

Prospective Jeunesse

Drogues
Santé
Prévention

52

Octobre 2009

L'abstinence en question

Le projet d'abstinence,
pourquoi y croire ?

Georges van der Sraten

La définition d'un
nouvel humanisme

Roland Coenen

L'abstinence, un système
de protection controversé

Didier Lestrade



Prospective Jeunesse est un centre d'étude et de formation fondé en 1978. L'association est active dans le domaine de la prévention des méfaits liés aux usages de drogues, dans une optique de promotion de la santé.

Prospective Jeunesse a créé, avec **Infor-Drogues** et **Modus Vivendi**, l'asbl **Eurotox**, relais en Communauté française de Belgique de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT). www.eurotox.org

Prospective Jeunesse propose quatre services :

- Formation et accompagnement de professionnels (seuls ou en équipe)
- Publication de la revue **Prospective Jeunesse**
- Entretiens individuels
- Centre de documentation

CONTACT : 144 chaussée d'Ixelles, 1050 Bruxelles ■ 02/512 17 66
infos@prospective-jeunesse.be ■ www.prospective-jeunesse.be

Editeur responsable :
 Jean-Guillaume GOETHALS
 Rédacteur en Chef :
 Julien NEVE
 Secrétaire de rédaction :
 Anne DISCART
 Comité d'Accompagnement :
 Philippe BASTIN, Line BEAUCHESNE,
 Marc BUDO, Alain CHERBONNIER,
 Etienne CLEDA, Ariane CLOSE,
 Martine DAL, Gérard DAVID, Christian
 DE BOCK, Christel DEPIERREUX,
 Damien FAVRESSE, Manu GONÇALVES,
 Ludovic HENRRARD, Damien
 KAUFFMAN, Pascale JAMOULLE,
 Thierry LAHAYE, Patricia PIRON,
 Pascal RIGOT, Micheline ROELANDT,
 Jacques VAN RUSSELT,
 Soutien administratif :
 Maria DRAPPA
 Dessins :
 Jacques VAN RUSSELT

Les articles publiés reflètent les opinions de leur(s) auteur(s) mais pas nécessairement celles des responsables de « **Prospective Jeunesse – Drogue Santé Prévention** ». Ces articles peuvent être reproduits moyennant la citation des sources et l'envoi d'un exemplaire à la Rédaction. Ni **Prospective Jeunesse** asbl, ni aucune personne agissant au nom de celle-ci n'est responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations reprises dans cette publication.

Impression :
 Nuance 4, Naninne
 Graphisme et mise en page :



N°ISSN : 1370-6306



ÉDITORIAL

L'abstinence, un débat apaisé mais toujours ouvert.

La prise en charge des usagers de drogues a très longtemps rimé avec une seule méthode : l'abstinence, entendue comme l'idéal de conduite que chaque toxicomane déviant doit avoir en ligne de mire pour espérer réintégrer la communauté des vivants. Ainsi que le rappelle Marc Reisinger, le préjugé selon lequel « *les héroïnomanes mènent une vie de plaisir pour laquelle ils doivent être punis ou « réhabilités* », sans quoi ils retomberont toujours dans leur vice », s'est montré particulièrement coriace dans le chef de nombreux patriciens et décideurs politiques. L'arrivée des traitements de substitution et les ravages du Sida ont toutefois convaincu ces derniers de mettre de l'eau dans leur vin et permis que, dans nos contrées, la substitution et la réduction des risques tiennent désormais le haut du pavé. La révélation au grand public des dérives sectaires de certaines communautés thérapeutiques a accéléré le mouvement de cette petite révolution copernicienne affectant le monde des addictions. Faut-il pour autant tirer une croix sur le modèle de l'abstinence, le rejeter au motif qu'il serait rétrograde et inadapté ? Prospective jeunesse a décidé d'ouvrir le débat, de donner la parole à ceux qui estiment que l'abstinence demeure « *un outil précieux* ». Car, nous avons beau préférer une école plutôt qu'une autre, force est de constater que pour de nombreux usagers le projet d'abstinence fonctionne ; certains d'entre eux y trouvant même la seule voie possible pour sortir des méandres de la dépendance. Ainsi Jean, ancien alcoolique, n'hésite pas à comparer l'abstinence à une résurrection.

