

JOURNÉES NATIONALES DE LA FÉDÉRATION ADDICTION – METZ – 23/09/2021

Texte de l'intervention d'Alain Morel en plénière

LA COOPÉRATION EST LA CLÉ DE NOTRE AVENIR, (et celle de l'addictologie)

Alain Morel¹

Coopérer ce n'est pas seulement concerter ou collaborer, c'est réaliser ensemble un projet commun dans une relation d'égal à égal où chacun apporte et reçoit. Et, ce faisant, c'est produire une force commune qui est la clé de notre avenir.

Mais ne nous payons pas de mots.

Développer la coopération dans nos actions et nos organisations est exigeant et nous oblige à interroger profondément nos systèmes de valeurs, de pouvoir et de création des savoirs.

Justement, commençons par nous poser la question : quels sont les savoirs en addictologie ? Qui les détient ? Et sont-ils suffisamment partagés pour être source de coopération ?

Nos savoirs en addictologie se sont construits et s'enrichissent au fil de notre histoire, au fil des événements, des évolutions sociétales, des expériences et des données scientifiques. Mais ils sont diffus, complexes et évolutifs. Ils nécessitent donc un effort permanent de décloisonnement et de synthèses collectives².

Notre histoire dans les cinquante dernières années c'est aussi la mienne. Elle a donc ici sa part de subjectivité, mais elle ne me semble pas moins éclairante pour comprendre pourquoi le besoin de coopérer est inscrit dans la définition même de l'addiction et dans nos interventions pour soigner, prévenir. Elle est éclairante aussi pour comprendre quels sont les obstacles et les risques d'échec inhérents à cette démarche lorsque la compétition prend le pas.

DEPUIS UN DEMI SIÈCLE NOS SAVOIRS NOUS ONT ENRICHIS ET OUVERT DE NOUVELLES PERSPECTIVES

¹ Psychiatre, addictologue, directeur général de l'association Oppelia. amorel@oppelia.fr

² C'est, avec Jean Pierre Couteron et plusieurs dizaine de contributeurs, ce que nous n'avons cessé de faire, notamment à travers les trois éditions de l'Aide-mémoire en addictologie ou celui sur la réduction des risques (Dunod, 2008, 2012, 2015, 2019).



1- L'étape initiale : le fait social des « nouvelles toxicomanies »

Il est essentiel de se rappeler qu'à l'origine de ce qu'il est convenu d'appeler aujourd'hui l'addictologie se trouve un événement social et culturel fondateur qui s'est produit à la fin des années 60 dans la plupart des pays occidentaux : « la toxicomanie de la jeunesse ». C'est-à-dire une appétence et un usage sans précédent de drogues non acculturées parmi un nombre croissant de jeunes. Face à ce *fait social*, les Gouvernements, déconcertés, ont réagi en lui appliquant le paradigme du fléau social et de la condamnation morale, calqué sur ceux de la prohibition de l'alcool et de la défense contre les « classes dangereuses », contre la délinquance juvénile.

Cela s'est traduit par un cadre légal essentiellement répressif, celui de la loi de 70, expression d'une idéologie très consensuelle à l'époque, celle de la lutte pour ne pas dire la guerre « contre la drogue ». Une idéologie que l'on peut résumer en quelques phrases : *« La drogue » attise les passions tout en réduisant la conscience morale. Elle devient un besoin incontrôlable. Elle est la cause d'une grande partie des problèmes sociaux (criminalité, pauvreté, foyers brisés), elle enlève à l'usager la discipline et la raison qui lui sont nécessaires pour « se désintoxiquer » et retrouver une place dans la société. Plus encore que face à l'ivrognerie, la représentation sociale de « la toxicomanie » s'est construite comme le stéréotype d'une intention mauvaise, antisociale, destructrice des règles morales. « La drogue » est désignée comme l'ennemi et les consommateurs ses complices. La gravité de leur faute envers la société légitime de les punir, d'interdire toute consommation, de criminaliser le commerce de l'agent nocif, et de charger la prévention d'enjoindre tout un chacun à ne pas y toucher.*

Cette base idéologique initiale de l'intervention sociale en tant que « lutte contre la drogue » reste encore très présente dans les représentations sociales, de l'opinion et de responsables politiques, mais aussi parmi nombre de soignants. Il est très important d'en prendre la mesure pour comprendre pourquoi, dès sa naissance, l'intervention en toxicomanie s'est intéressée à « la drogue » en tant que fait social et à ses racines socio-historiques et politiques.

