de l'évaluation

La mise sur pied d'un tel dispositif requiert une totale transparence sur les processus de décision. Ceux-ci doivent reposer sur les critères validés par l'ensemble des partenaires du réseau sur une base scientifique et rationnelle. Les conditions requises sont celles de l'évaluation permanente:

Evaluation des patients: on utilisera des instruments de mesure qui respectent la dimension holistique du diagnostic des addictions. Dans la mesure du possible, on recommandera des instruments validés. Des mesures des dimensions spécifiques pourront être faites pour chaque niveau considéré,

Plusieurs études américaines montrent qu'investir dans le traitement des addictions est une opération économiquement très rentable.

si possible de manière quantitative. Les instruments devront être faciles à utiliser pour les professionnels et les patients et être reconnus par l'ensemble des acteurs du réseau; ils serviront aussi à comparer les populations de patients entre les régions et les pays intéressés à des études comparatives. Les bases de données officielles évolueront dans le même but.

Evaluation des institutions: celles-ci éditeront leur programme thérapeutique en fonction des spécificités choisies au sein du réseau. Une évaluation régulière permettra de faire les ajustements nécessaires pour répondre à la mission prévue.

Evaluation du système: l'ensemble du dispositif sera évalué régulièrement, pour s'assurer que la circulation des patients se fait adéquatement, avec efficacité et économie. Les éléments du dispositif liés à l'indication seront évalués de manière à s'assurer que les patients ont le bon traitement au bon moment (matching). Le contrôle démocratique du processus se fait sous l'égide de l'administration socio-sanitaire qui rend des comptes à l'autorité politique légitime.

Résistances et opportunités sur le chemin

Une telle mise en réseau n'ira pas

sans soulever d'importantes résistances. Tous les acteurs devront faire des efforts pour s'adapter au dispositif communautaire, parfois au détriment d'une partie de leur souveraineté. Des investissements institutionnels devront être faits sur le long terme. Le monde politique devra davantage s'appuyer sur les experts, au risque de déplaire à une partie de l'électorat. Les tenants de l'idéologie devront s'aligner sur les réalités scientifiques et cliniques. Tout cela n'ira pas sans peine ni débat public difficile.

Pourtant, d'un autre côté, jamais les opportunités de faire évoluer la prise en charge des addictions n'ont été aussi grandes: en effet le monde politique réalise mieux les enjeux de gouvernance de ce vaste domaine de la santé publique qui touche de près la majorité des citoyens. L'impact économique des addictions étant considérable, de nombreux décideurs seront amenés à mieux coordonner et financer la prise en charge de ce vaste problème, à un moment où la maîtrise des coûts de la santé est devenue une priorité politique. D'ailleurs plusieurs études américaines montrent que d'investir dans le traitement des addictions est une opération économiquement très rentable.

Conclusion: une addictologie communautaire

Le traitement des dépendances dans dix ans doit se préparer dès maintenant. La notion de prise en charge dans la communauté permet l'édification d'une vision commune, interdisciplinaire et centrée sur les patients. De même que l'on peut se représenter les addictions comme une pathologie du lien et du sens, de même l'addictologie doit répondre en termes de liaison et de projet commun. Seule l'intelligence collective permettra de faire face à des défis de cette taille et de ce niveau de complexité. Les synergies et les complémentarités attendues d'une telle mise en réseau permettront d'accueillir les besoins des patients depuis la rue jusqu'à la réinsertion communautaire. Tous les acteurs, depuis la neurobiologie jusqu'au travail social, en passant par la médecine ou la justice, ont une place déterminante dans un tel dispositif s'il est bien coordonné. Il reste maintenant à mettre en place les organes de pilotage interdisciplinaires et les plateformes de mise en œuvre progressive au bénéfice de tous les patients.

Courriel de l'auteur:
Jacques.Besson@chuv.ch



Psychose et cannabis: quelles possibilités thérapeutiques?

Danièle Besancon-Queleennec, Christophe Pouvreau, David Scerbanenko, infirmiers, HUG, Département de psychiatrie, Programme Jade, Unité Alizé.