A la lecture des différentes contributions, un constat s'impose : le temps des anathèmes et des soliloques semble définitivement révolu. L'heure est à la mise en réseau et au partage des expériences. Désormais, en matière de prise en charge thérapeutique, plutôt que de s'accrocher à une école de pensée, on préférera jouer la carte du cas par cas et de l'interdisciplinarité. Ainsi, Roland Coenen, à qui nous demandions de choisir entre réduction des risques et abstinence, répond un brin provocateur : « *les deux modèles sont faux* ». Ce à quoi il faut comprendre que « *dans le cadre d'une approche individuelle, on ne peut affirmer être pour l'un ou pour l'autre* ». En d'autres termes, il faut se garder « *de faire d'un modèle une religion, laquelle conduira inévitablement ses adeptes à surdéterminer leurs propres pratiques professionnelles* ».

Bien que les querelles d'écoles se soient apaisées et que le politique semble plus ouvert aux expérimentations thérapeutiques innovantes, plusieurs contributeurs nous enjoignent de ne pas baisser totalement la garde. La logique d'abstinence ou le rêve d'une « *société sans drogue* » demeure la norme dominante qui continue d'inspirer la majorité des politiques sanitaires publiques et de justifier l'entreprise très rentable de la prohibition. Et comme le soutient Micheline Roelandt, « *il est pénible de constater qu'en matière de prévention des toxicomanies, le cadre législatif existant ne permet toujours pas de tenir un discours intelligent qui tend à prévenir les jeunes des risques réels qu'ils prennent en consommant les divers produits qui leur sont proposés sur les florissants marchés clandestins, ni de leur enseigner le bon usage de ces produits* ».

En guise de conclusion, Didier Lestrade nous rappelle que l'abstinence ne se résume pas à la seule problématique de la toxicomanie. En plus d'être « *un système de protection controversé* » aux mains des pires réactionnaires dans la lutte contre le Sida, elle est aussi un choix de vie qui a profondément marqué la communauté gay aux premières heures de l'épidémie. Et l'auteur de mettre en évidence le caractère éminemment polémique de l'abstinence dont la résurgence est profondément liée à la nature de plus en plus globalisée de la société qui voit se multiplier les conduites à risque et où, en conséquence, les motifs de retenue ne cessent de croître.

Julien Nève, rédacteur en chef

L'abstinence en question

- | | |
|---|----|
| Le projet d'abstinence, pourquoi y croire ?
Georges van der Straten | 2 |
| Abstinence et substitution
Marc Reisinger | 10 |
| L'abstinence, une résurrection
Entretien avec Jean, membre des Alcooliques Anonymes | 14 |
| Abstinence et prohibition font bon ménage
Mathieu Bietlot | 18 |
| La prohibition des drogues, un avatar de l'ascétisme ?
Micheline Roelandt | 21 |
| La définition d'un nouvel humanisme
Entretien avec Roland Coenen | 24 |
| Le projet d'abstinence, un outil précieux
Entretien avec Jean-Pierre Jacques | 28 |
| Toxicomanie, entre abstinence et tentation ?
Grégory Lambrette | 32 |
| L'abstinence, un système de protection controversé
Didier Lestrade | 36 |

LE PROJET D'ABSTINENCE, POURQUOI Y CROIRE ?

> Georges van der Straten, Fondateur et directeur du centre Trempoline.

Directeur d'une communauté thérapeutique, Georges van der Straten questionne la notion d'abstinence et ses implications pour la population des personnes dépendantes. Après avoir longtemps tenu le haut du pavé, le modèle de l'abstinence a été fortement disqualifié suite à la généralisation des traitements de substitution et l'émergence d'une philosophie de la réduction des risques. Fort de son expérience, l'auteur entend redorer le blason du modèle de l'abstinence et nous invite à dépasser querelles et controverses entre les différents modes d'intervention, tablant sur leur mise en réseau et leur complémentarité dans l'intérêt des usagers.