On comprend mieux également pourquoi nous, acteurs des soins et de la prévention aujourd'hui, sommes encore contraints de gérer un conflit permanent avec cette idéologie dominante. Les premiers « intervenants » se sont vite retrouvés devant l'impérieuse nécessité de lutter d'abord contre les idées reçues et de restituer aux usages de drogues leur valeur de révélateur social. Ils se sont également retrouvés devant le besoin de créer des espaces différenciés des institutions moralisatrices et maltraitantes : l'hôpital psychiatrique mais aussi certaines communautés thérapeutiques qui, en prétendant détenir la vérité et la solution, se sont enfoncées dans toutes sortes de dérives.

Dans ce contexte, les premiers centres d'accueil ou de post cures ont été conçus comme des espaces « autres », protégés, généralement collectifs, pour rencontrer ces jeunes et les soigner.

Mais les soigner de quoi ? La réponse est simple à l'époque : il faut les soigner de leur dépendance à « la drogue ». C'est autour du paradigme médical de la dépendance que s'est scellé le puissant consensus de la loi de 70 : du côté du législateur c'est la confirmation que les drogues (en l'occurrence les « stupéfiants ») sont très dangereuses et que la loi est légitime de faire de la « désintoxication » une condition absolutoire du délit d'usage, et, de l'autre côté, celui des soignants, la dépendance en tant que pathologie est légitimement assignée aux soins pour permettre à l'usager de perdre le statut de délinquant même si c'est au prix de celui de malade³. La prévention n'a d'autre perspective que d'informer sur le danger pour dissuader l'usage.

En matière de cure, un modèle médical pour « rompre » la dépendance physique s'était forgé depuis la fin du XIX^{ème}, et avait acquis une place centrale dans les soins en alcoologie : le sevrage. Sans alternative, le sevrage s'est d'emblée imposé comme la pierre angulaire, le passage obligé de toute prise en charge. D'autant que la problématique devenue de loin la plus fréquente, l'héroïnomanie, engendre une forte dépendance physique qu'il est tentant de considérer comme la cause de « la toxicomanie », comme elle l'était déjà de l'alcoolodépendance. Cette pratique du sevrage s'est alors étendue dans des services hospitaliers qui se sont plus ou moins spécialisés et se sont attachés à l'humaniser et à penser l'avant et l'après cure.

Confrontés à un environnement social particulièrement stigmatisant et répressif, et devant s'occuper d'un comportement considéré à la fois comme délictuel et maladif, il n'a pas échappé aux soignants de l'époque que, dans ces conditions, le risque de confusion entre soigner et punir est constant. C'est pourquoi la question éthique a été d'emblée primordiale : une éthique du respect de la parole et de la citoyenneté de l'usager, une éthique de l'alliance avec lui pour ouvrir et protéger des espaces communs, pour apporter des soutiens qui aient du sens.

Un socle éthique, théorique et politique s'est ainsi constitué que l'on peut résumer ainsi : *« La toxicomanie est à la fois maladie et symptôme de ce monde, son approche doit être globale, bio-psycho-sociale, et respectueuse de la personne ».*

³ Le dogme de la dépendance se déconstruit aujourd'hui peu à peu. Le DSM 5 n'en fait pas mention, se limitant à des indicateurs de sévérité progressive des « troubles de l'usage ». En France, les experts médicaux la renomment parfois « perte de contrôle » mais lui attribue de plus en plus souvent une origine cérébrale. En approche expérientielle nous préférons parler de l'addiction pathologique (au sens de celle qui est source de souffrance) comme d'une « perte de la satisfaction de l'usage » (Morel et Coueron, « Les conduites addictives », Dunod, 2008.