La consommation de cannabis est très fréquente chez les patients psychotiques et préoccupe les cliniciens disposant de peu d'outils pour lutter contre ce fléau. Face à ce groupe de patients, «faire la morale» rompt le lien thérapeutique: s'inscrivant dans le cadre d'un service spécialisé dans la prise en charge de la psychose débutante, le projet présenté ici cherche à maintenir le dialogue afin d'informer cette population particulière sur les dangers du cannabis. (réd.)

Problématique

Le cannabis bénéficie encore de l'image d'une drogue "douce" en particulier chez les jeunes qui fument de moins en moins de tabac mais de plus en plus de joints. Devant ce phénomène de masse, une banalisation dangereuse s'est installée et depuis 1986 la consommation de cannabis en Suisse a quadruplé chez les jeunes de 15 ans et 12% de la population (15-24 ans) en consomme régulièrement.

Son usage serait encore plus fréquent chez les patients psychotiques, 2 à 5 fois supérieur à la population générale, et une surconsommation est souvent retrouvée dans les semaines précédant l'épisode aigu. Entre 35% et 60% des patients schizophrènes seraient donc des usagers de cannabis. (1) (2) (3).

Or même si le rôle étiologique du cannabis dans la psychose reste une question controversée, un consensus existe quand au fait qu'il précipite la psycho-

se chez les personnes vulnérables, qu'il exacerbe les symptômes et aggrave le pronostic de la maladie (rechutes et hospitalisations plus fréquentes) (4) (5) (6). Partant des mêmes constats, l'équipe pluridisciplinaire de notre service spécialisé dans la prise en charge de la psychose débutante, stagnait dans un sentiment d'insatisfaction quant à sa manière d'appréhender les difficultés résultantes de ce fléau: seulement abordée en entretien individuel, la confrontation à cette problématique pouvait rapidement prendre un caractère persécutoire et inefficace auprès de patients chez lesquels le déni domine encore à ce stade de la maladie. De plus, confrontés à leurs consommations intempestives, nous fûmes régulièrement amenés à adopter des mesures coercitives (fouille, menaces de plainte ou d'exclusion, chambre fermée, ...) ceci afin de d'éviter que le climat du service ne se détériore. Or si ces mesures ont le mérite de maintenir une cohérence interne aux soins, elles ne favorisent pas le travail individuel et de collaboration que l'on peut souhaiter d'une relation thérapeutique. Ce projet est donc parti d'un sentiment de frustration chez les soignants, regrettant de ne pas disposer de techniques spécifiques ni d'espaces privilégiés pour débattre de ce sujet sans devenir menaçant, contrôlant et moralisateur.

Constatant que notre plaidoyer contre ce produit s'avérait inefficace, notre pratique infirmière a voulu considérer

autrement le cas cannabis, en proposant une approche thérapeutique groupale sur le thème «Cannabis et psychose».

Nous savons que les phénomènes liés à la toxicomanie des jeunes ne se définissent pas seulement par la nature des produits utilisés, mais aussi par les caractéristiques et la personnalité de celui qui les consomme. Il nous est donc apparu primordial de réfléchir à la forme que prendrait notre intervention adaptée aux particularités de notre population : leur âge et leur vulnérabilité. Il nous fallait créer une approche intégrant la double problématique.

En raison des difficultés de compliance, importantes à ce stade de la maladie, nous ne pouvions tabler sur une approche motivationnelle au risque de susciter l'opposition des patients. Nous avons donc axé notre intervention sur l'information concernant tous les aspects du produit (sa toxicité et ses conséquences), y compris les expériences agréables (convivialité, relaxation,...etc.). Au regard de la littérature, cibler la problématique uniquement sur les effets délétères du cannabis eut été une erreur. Informer objectivement, sans parti pris afin que notre approche s'attaque aux croyances des patients sur l'inoffensivité du cannabis fut notre intention. Nous ne traitons pas directement dans cette partie du groupe de leur motivation au changement quant à leurs consommations, pour plutôt axer notre propos sur la phase de pré-contemplation et de contemplation.