Pourquoi proposons-nous aux personnes dépendantes un projet d'abstinence ? Combien d'entre elles sont capables de devenir « abstinentes » après un traitement approprié ? Au nom de quoi est-il légitime de les encourager à devenir abstinentes ? Le prix et les efforts à investir pour atteindre cet objectif sont-ils acceptables et justifiés ? Autant de questions qui nous permettront de saisir ce que l'on entend par « abstinence », de circonscrire les cas et les situations dans lesquels elle semble être la meilleure solution et de passer en revue certaines approches ou outils qui semblent pertinents par rapport à l'objectif qu'elle représente.

1. A chaque époque « sa solution miracle »

Depuis les années 70, nous avons assisté à une succession de « grandes solutions » et de modèles canoniques :

Dans les années 70, les traitements aux produits de substitution étaient autorisés pour des périodes d'environ trois mois mais la maintenance de ces produits à long terme était considérée comme un entretien de toxicomanie. Les communautés thérapeutiques (CT) représentaient alors l'unique solution et l'abstinence le seul objectif possible. La législation de cette époque concernant les traitements de substitution et l'incidence relativement faible de la toxicomanie sur la sécurité publique ainsi que de l'hépatite et du Sida sur la santé publique pouvaient justifier ce choix.

Au cours des années 80, l'apparition du Sida et la croissance rapide du nombre de toxicomanes ont contraint le législateur à trouver d'autres solutions pour endiguer l'épidémie et traiter la majorité des toxicomanes qui n'étaient pas motivés par les programmes d'abstinence. Ainsi l'Etat se résout-il, dans le milieu des années 90, à autoriser les médecins à prescrire des produits de substitution pour

des durées indéterminées. Ces traitements font alors figure de nouvelle panacée contre la dépendance. Et pour cause, l'héroïnomane « sous méthadone » semble pouvoir mener une vie normale. Grâce à son traitement, il peut désormais travailler et n'est plus contraint de voler. Bref, il est en mesure de s'insérer dans la société. Dans ce contexte, le « projet d'abstinence » défendu par les groupes de « self-help » et les CT apparaît obsolète. Or, bien que les traitements de substitution ont répondu aux attentes de certains héroïnomanes, à l'instar des CT et de leur projet d'abstinence, le rêve de « solution miracle » était trop simple (ou simpliste) pour atteindre son but. Dans de nombreux cas, les patients sous substitution continuent à consommer de l'héroïne ou passent à la cocaïne afin de ressentir de nouvelles sensations. Dix ans plus tard, nous observons que pour de nombreux patients, la dépendance n'est pas passée de l'héroïne à la méthadone mais s'est plutôt muée en une dépendance simultanée à deux produits : l'héroïne et la méthadone. En outre, on constate que de nombreux cocaïnomanes recourent à la méthadone pour amortir le syndrome du « crash » et deviennent ainsi dépendants à la méthadone en plus de la cocaïne. Au final, il est donc apparu que, ni les cures de substitution, ni les CT ne suffisent pour résoudre le problème de la toxicomanie.

A partir des années 2000, la progression du Sida et de l'hépatite C ainsi que l'usage accru de « nouvelles drogues » telle que l'ecstasy et la recrudescence du phénomène de poly-consommation ont ouvert la voie à une nouvelle approche non médicale qui semblait plus réaliste pour les usagers de drogues auxquels les CT et les traitements de substitution ne convenaient pas. S'affichant comme pragmatique et refusant la stigmatisation des usagers de drogues, l'approche dite de réduction des risques (RDR) vise seulement à limiter les risques et les dommages, non pas la consommation de drogues en tant que telle. Il s'agit avant tout d'informer le public des techniques qui réduisent ou augmentent les risques de transmission de maladies ou d'overdose et d'apprendre