2- De la psychanalyse aux psychothérapies et à l'accompagnement, l'ouverture à la dimension psychogénétique.

Si la première période de l'histoire a été « bio-psycho-sociale », la seconde a ouvert le champ de la psychogenèse de l'addiction. La psychanalyse alors ultra-dominante dans l'université, dans la psychiatrie et l'intervention sociale, nous a ouverts à un autre modèle étio-pathogénique : un modèle psychodynamique et psychopathologique centré sur la clinique du sujet, prisonnier de son histoire et de ses conflits intrapsychiques.

Mais cet apport de la psychanalyse ne s'est pas accompagné d'outils thérapeutiques accessibles et opérants, en dehors de l'écoute et de du transfert. Devenue une pensée dominante, s'éloignant du besoin de lien avec les usagers, étouffant dans certaines institutions d'autres approches, d'autres pratiques, elle a favorisé un réductionnisme dogmatique.

Nous avons néanmoins beaucoup appris de cette période, notamment que la « toxicomanie » n'était pas seulement révélatrice d'un malaise de la jeunesse mais aussi des marques douloureuses et indicibles d'une histoire personnelle. Et qu'à défaut de pouvoir « traiter » une histoire, nous devons savoir développer une clinique de l'écoute, de la parole qui soulage et de l'accompagnement. Sans jeter la psychanalyse dans les poubelles de l'histoire, les équipes ont commencé à s'intéresser et à se former à d'autres approches thérapeutiques comme la systémie, les psychothérapies centrées sur la personne, les thérapies motivationnelles ou cognitivo-comportementales, etc.

3- Le sida et la réduction des risques. Le retour du refoulé

Nous en étions là lorsqu'une première pandémie, celle du sida, nous a brutalement ramenés aux réalités des risques de l'usage de drogues et à la nécessité de savoir les réduire, nous obligeant à nous débarrasser de l'idéologie de l'abstinence pour tous et à acquérir, avec l'expertise des usagers, des compétences sur comment se droguer à moindre risques. Cet « avec » a fait émerger une nouvelle alliance entre intervenants et usagers et les prémices d'un nouveau « statut » d'usager de drogue citoyen à part entière, posant crument la question de leur criminalisation, de leur bouc-émissarisation alors qu'ils portent avant tout un besoin de bien-être et de sociabilité. La réduction des risques est devenue un paradigme alternatif, porteur de sens et de transformation sociale.

Moteur dans cette évolution, la santé publique et la médecine générale ont pris une place inédite et se sont avérées très précieuses pour comprendre l'intérêt d'un développement massif des traitements de substitution, de l'aller vers, de la recherche et de la diffusion d'outils de réduction des risques adaptés. Les avancées ont été indéniables tant pour l'amélioration de l'état de santé des usagers que contre le sida. Néanmoins, en s'étant fondée en partie sur une opposition inopérante entre réduction des risques et soins et en

l'institutionnalisant, elle a freiné le processus intégratif et ouvert la porte un autre réductionnisme. J'y reviendrai.

4- La fin de la confusion entre informer sur les dangers et prévenir. La (re)découverte de la promotion de la santé.

Ces bouleversements paradigmatiques ont impacté tous les domaines d'intervention, y compris la prévention. Longtemps égarée dans une lutte chimérique « contre la drogue » et le prêchi prêcha d'incitation à la peur, la prévention a dû entrer dans la logique de la réduction des risques et s'inscrire dans la santé publique. Elle s'est ainsi progressivement convertie à la promotion de la santé et à ses exigences en termes de données probantes, d'identification des déterminants sociaux et éducatifs de santé. Nous avons œuvré pour cette conversion et continuons à le faire, reconnaissant totalement la place des addictions en tant que problème de comportement de santé. Nous avons abandonné les actions ponctuelles et la seule information pour développer des programmes d'éducation préventive et d'intervention précoce, évalués et mobilisateurs de la collectivité. Mais nous sommes encore loin d'avoir renversé les idées reçues et accru les compétences dans toute la population. Nous n'avons pas non plus réussi à ce que l'État apporte les moyens d'une politique cohérente et prioritaire de promotion de la santé, loin de la stigmatisation des usagers et des idées reçues.