Projet

Les modalités de notre intervention furent inscrites dans le cadre du programme groupal du service. Il n'est nul doute que le travail groupal représente une approche thérapeutique de première importance: ces espaces permettent de travailler aussi bien les compétences que les aspects pathologiques de chaque patient. Les patients peuvent plus facilement partager des éléments communs et bénéficier de l'expérience des autres, favorisant ainsi l'identification aux pairs. Cette dynamique ne pouvait que renforcer ce que nous visions, à savoir que ce groupe devienne le lieu d'un véritable dialogue, un espace pour explorer de manière empathique et sans jugement. Le protocole de ce module est conçu sur deux séances d'une heure à une semaine d'intervalle conduit en co-animation par deux infirmiers. C'est un groupe fermé pouvant accueillir jusqu'à six patients, ce nombre se justifiant par le maintien de l'espace nécessaire aux interactions. La participation se fait sur indication essentiellement en fonction de leur état clinique. Tous les patients, même non consommateurs peuvent bénéficier de cette démarche puisqu'elle s'inscrit dans le cadre de la prévention primaire, secondaire ou tertiaire. Pour que notre propos soit didactique et adapté aux difficultés liées à la psychose, il nous fallait tenir un langage simple et concis. Passer une information claire dans un cadre structuré mais non menaçant fut notre mot d'ordre pour conceptualiser cette intervention. En faveur de ces caractéristiques, nous avons créé la trame du groupe sur un support informatique destiné à être projeté: ajouté à l'indéniable intérêt de ce dispositif pour aider les patients à soutenir leur attention, ce style d'intervention nous offrait par ailleurs une multitude de possibilités d'intégration d'informations sous une forme que nous souhaitions attractive. Nous avons monté un support audiovisuel par l'intermédiaire d'un diaporama où sont insérées des vignettes récapitulatives, des spots TV et des extraits de reportages. Les diapositives présentent en premier lieu un questionnement, puis des éléments de réponse: leurs illustrations, extraites

d'Internet, sont de couleur vives empreintes d'humour!

Le premier groupe récapitule les effets du cannabis sur la santé physique (composition, principe actif, effets physiologiques), et plus spécifiquement sur la santé mentale (motivations à fumer, conséquences) sur la population générale; le second groupe s'attaque d'emblée aux conséquences de cette consommation sur les troubles psychotiques (état des lieux sur la comorbidité).

Les vignettes proposées tentent de mettre en évidence l'importance des difficultés posées par un usage nocif donc problématique de cannabis, même si nous n'occultons pas l'existence d'un usage récréatif ne faisant pas l'objet de consultation. Leur contenu ne cherche ni à être exhaustif ni capable à lui seul de rendre compte des dommages causés par le cannabis: il propose une série de réponses susceptibles d'orienter le débat. Chaque séance est structurée sur le même mode, une partie est didactique, l'autre favorise les échanges et les interactions.

Les spots TV illustrant notre propos sont issus du plan gouvernemental français de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004/2008. Le ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, la MILDT (7) et l'INPES (8) ont mis en place un programme de prévention sur l'usage de cannabis. Les conséquences néfastes de cette consommation sont exprimées dans six spots, dont quatre ont été sélectionnés selon leur pertinence dans notre contexte. Dans sa conception, la campagne vise à informer sans diaboliser et à dénoncer non "la consommation de cannabis mais son usage problématique".

Autour du message "le cannabis est une réalité", les spots (initialement prévus pour la TV et la radio) opposent le mythe largement répandu de produit naturel et inoffensif (comme "avec le cannabis on se sent super bien, on se fait plein d'amis, on comprend tout"), à la réalité des effets négatifs, sous forme de témoignages recueillis auprès de jeunes consommateurs réguliers qui racontent des expériences de "bad trip", de troubles de la mémoire et des capacités d'apprentissage, de problèmes relation-

nels... Ces clips, renforçant les processus identificatoires, illustrent par ailleurs les informations passées en début de séance.

Dans le second groupe nous exploitons des extraits d'un reportage diffusé sur FRANCE 5 (9) où des jeunes décrivent leur décompensation psychotique suite à un usage précoce et régulier du cannabis, suivie du processus de rémission. Ils témoignent de l'évolution de la maladie après une période d'abstinence et de soins psychiatriques: ces vidéos nous offrent un excellent tremplin pour réaffirmer que le cannabis précipite la maladie, aggrave les symptômes psychotiques et réduit considérablement l'efficacité des neuroleptiques favorisant l'évolution vers la chronicité (4).