Les communautés thérapeutiques

Apparues aux États-Unis à la fin des années 50, les communautés thérapeutiques (CT) sont des lieux de vie communautaire accueillant des usagers de drogues. Leur prise en charge se fait aussi bien par les éducateurs que par les pairs (envisagés comme une famille chaleureuse et exigeante). La vie collective et ses lois étant considérées en elles-mêmes comme thérapeutiques, ces lieux de vie ont pour objectif de conduire le toxicomane vers la réinsertion sociale, professionnelle et affective. Le terme de CT s'applique à la fois à l'institution et à une prise en charge de la toxicomanie faisant de l'environnement le facteur essentiel d'une modification du comportement et du maintien de l'abstinence. Aux yeux du grand public et de nombreux professionnels du secteur, les CT ont souvent mauvaise presse. Elles évoquent les institutions coercitives américaines et leurs dérives sectaires ainsi que l'association Le Patriarce, si controversée. Elles n'en représentent pas moins, de par le monde, l'une des principales modalités de traitement des toxicomanes.

à tous les consommateurs comment développer un « usage géré ou raisonnable » Comme toute idée neuve, la réduction des risques a semblé révolutionnaire et prometteuse. Dix ans plus tard, il apparaît que la RDR a été essentiellement bénéfique dans la lutte contre le SIDA, mais s'est montrée parfois contre-productive sur le plan de la prévention des assuétudes. Il va sans dire que cet effet indésirable de la RDR pose un important problème en termes de santé publique globale.

À l'orée de cette nouvelle décennie, la progression du nombre d'usagers de drogues qui demandent un traitement pour assuétude ou pour des problèmes associés à la consommation nous oblige à reconsidérer également les ambitions de la RDR. En plein âge d'or des neurosciences, certaines firmes pharmaceutiques nous prédisent l'apparition de nouveaux remèdes miracles tels que des vaccins contre la cocaïne, le cannabis ou l'héroïne. Une évolution qui soulève de nouvelles questions éthiques : faut-il faire des vaccins multiples aux poly-toxicomanes ? Ces vaccins suffiront-ils à apaiser leur souffrance existentielle et à leur donner une vie de qualité ? Faut-il vacciner préventivement les adolescents à haut risque ?

En définitive, chacune de ces approches présente des avantages et connaît des succès réels, mais aucune d'entre elles ne se suffit à



elle-même pour renverser la tendance de ces trente dernières années : l'augmentation des consommations abusives de substances légales et illégales. Aucune n'a pu endiguer tous les dommages collatéraux de ces abus ; d'où, peut-être, le regain d'intérêt pour la question de l'abstinence.

2. Qu'entend-on par « abstinence » ?

Comme tous les mots, le terme « abstinence » souffre plusieurs interprétations :

a) *Abstinence radicale*

Pour les Alcooliques Anonymes (AA) ou les Narcotiques Anonymes (NA), le terme est clair : il s'agit de ne plus consommer aucune substance psychotrope, excepté éventuellement celles qui seraient indispensables et prescrites par un médecin (par exemple, un antidouleur

à l'occasion d'une opération). L'avantage de cette conception est sa simplicité et sa clarté. « Rien ! » est compris par tous et ne rien consommer est la meilleure façon de ne pas rechuter.

b) *Abstinence personnalisée*

Pour une CT, l'abstinence est un moyen d'apprentissage et non un but en soi. Elle constitue une expérience de vie permettant d'apprendre énormément de choses sur soi et sur les autres. « Quels sont les émotions et les besoins qui apparaissent quand je suis en manque ? », « Suis-je capable de gérer cette frustration sans consommer ? », « Que se passe-t-il quand je parle à autrui de ces frustrations et que je leur demande de l'aide ? », « Que se passe-t-il si je fais cela pendant des semaines et des mois ? ». En pratique, de semaine en semaine, j'apprends à me connaître, à gérer mes besoins sans passer par les drogues et à vivre en société. En fin

1 Une prise en charge de ce type est, par exemple, proposée dans le cadre du programme de jour développé par l'ASBL Phénix à Namur. (<http://www.asblphenix.be>).