5- La société addictogène et le pouvoir d'agir. Une nouvelle sociogène.

Avec la massification et la diversification des usages, avec l'extension du champ des addictions dans un contexte d'hyperconsommation et d'hyper-individualisme, un nouveau regard s'est ouvert sur la sociogène des addictions. L'addiction n'est plus un comportement individuel marginal mais apparaît comme le signe d'une acculturation généralisée des objets de la « techno-sphère » (Bernard Stiegler), dont les substances psychoactives, avec les risques d'emprise qu'elle comporte. Elle se révèle moins une question de produit qu'un problème de dérégulation et de mode de vie, dans le contexte d'un modèle socio-économique addictogène.

Et puis, elle constitue une problématique à deux volets : d'un côté un comportement de consommation qui apporte du soulagement mais dont le contrôle est fragile, de l'autre un état de tension plongeant ses racines dans un mal-être individuel et social qui complique la gestion des émotions et alimente le besoin de soulagement. Deux volets d'une même problématique qui se renforcent mutuellement. On prend enfin conscience que derrière les addictions les plus graves il y a des psychotraumas, des dépressions, des burn-out, des solitudes, des détresses sociales, des psychoses ...

6- Les interactions entre santé mentale et addictions

Ces interactions sont particulièrement significatives entre addictions et santé mentale. Et ce n'est pas un hasard si bon nombre de nouvelles approches sont nées à la croisée de la santé mentale, de l'addictologie et de l'intervention sociale, mettant au centre des politiques et des institutions les questions de la place des savoirs des usagers, leur empowerment et leur inclusion sociale⁴ (Tim Greacen et Emmanuelle Jouet). Les approches expérientielle et communautaire rejoignent aujourd'hui celles du pouvoir d'agir et du rétablissement pour redonner sens aux notions de soins, de citoyenneté, d'entraide et de bien-être : ce qui compte pour l'utilisateur, ce qui lui permet de se « rétablir », c'est d'exercer son autonomie, son libre choix, c'est la reconnaissance de son savoir, de ses droits et sa capacité à changer ce qu'il veut changer par lui-même.

Ce qui compte, ce sont surtout ses liens sociaux qui soutiennent son désir de vivre et de construire son rétablissement.

L'addiction apparaît moins comme une comorbidité que comme une prise de risque dans une recherche d'équilibre et d'apaisement. La meilleure façon de la traiter ne passe que peu par des médicaments essentiels (excepté les médicaments de substitution dans la dépendance aux opiacés), mais beaucoup plus par la réduction des risques, l'entraide et la coopération.

Ce n'est d'ailleurs pas par hasard si, depuis près d'un siècle, les modes de soins auxquels les usagers ont eu le plus recours, le plus constamment, avec le plus de succès, sont l'auto-rétablissement, l'auto-support et l'entraide. L'histoire, toujours actuelle, des « fraternités » comme Alcoolique ou Narcotique Anonyme nous le rappelle. Cette histoire se renouvelle avec la naissance de nouveaux groupes d'entraide très actifs sur les réseaux sociaux, d'associations d'auto-support ou encore l'éclosion de collectifs de pair-aidant s'associant à des professionnels. Nous sommes là au cœur de la coopération. Mais ne nous méprenons pas, il y a de grandes disparités dans la mise en œuvre de ce renouveau de l'alliance avec les usagers.

7- L'étape actuelle : le réductionnisme du tout neurosciences...

Comment l'addictologie peut-elle porter l'ensemble de ces connaissances et expériences qui se sont sédimentées au fil de cinq décennies ? Quelle définition donnons-nous aujourd'hui à l'addictologie ?