Regards sur la pratique

Nous avons souhaité créer une approche propre aux caractéristiques de la personnalité de nos consommateurs et à l'écart de toute polémique. Le cannabis est loin d'être un produit inoffensif et ce message doit être clairement transmis, a fortiori aux jeunes déjà vulnérabilisés. S'il est certain qu'un usage régulier devient problématique chez tous les consommateurs, il est aussi clairement établi que même à titre occasionnel le cannabis est totalement délétère en cas de troubles psychotiques. C'est ce sujet épineux que nous tentons de traiter au sein de notre groupe.

Une recherche destinée à mesurer l'efficacité de notre intervention est en cours: des échelles remises aux patients au début et à la fin de chaque séance, ainsi qu'un mois après le groupe nous permettront d'évaluer l'incidence de notre travail sur leur prise de conscience de la dangerosité du produit. Cependant, un regard sur la pratique nous autorise d'ores et déjà à quelques constats.

Sur quarante patients indiqués pour le groupe, 80% d'entre eux ont pu suivre la démarche dans son ensemble. Le refus est rare et l'absence des patients à la seconde séance s'explique essentiellement par des difficultés dans l'organisation des soins.

Face à la polémique que peut susciter un tel sujet, nous n'avons rencontré aucune difficulté dans la dynamique de

groupe, les patients surpris par la démarche ont rarement vanté le produit et encore moins tenté de convaincre de ses bienfaits.

Le support et le groupe sont deux atouts majeurs! La formule multimédia que nous exploitons capte indubitablement l'attention des jeunes quels qu'ils soient et est en l'occurrence d'un excellent secours pour soutenir l'attention la plus souvent déficitaire de nos patients encore symptomatiques. Les vignettes, concises et récapitulatives, recentrent en permanence le propos.

La mise en commun lors des séances permet de désenclaver la problématique individuelle: les reportages favorisent l'identification aux pairs et invitent au dévoilement personnel toutes proportions gardées, la structuration du groupe étant garante du cadre.

De plus, si le groupe fonctionne comme tiers, le support visuel prend quant à lui le rôle de médiateur: il permet le passage d'informations qui seraient irrecevables via les soignants et favorise l'expression des affects de manière moins menaçante. Ces deux appuis écartent les soignants de la tentation toujours trop grande d'exprimer leur parti pris: que ce soit via l'écran où grâce aux interactions groupales, le déroulement du groupe s'enchaîne grâce aux jeunes.

C'est ainsi qu'apparaît très vite une synergie au sein des séances, l'interactivité de la démarche semblant favoriser l'intégration de nouvelles informations. A l'issue de la projection des vidéos un débat s'installe, les participants échangent doutes, convictions, interrogations et expériences personnelles. Nous sommes surpris par leurs capacités à énumérer les inconvénients engendrés par le cannabis et rares sont ceux qui sont encore en "lune de miel" avec ce produit. La plupart des vignettes ne sont d'ailleurs que le reflet des révélations des patients et ont un effet renforçateur sur la prise de conscience qu'ils ont en grande partie du problème. Ceux qui doutent encore des effets délétères du cannabis adoptent en cours de séances une attitude teintée d'ambivalence. Certains ne manquent pas de situer leur consommation en fonction des informations

objectives fournies via le support. Enfin, il arrive que des patients abstinentes viennent renforcer la véracité des propos tenus au sein du groupe.

Cette approche s'est révélée être, de par sa forme, un réel vecteur d'échanges soignants/soignés se répercutant favorablement sur la dynamique des soins: cette problématique est désormais intégrée dans le dispositif thérapeutique et non reçue uniquement comme une transgression.

Souhaitons que ce "succès" ne soit pas que le reflet de l'enthousiasme des animateurs, la conduction de ce groupe étant fort gratifiante de par la forte implication de nos patients en son sein; reste maintenant à démontrer son impact réel comme précédemment évoqué: au-delà de l'intérêt manifeste qu'ils témoignent pendant ce module, ont-ils modifié leur croyance sur l'inoffensivité du cannabis?

Perspectives

L'apport d'informations objectives au sujet du produit et des conséquences de sa consommation sont des sujets de discussion incontournables. Nous aimerions maintenant aller plus loin dans cette approche.