de traitement, j'ai la preuve que je suis capable d'affronter de multiples situations difficiles et stressantes et de les résoudre sans recourir aux drogues. Le thérapeute et le patient doivent toutefois être conscients que, pour un ex-toxicomane, le risque de rechute est chronique et que, s'agissant de la consommation de psychotropes, ils devront être vigilants, chaque jour et pour le reste de la vie de l'ex-usager. En effet, une consommation modérée d'une substance proche de celles dont on a déjà été dépendant est impossible pour l'immense majorité des toxicomanes et ex-toxicomanes.

La plupart des CT ont une interprétation de l'abstinence moins stricte que celle des AA ou des NA. En effet, on a pu constater que certains anciens héroïnomanes étaient capables de consommer de l'alcool avec modération. Il s'agit donc de choix personnels de l'ancien patient de s'abstenir de toute substance psychotrope ou de s'autoriser un usage modéré et très prudent de certaines substances auxquelles il n'a pas été dépendant. Par ailleurs, les CT ont dû modérer le recours à l'abstinence pour certains patients qui, au bout de plusieurs essais de traitement, n'arrivaient pas à vivre complètement abstinents et menaient cependant un mode de vie considérablement amélioré par rapport à ce qu'ils avaient connu avant leur programme thérapeutique. La position binaire des CT face à ce public (abstinence ou échec) apparaissait brutale et irrespectueuse des progrès qu'ils avaient accomplis. Cela signifie-t-il que les CT ne doivent plus viser l'abstinence mais uniquement une amélioration du mode de vie ? Auquel cas, elles s'aligneraient sur les objectifs des traitements de substitution et de la RDR. Mais est-ce bien là leur rôle ?

c) L'abstinence comme projet

L'abstinence peut également être un but relativement lointain pour des personnes qui, après plusieurs tentatives de changement, constatent leur incapacité à réduire les dommages liés à leur consommation. L'environnement dans lequel elles vivent, la fragilité de leur motivation et les limites de l'assistance qu'elles peuvent recevoir font qu'elles peuvent s'inscrire dans

un projet thérapeutique visant l'abstinence et comptant plusieurs étapes avant le sevrage, ainsi que la possibilité de poursuivre le même traitement après une éventuelle rechute.¹

3. L'abstinence, une proposition radicale et inconfortable.

Quelques raisons de ne pas croire au projet d'abstinence :

Depuis 30 ans, le projet d'abstinence des CT a souvent été mis en question. Nombreux sont les intervenants en toxicomanie, les médecins, les policiers et les juges n'ayant jamais rencontré de toxicomanes qui s'en sortent et ne connaissant que ceux qui rechutent. Pourquoi dès lors faut-il des CT, d'autant que les traitements de substitution semblent fonctionner ? Qui plus est, la majorité des toxicomanes qui entament un projet d'abstinence ne vont pas jusqu'au bout de leur traitement et parmi ceux qui arrivent en phase de réinsertion, il faut encore compter un taux significatif de rechutes. Les CT constatent elles-mêmes qu'un énorme fossé se creuse entre, d'une part, les traumas et les carences de la population qui entre en traitement et, d'autre part, le haut seuil d'exigence d'autonomie et de performance requis dans la phase de réinsertion sociale. Proposer l'abstinence à des personnes en perpétuelle rechute a-t-il un sens ? Ne faut-il pas plutôt considérer la toxicomanie comme une maladie chronique ? Dans une société postmoderne qui reconnaît à chaque citoyen le droit de faire ses propres choix de vie en matière sexuelle, religieuse, etc., sur quelle base lui interdirait-on de consommer les produits de son choix ? Où commence l'inacceptable ? Qui est en droit d'intervenir ? Qu'est-ce qui permet aux CT de croire que le chemin vers l'abstinence est inséparable de certaines valeurs et souffrances ? Qui a le droit d'imposer à autrui des valeurs et des souffrances ?