À l'aube des années 2000, au moment du rapprochement historique en France entre alcoologie, intervention en toxicomanie et tabacologie, les acteurs de l'époque (dont j'étais)

⁴ L'exemple le plus significatif est certainement le programme « un chez soi d'abord », mais d'autres apparaissent (maraudes communes, parcours de soin intégratifs, etc).

avaient co-construit une définition qui a servi de base à la création de la FFA⁵. Cette définition, que l'on retrouve dans les premières éditions du « Dictionnaire des drogues et dépendances »⁶, désignait l'addictologie comme (je cite) « un champ d'investigations et d'interventions multidisciplinaires » recouvrant l'ensemble des usages des drogues et des addictions. Elle précisait explicitement que l'addictologie ne devait pas être confondue avec la médecine des addictions qui n'en est qu'une sous-partie, et elle ancrat la problématique des addictions dans une approche bio-psycho-sociale en affirmant que « L'addictologie est à la croisée de toutes les disciplines qui s'intéressent à l'homme et à ses conduites (psychologie, neurobiologie, clinique...), mais aussi aux substances qu'il consomme pour s'auto-modifier (pharmacologie, histoire des drogues...) et aux contextes qui interagissent sur ces conduites (sociologie, géopolitique, économie, anthropologie culturelle...) ».

Ce consensus s'est progressivement délité, malheureusement sans débat. L'institutionnalisation de l'addictologie en tant que spécialité médicale en lien étroit avec les neurosciences a favorisé le glissement vers une définition de l'addiction centrée sur sa dimension neurobiologique. Ainsi, à titre d'exemple, peut-on lire dans le dossier du site internet de l'INSERM que « Les addictions sont des pathologies cérébrales définies par une dépendance à une substance ou une activité, avec des conséquences délétères », et que les dimensions sociales et psychologiques ne sont que de simples « facteurs de vulnérabilité »⁷. C'est faire passer une partie pour le tout, la définition même du réductionnisme.

Mon propos n'est évidemment pas d'amoindrir l'intérêt des données des neurosciences mais de les intégrer avec les autres apports, ceux des sciences humaines et sociales, ceux aussi des expériences de terrain et des usagers, dans une vision globale et systémique. Perdre ce fil c'est ouvrir la porte aux jeux de pouvoir, aux ego, à la compétition, à la division, c'est entraver la coopération. Ce processus est d'ailleurs à l'origine de la profonde fracture qu'a connue la FFA en 2017. Mais c'est surtout une perte de chance pour les usagers, ne l'oublions pas.

Aujourd'hui, nous avons le plus grand besoin de poursuivre la construction d'un fond et d'un langage communs, de le faire dans un dialogue équilibré, en coopération, entre professionnels, entre disciplines, mais aussi avec les personnes concernées, les usagers, qui portent d'autres savoir si peu reconnus. Nous en avons besoin pour mettre en pratique une approche globale, intégrative, humaniste et sociale.

... Et la prise de conscience que la santé s'inscrit dans un écosystème social et écologique

⁵ Fédération Française d'Addictologie, fondée en 2001 par quatre associations : l'ANIT (ancêtre de la Fédération Addiction), la Société Française d'Alcoologie, l'ANPA (ancêtre d'Addiction France et la Société Française de Tabacologie

⁶ Richard, Senon, Valleur, Larousse, 1999, 2004, 2009.

⁷ « Addictions, du plaisir à la dépendance », 2020, www.inserm.fr

L'état actuel de l'addictologie ne résume pas, heureusement, à un envahissement par les neurosciences. Avec la crise sanitaire et sociale l'addictologie se retrouve au cœur de la redéfinition des enjeux de santé. L'économiste Eloi Laurent en fait une analyse fort intéressante dans son dernier ouvrage⁸.