Durant cette première année de pratique, ce module ne s'est déroulé qu'une fois par mois (soit deux heures) ce qui nous oblige à être très sélectif dans le recrutement; maintenant que sa légitimité est vérifiée (grâce au taux de participation et au niveau d'implication des patients) nous souhaitons augmenter notre intervention pour toucher le maximum d'entre eux. Le retour de l'équipe fait l'unanimité quant à inscrire ce groupe comme l'une des priorités dans notre dispositif de soins.

Il serait sans doute opportun de réfléchir aussi avec eux au sens de leur consommation: appartenance au groupe, lutte contre les symptômes négatifs, réduction des effets secondaires des neuroleptiques? ...autant d'hypothèses qu'eux seuls pourraient nous confirmer. Ces pistes nous conduiraient certainement aux portes d'un travail motivationnel individuel ou en groupe, susceptible de sou-

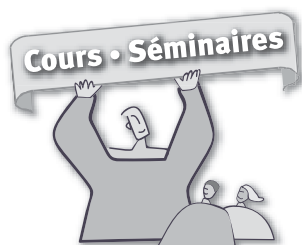
tenir les patients dans leur capacité de résolution de problèmes en développant leurs compétences autour de la balance décisionnelle.

Conscients de la complexité du sujet, et compte tenu des difficultés de notre population, nous tentons d'élaborer actuellement une brochure informative à remettre en fin de module pour optimiser le gain des bénéficiaires. Là encore, la forme plus que le fond sera la garantie de l'impact.

Enfin nous sommes ouverts à élargir notre pratique vers d'autres secteurs: la première demande émane de collaborateurs d'autres services qui souhaitent soit s'inspirer de notre travail, soit nous indiquer des patients. La seconde provient des familles qui, sensibilisées par le retour qu'en font leurs enfants, désirent plus d'informations sur les liens entre le cannabis et la psychose.

Bibliographie

- 1) Amepele, L., «Liens entre usage de cannabis et schizophrénie», Revue Française de Psychiatrie et de psychologie médicale (La), 2003,7, (70) ,25-35
- 2) Verdoux, H., Tournier, M., «Cannabis et troubles psychotiques, quel lien étiologique?» Presse médicale, 2004,33, (8), 551-554
- 3) Croquette-Krokar, M. Journée francophone de la schizophrénie.23 mars 2006; Fondation Phénix
- 4) Merlo, M.C.G., Rey-Bellet, P., Gekle, W., Ferrero, F.,«L'effet du cannabis et les conséquences sur la psychose débutante : aspects neurobiologiques». Revue Médicale Suisse No-551
- 5) Degenhart, L., Hall, W., Et Lynskey, M.(2003) «Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and psychosis». Drug and Alcohol Dependence. 71, 37-48.)
- 6) Ben Hamar Mohamed. Pharmacologue Université de Montréal Facultés de l'éducation et des études supérieures section des toxicomanes.
- 7) D'un monde à l'autre, le débat, Bouffées d'enfer, un film de Patrice Rollet. Une production systemtv avec la participation de FR 5.
- 8) la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
- 9) Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé



Perfectionnement professionnel GREA Information et inscription www.grea.ch

Travailler avec les émotions

Public cible: Tout-e professionnel-le socio-sanitaire occasionnellement ou régulièrement en contact avec des personnes dépendantes ou ayant une consommation problématique.

Intervenant: M. F. Neu, psychologue FSP

Dates et horaire: Lundi 18 février 09h15-16h45; lundi matin 3 mars et lundi matin 7 avril 2008, 09h15-12h30

Lieu: GREA, 8 rue des Pêcheurs, Yverdon

Prix: SFR 400.- (membre GREA, SFR 300.-)

Repérer et répondre à la surconsommation de cannabis

Public cible: Tout-e professionnel-le en lien avec des adolescents

Intervenant-e-s: M. J-P Gervasoni, IUMSP, Lausanne; Mme C. Graap, Départ, Lausanne; MM. Chr Jaggi, C. Descoedres, Le Rateau et Cannado, Neuchâtel; N.N., Phénix, Genève; M. L. Stark, responsable médical, GAIN, ARUD, Zürich