En décalage culturel

L'abstinence est un modèle culturel en profond décalage avec le modèle de « consommation » qui imprègne la société actuelle. Le projet de dépassement de la dépendance proposé

les CT entre également en contradiction avec la relativisation des valeurs et l'estompement des normes de notre environnement, ainsi qu'avec une conception pragmatique qui invite à renoncer à des objectifs trop ambitieux. Le projet d'apprendre à vivre sans drogue relève d'une philosophie humaniste selon laquelle l'individu a besoin du groupe et de la référence à la loi pour se développer. Dans cette optique, la collectivité doit, en outre, avoir pour but de développer chaque personne au maximum de ses capacités. Cette philosophie, en vogue après la deuxième guerre mondiale, se trouve actuellement marginalisée par deux nouvelles approches :

- d'une part, l'idéologie empiriste et ultralibérale qui accorde la priorité à la rationalisation des parcours de soins, à la réduction des dépenses publiques, au sécuritaire, à la vérité des statistiques et mise beaucoup sur les approches biochimiques proposées par les milieux médicaux et pharmaceutiques ;
- d'autre part, les courants des « droits individuels » qui forment un deuxième courant philosophique contestant l'abstinence en tant que principe ou projet de vie ayant une valeur propre. A l'instar de Foucault, Nietzsche et d'autres théoriciens de la postmodernité, ses défenseurs revendiquent le droit de chaque adulte à vivre selon sa propre philosophie. Pour eux, rien ne dépasse le droit de l'individu à disposer pleinement de soi pour atteindre son plaisir maximal et l'Etat n'a pas à lui imposer de valeurs ou une morale particulière.

Aujourd'hui, pour qu'une approche de la toxicomanie soit reconnue comme légitime, il est indispensable de tenir compte de certains aspects de chacun de ces trois grands courants de pensée.

Clivages et polémiques

Pendant de nombreuses années, le projet d'abstinence proposé par les CT s'est heurté à

l'incompréhension de confrères qui s'étaient spécialisés dans d'autres approches de la toxicomanie et au désintérêt des médias et les décideurs politiques. En outre, les simplismes et les amalgames véhiculés à propos de l'abstinence, des traitements de substitution et de la RDR ont occasionné des polémiques stériles, défavorables à une collaboration de tous les services et de toutes les approches en vue d'offrir à chaque type d'usager la réponse qui lui convenait le mieux en fonction de la situation où il se trouvait. Toutefois, depuis une dizaine d'années, l'expérience acquise par chacun et la prise de conscience de la relativité de nos solutions ont favorisé un certain respect mutuel et même, dans certains cas, un travail en réseau très constructif pour les patients.

Est-ce qu'on tourne en rond ?

Y-a-t-il une lumière au bout du tunnel ? Cette question hante beaucoup d'usagers de longue date, de praticiens, voire de simples citoyens intéressés par la problématique. D'autant plus si ces derniers n'ont jamais rencontré d'ex-toxicomanes stabilisés. Or, il faut savoir qu'une personne dépendante ne dispose pas des moyens nécessaires à la réalisation de ses rêves. Elle a besoin de la force et de modèles de vie puissants proposés par des intervenants compétents pour construire progressivement le chemin qui lui permettra de réaliser ses objectifs. En effet, comment un patient peut-il croire que l'abstinence est possible si les intervenants qu'il rencontre n'y croient pas ? Cette question est particulièrement aiguë pour des usagers de longue date. N'a-t-on mieux à leur proposer qu'une substitution à vie ou qu'une RDR à vie ?

Si nous n'y croyons pas...