Il souligne que l'espérance de vie, après avoir quasiment doublé dans le monde au XX^{ème} siècle, recule ou stagne dans les régions les plus riches. Si l'on observe de près cette évolution, on s'aperçoit que les causes de la mortalité mondiale changent, surtout depuis un demi-siècle : la mortalité due aux maladies transmissibles diminue fortement, alors que celle liée aux maladies non transmissibles s'accroît, surtout dans les pays riches. Si les maladies transmissibles se diffusent par des agents extérieurs, germes et virus, les maladies non transmissibles se répandent à travers des comportements sociaux, des modes de vie, des structures sociales. Nous sommes donc de plus en plus malades de notre mode de vie.

Ce basculement s'est opéré dans les années 70, lors de ce que les épidémiologistes ont appelé « la révolution cardio-vasculaire ». C'est en effet durant ces années que les cardiopathies ischémiques et les AVC sont devenus, et de loin, la première cause de mortalité, suivis par les pathologies pulmonaires chroniques et certains cancers.

Notre écosystème social accroît nos vulnérabilités

Si on examine les cofacteurs, en cause dans le développement de ces maladies non transmissibles, on trouve un ensemble de problématiques comportementales et de pathologies, toutes indéniablement liées au monde social dans lequel nous vivons : le stress, la dépression, la solitude, le tabagisme, l'alcoolisme, l'abus de sucre, l'obésité, l'hypercholestérolémie, le diabète, la sédentarité, la pollution, les inégalités, la précarité, les discriminations, les petits et grands traumatismes, le déclassement, etc.

À travers cette énumération éclectique de conduites à risques, de facteurs de mal-être et de pathologies apparaissent nos vulnérabilités et la dégradation de l'écosystème social et écologique de santé. Pourquoi une telle dégradation ?

Sans doute parce que notre modèle économique et social a perdu sa boussole, celle de l'intérêt collectif et de la prospérité humaine, celle de la santé pour tous au sens de l'OMS, ou de la pleine santé selon l'expression d'Eloi Laurent. Une autre boussole a dévoyé le sens premier des mots prospérité et enrichissement, celle de la croissance et de la consommation à tout prix, celle de l'individualisme et de la captation du pouvoir d'agir par quelques-uns. Autant de facteurs de dérégulation des comportements et d'affaiblissement des liens

⁸ Eloi Laurent, « Et si la santé guidait le monde ? L'espérance de vie vaut mieux que la croissance », Les Liens qui Libèrent, 2020.

sociaux qui vont bien au-delà de la seule question de l'offre de substances mais qui en créent le besoin et accroissent nos vulnérabilités.

Comment modifier notre mode de vie ? Comment prendre soin de notre écosystème de santé ?

Nous le savons, les appels « par le haut » à la responsabilité individuelle et à « l'hygiène de vie » ont une portée trop faible pour susciter à eux seuls des changements structurels qui ne peuvent être que collectifs. De surcroît, les messages institutionnels de prévention sont souvent reçus par les groupes ou personnes les plus exposées comme de nouvelles contraintes et un mépris vis-à-vis de leur liberté de trouver du bien-être à leur façon.

Alors n'y a-t-il aucune perspective ?

Nous ne manquons pas de pistes si nous acceptons l'idée de développer *une autre forme d'action en santé publique*. Une forme nouvelle et complémentaire de mobilisation collective pour la santé, « bottom up », à partir de l'action locale sur des sujets et des objectifs concrets, facilitant l'association des savoirs et la coopération entre acteurs de santé et citoyens. Pour cela, la santé publique doit admettre qu'elle ne peut plus être « surplombante ». Elle doit s'adapter aux différences territoriales, culturelles, populationnelles, et ne peut y parvenir que dans la proximité, l'aller vers, l'intervention précoce, la démarche communautaire et toutes les stratégies basées sur la reconnaissance des diversités, l'expression des personnes et le pouvoir d'agir des populations.

LE DOUBLE ENJEU DE SOCIALISER LES USAGES ET DE COOPÉRER AVEC LES USAGERS

Cela définit à mes yeux les évolutions que doit effectuer l'addictologie pour s'inscrire comme un élément actif de l'écosystème de santé.