Lieu: GREA, 8 rue des Pêcheurs, Yverdon

Prix: SFR 400.- (membre GREA SFR 300.-)

Addiction et travail sous contrainte

Public cible: Tout-e professionnel-le de la santé, des secteurs sociaux, éducatifs, de la sécurité (surveillants des prisons, policiers...) et du monde judiciaire

Intervenants: Pr B. Gravier, médecin chef du SMPP, DP-CHUV, Cery; Dr C. Ritter, médecin et formatrice, Genève;

Dr R. Raggenbass, psychiatre, responsable des expertises aux IPVR, Martigny, Valais; M. A. Vallotton, délégué aux affaires pénitentiaires, Vaud; Dr M. Benmebarek, psychiatre, chef de clinique, SMPP, DP-CHUV, Cery; M. N. Grin, Fondation vaudoise de probation, Epalinges

Dates et horaire: Vendredi 18 avril, lundi 21 et mardi 22 avril 2008, 09h00-12h30 et 14h00-17h00

Lieu: Hôpital de Cery, salle Escalé, bâtiment des admissions, Prilly

Prix: SFR 500.- (membre GREA SFR 400.-)

Entretien motivationnel

Public cible: Tout-e professionnel-le socio-sanitaire occasionnellement ou régulièrement en contact avec des personnes dépendantes ou ayant une consommation problématique.

Intervenant: Dr P. Gache, HUG, Genève
Dates et horaire: Lundi 28 et mardi 29 avril ; vendredi 20 juin 2008, 09h15 à 16h45

Lieu: GREA, 8 rue des Pêcheurs, Yverdon

Prix: SFR 500.- (membre GREA SFR 400.-)

Prise en charge des addictions sans substances

Public-cible: Tout-e professionnel-le du champ des addictions

Intervenant-e-s: Dr. D. Zullino, SAS, HUG; Dr. Ph. Stephan, CHUV, Lausanne; M. C. Gerber, Santé bernoise, Bienne; Dr O. Simon, CJE, Lausanne; Mme Y. Liebkind, Rien ne va plus, Genève; Dresse M. Croquette-Krokar et M. Ph. Nielsen, Phénix, Genève
Dates et horaire: Mercredi 7 mai, mercredi 21 et jeudi 22 mai 2008, 09h15 à 16h45

Lieu: GREA, 8 rue des Pêcheurs, Yverdon

Prix: SFR 500.- (membre GREA SFR 400.-)

Droits humains et pratiques professionnelles

Public cible: Tout-e professionnel-le du champ des addictions

Intervenants: Prof. Ph. Chastonay, Département de médecine et santé communautaire, Faculté de médecine, Genève; M. M. Geiser, Radix Promotion de la santé, Berne; Prof. B. Gravier, Service de médecine et psychiatrie pénitentiaire, CHUV, Lausanne; M. E. Kabengele, Département de médecine et santé communautaire, Faculté de médecine, Genève; Dr O. Simon, Service de Psychiatrie Communautaire, CHUV, Lausanne; Mme V. Zesiger, Département de médecine et santé communautaire, Faculté de médecine, Genève

Dates et horaire: Jeudi 8 mai, lundi 26 et mardi 27 mai 2008, 09h15 à 16h45

Lieu: GREA, 8 rue des Pêcheurs, Yverdon

Prix: SFR 500.- (membre GREA SFR 400.-)

Réduction des risques

Public cible: Toute personne, professionnelle, bénévole ou usagère de drogues, pouvant agir comme multiplicatrice auprès de personnes consommant des substances psycho-actives.

Intervenant-e-s: M. E. Ducret, première ligne, Genève; Mme B. Gomez Rogers, première ligne, Genève; Mme L. Petrocchi, Genève; M. T. Musset, HUG, Genève; Mme J. Reverdin, CE-FOPS, Ecole de Soins ambulanciers, Genève

Dates et horaire: Mardi 13 mai, jeudi 29 et vendredi 30 mai 2008, 09h15 à 16h45

Lieu: GREA, 8 rue des Pêcheurs, Yverdon

Prix: SFR 500.- (membres GREA SFR 400.-)

Le cours accueille 18 participants au maximum, les inscriptions seront retenues par ordre d'arrivée.

dépendances



Revue éditée par

sfa/ispa 