On observe, aussi bien en milieu scolaire et familial que dans le traitement des toxicomanes, un parallèle saisissant entre les convictions des intervenants adultes quant au potentiel des jeunes ou des patients et la croyance de ces derniers en leur propre potentiel. Cela joue en positif (effets de renforcement de la motivation) comme en négatif (recul de la motiva-

tion). Comment, par exemple, des professionnels confrontés quotidiennement à des usagers qui reviennent sans cesse à la rue après de multiples essais de traitement trouveront-ils des modèles leur permettant de croire avec force qu'il est possible d'en sortir ? Comment, dans ces conditions, pourront-ils renforcer la motivation des usagers qui voudraient s'en sortir ? De plus en plus de praticiens considèrent la toxicomanie comme une maladie chronique et, comme pour un traitement de diabétique, déconseillent aux patients d'interrompre un traitement de maintenance à la méthadone au risque de rechuter, de confirmer la mauvaise image de soi et éventuellement de nuire d'avantage à sa santé et à son insertion sociale. N'est-on pas là, face à des prédictions auto-réalisatrices ?

4. L'abstinence comme droit des usagers

En trente ans, nous sommes passés du paradigme de l'abstinence comme devoir à un paradigme d'abstinence comme droit fondamental pour les usagers et comme objectif éducatif légitime pour la jeunesse. Ce changement de paradigme s'est particulièrement illustré en France où les CT ont été bannies à partir de 1981, suite à l'image sectaire et carcérale qu'en avaient retenu les professionnels de la toxicomanie ainsi que la Ministre de la santé de l'époque, Madame Simone Veil. Les praticiens français ont donc été contraints de développer de multiples services d'aide basés sur des approches médicales, psychanalytiques et systémiques ou de mettre en œuvre des chantiers d'insertion sans référence possible à la pratique du mouvement international des communautés thérapeutiques. Le développement des traitements de substitution étant progressivement devenu la norme, aussi bien en service ambulatoire qu'en service résidentiel, les toxicomanes français qui souhaitaient apprendre à vivre sans drogue et sans produits de substitution étaient forcés de gagner l'étranger pour se faire soigner.

Confronté de manière répétée à des toxicomanes inculpés qui déploraient l'impossibilité d'accéder à de tels traitements en France, un magistrat de Paris interpella le Premier Ministre français de l'époque (2002) sur l'anomalie grave que représente, en droit européen, l'impossibilité pour un citoyen d'accéder dans son pays à une offre de soins proposée dans tous les autres pays européens. Suite aux recommandations de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies (MILDT), le Gouvernement s'engagea finalement par décret ministériel à ouvrir 25 CT « drug free » sur le territoire dans les dix prochaines années. L'apprentissage de la vie sans drogue est donc désormais considéré comme un droit fondamental (et non un devoir) pour tout usager de drogues en Europe.

5. Cohérence et complémentarité

Ces dernières années, il est à noter que plusieurs théories innovantes ont permis à la fois de mieux expliquer le pourquoi et le comment du projet d'abstinence, ses limites, le type de patient auquel il convient et de collaborer, dans un respect réciproque, avec d'autres types d'approches.

La motivation au changement :

Parmi ces théories, celle du cycle du changement proposée par DiClemente et Prochaska² a compté pour beaucoup dans la revalorisation du projet d'abstinence tout en ouvrant de nouvelles perspectives dans la prise en charge des personnes dépendantes. Dans l'esprit de ses auteurs, toute personne en prise avec une problématique de dépendance passe par une série de stades de changement (pré-contemplation, contemplation, préparation, action, maintien, rechute). Dans le premier, celui de la pré-contemplation, la personne dépendante ne croit pas ou ne veut pas croire au changement. Entrée en contemplation, elle en rêve mais n'a pas la force requise pour le concrétiser.

2 Prochaska, J.O. et DiClemente, C.C. *Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change*, in *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 1982, p. 276-287.

A ce stade, une aide appropriée lui est encore nécessaire. La même personne peut ensuite croire et vouloir changer et entre alors en phase de préparation ou d'action. Au final, elle se maintiendra dans le changement ou rechutera. Ce cycle est valable pour tous et concernent toutes les addictions. Dans le cadre d'une prise en charge, il appartient dès lors à l'intervenant compétent d'identifier le stade de motivation au changement d'un patient et d'en tenir compte dans ses interventions. Ce cycle du changement a permis de dédramatiser le phénomène des rechutes tout en laissant intact le projet d'abstinence. En effet, partant du constat que le taux moyen de fumeurs de tabac aux USA a reculé de manière spectaculaire en 20 ans, alors même que l'écrasante majorité des fumeurs de tabac connaissent une moyenne de 5 rechutes dans leurs tentatives de changement, les auteurs en ont conclu que la répétition des cycles après rechute augmente la probabilité de stabiliser le changement. Autrement dit, la rechute constitue une étape quasi inévitable, voire nécessaire, avant d'atteindre l'abstinence et de s'y stabiliser.