Si nous ne sommes pas aveugles devant la banalité croissante et mondialisée du recours aux psychotropes en tant que moyen de gestion de soi et de faire face aux « épreuves de la vie » pour reprendre le titre du dernier ouvrage de Pierre Rosanvallon⁹ ; si nous comprenons que vivre avec une addiction peut être salvateur pour certaines personnes dans certaines situations mais nécessite un écosystème social étoffé pour en limiter les risques et trouver des alternatives meilleures, cela nous oblige à rompre définitivement avec la « lutte contre » et à repenser nos actions et leur impact individuel et social.

Pour l'addictologie, cette nouvelle perspective repose sur un double objectif : la socialisation des usages et l'inclusion sociale des usagers. Avec deux leviers pour redonner

⁹ Pierre Rosanvallon, « Les épreuves de la vie. Comprendre autrement les Français », Le Seuil, 2921. Un ouvrage qui fait écho à celui du sociologue Danilo Martucelli, « Forgé par l'épreuve. L'individu dans la France contemporaine », Paris, A. Colin, 2006.

force émancipatrice à nos liens sociaux : la démarche communautaire en santé et la coopération.

La démarche communautaire en santé

Il n'est plus possible de penser aujourd'hui que la santé communautaire c'est pour les pays sous-développés, pas pour des pays qui, comme le nôtre, ont un système de santé jugé très performant. Notre modèle centré sur l'hôpital et le curatif est en bout de course, nous le savons. La démarche communautaire apporte une dimension nouvelle et complémentaire en termes de politique de santé. Elle rend possible une coopération étendue à toutes les parties prenantes d'un territoire pour faire converger leurs intérêts propres vers un objectif commun.

Prenons l'exemple de la scène ouverte du crack à Paris.

Depuis une trentaine d'année, malgré de multiples interventions essentiellement répressives, un petit bout de quartier reste le lieu de rassemblement d'usagers de crack.

Les évacuations et les plans se sont succédés. Le dernier a décidé de choses fort utiles pour les usagers (hébergement, réduction des risques, salle de consommation...). Mais les usagers sont toujours là et ce sont les habitants qui craquent.

Une voie n'a jamais été entreprise jusque-là : faire de la scène ouverte, avec les usagers et les habitants, un tiers lieu, un lieu de consommation possible mais surtout de socialisation. Car c'est bien ce que montrent ces générations d'usagers souvent très précaires : un besoin de socialisation dans un espace public.

Nous avons, en tant que professionnels de santé en addictologie, la responsabilité de faire comprendre que socialiser, acculturer les usages de drogues est la meilleure façon de les réguler, d'en réduire les risques et les nuisances. Nous avons d'ailleurs largement amorcé cette démarche à travers la réduction des risques, l'ouverture de salles de consommation à moindre risque, de nouveaux accompagnements en matière d'éducation aux risques liés à la consommation, l'ouverture d'espaces de consommation, etc.

Mais socialiser les usages de drogues et inclure les usagers dans la cité heurte une partie de la population. La réalisation de cet objectif nécessite à l'évidence du temps, de la méthode et une grande capacité de dialogue, de recherche de compromis dynamiques et de reconnaissance des besoins parfois contradictoires entre populations. Elle suppose des étapes, de nouveaux compromis incluant toutes les parties prenantes, des habitants aux élus locaux en passant par les forces de sécurité publique et les usagers, pour diminuer les tensions et les sources de conflit et d'exclusion. Acquérir et diffuser des compétences

nécessaires pour développer cette démarche sur tous les territoires devrait être, de mon point de vue, une des missions de l'addictologie médico-sociale.

Et la coopération ?

Qu'est-ce que soigner dans une pratique coopérative ? C'est d'abord s'engager dans une relation de réciprocité, c'est reconnaître à l'usager un savoir expérientiel et sa valeur capitale pour son rétablissement, c'est associer ce savoir à celui des professionnels. En pratique c'est identifier avec l'usager/patient son écosystème social de santé, c'est l'accompagner, l'aider à se poser la question de ce qu'il choisit de changer et avec qui le faire. Pour les professionnels, il s'agit de créer les conditions de sécurité pour ces changements et d'enrichir les ressources pour y parvenir.

En institution, coopérer c'est dépasser la simple juxtaposition des disciplines et des métiers pour développer une dynamique transdisciplinaire au sein des équipes. On ne peut être coopératif avec les usagers que si nous le sommes déjà entre professionnels... et réciproquement.

Depuis le géographe Pierre Kropotkine au XIXème siècle¹⁰ et, plus près de nous, les travaux de l'agronome et biologiste Pablo Servigne¹¹, nous savons que l'entraide est un facteur essentiel de l'évolution humaine, de l'évolution des individus et des groupes. Le domaine des addictions en est une excellente illustration lorsqu'on se rappelle que l'entraide est sans doute la plus efficace des modalités d'accompagnement des personnes vivant avec une addiction.

Pour renforcer les mécanismes relationnels qui régissent ou alimentent ce type de lien, il existe d'autres travaux. Comme ceux de l'anthropologue Marcel MAUSS au début du XXème siècle pour qui, ce qui constitue le plus fort lien et une dynamique émancipatrice dans les relations interhumaines, c'est la loi de la réciprocité basée sur la triple obligation de donner, recevoir et rendre, telle une boucle sans fin... Il est intéressant de se poser la question : que faisons-nous de ce principe de réciprocité dans nos relations aux usagers ?

Vouloir développer la coopération dans nos pratiques est un projet forcément collectif et exigeant. Nous ne pourrions le mener à bien que si, dans nos institutions nous instillons, y compris dans le fonctionnement et la gouvernance, une culture de la coopération et de l'entraide, bien plus ambitieuse que la seule bienveillance ou la participation des usagers.

¹⁰ Pierre Kropotkine, « L'entraide un facteur de l'évolution », 1902 en anglais, republié en français par les éditions écosociété en 2001.

¹¹ Pablo Servigne et Gauthier Chapelle, « L'entraide, l'autre loi de la jungle », Les Liens qui Libèrent, 2017.

Ces dernières années, en France, différentes initiatives traduisent une mobilisation croissante pour donner une place importante à la pair-aidance dans différents secteurs, dont celui de l'addictologie. Cela apporte indéniablement un nouveau souffle aux interventions et aux soins mais soulève également de nombreux enjeux. Comme la mise en place de parcours d'apprentissage à la pair-aidance, le soutien à des projets de professionnalisation, la reconnaissance de métiers et l'intégration dans les équipes. Pour mieux relever ces enjeux nous avons monté un projet commun avec la Fédération addiction, ASUD et d'autres associations qui vise la création d'un « collège du rétablissement ».

À travers tout cela, à l'évidence, une reconfiguration profonde est en train de se réaliser des notions d'entraide, d'accompagnement et de soins. Ce sont même les définitions de l'addiction et de l'addictologie qui se trouvent interrogées.

Nous n'en sommes qu'au début. Plus que jamais nous avons besoin de partager pour avancer, nous avons besoin de coopérer.

Merci à la Fédération Addiction de continuer inlassablement à rendre possible cette intelligence collective pour une addictologie plurielle et intégrative.

Un dernier mot, un mot d'humeur, d'introduction comme de conclusion, que j'ai écrit après avoir vu le film iranien de Saeel Roustayl, « La loi de Téhéran » (2019) :

Dans le désastre mondial de la guerre à la drogue, quel rôle, nous soignants, nous addictologues, jouons-nous ? Dans ce drame humanitaire ne sommes-nous qu'une ONG humanitaire qui vient apporter quelques soins aux victimes, quelques moyens pour en réduire les risques sans rien faire pour en réduire les causes ?

Non, nous avons un pouvoir d'agir collectif, alors utilisons-le et contribuons à transformer ce monde.