Comme nous le disions plus haut, le toxicomane qui rêve de devenir abstinent a besoin du regard confiant et convaincu du professionnel pour pouvoir croire lui-même dans son projet de changement. Mais chaque professionnel (toutes approches confondues), est régulièrement confronté à des situations d'échec ou le meilleur de nous-mêmes et de nos excellentes méthodes n'a pas suffi. Où pouvons-nous alors réalimenter notre croyance dans le changement ? Cette question se pose aussi bien aux équipes des CT qu'à celles de traitements de substitution ou de RDR. C'est ce qui a amené les équipes des CT à entretenir des échanges réguliers au niveau international afin de s'alimenter de l'expérience, des succès et des échecs des meilleurs confrères. Un réseau européen d'échanges de savoirs a d'ailleurs été mis sur pied à leur intention.

La mise en réseau

Si mon expérience professionnelle m'a apporté une conviction fondamentale, c'est que les patients attendent de notre part (les intervenants en général) un minimum de cohérence malgré nos différences. Nous devons être capables de reconnaître réciproquement nos forces et nos limites de telle sorte que nous puissions les aider en étant complémentaires.

Sur ce sujet, on pourra s'inspirer des travaux de Georges De Leon et plus particulièrement de son « Integrated System Approach »⁴. Selon ce modèle, à chaque stade de motivation au changement correspond un type particulier d'intervention. Le choix de la prise en charge résulte donc de l'évaluation du stade où se situe la personne. L'avantage de cette approche est qu'elle permet, à la fois, de décroiser l'offre de services en suscitant leur mise en réseau, et d'ouvrir le champ d'intervention aux différents modèles thérapeutiques. L'efficacité du réseau suppose que les intervenants restent en permanence leurs échanges sur l'intérêt de chaque usager à un moment précis de son parcours. Pour les équipes des CT, cela implique la construction d'une alliance forte au sein de nos équipes et au sein du groupe des patients en traitement, mais aussi avec leurs familles, leurs médecins, les services qui les orientent vers nous ainsi que ceux qui prendront la relève, avec les mutualités qui nous financent via le service de revalidation de l'INAMI, avec la fédération européenne des communautés thérapeutiques (EFTC), le mouvement N.A., des services universitaires, etc. Nous savons, que ni le toxicomane ni nous-mêmes, ne pouvons y arriver seuls. Nous avons besoin des compétences des autres services, mais en ayant conscience de leurs limites afin de leur prêter main forte autant que nous en attendons de leur part.

4 www.ecett.eu

De Leon, G., *Integrated Recovery: A stage Paradigm*, in *Substance Abuse*, vol 17 (n°1), 1996.

5 Ledermann, S., *Alcool, alcoolisme et alcoolisation*, 2 vol. *Travaux et Documents*, Cahier n° 29 et n° 41, INED/PUF, 1956 et 1964.

6. Et les autres usagers ?

J'ai commencé cet article en annonçant que ma réflexion serait centrée sur le groupe des usagers dépendants. Ce que j'ai appris auprès d'eux me permet d'émettre quelques réflexions pour les publics en amont, à savoir les usagers modérés ou responsables ainsi que les usagers à risque et les abuseurs. Si l'on en croit les travaux de Sully Ledermann⁵ concernant la relation entre le taux d'alcoolisme dans un pays donné et la législation nationale réglementant l'accès à l'alcool dans ce même pays, l'importance du sous-groupe alcoolique parmi l'ensemble des consommateurs d'alcool (modérés, à risque, abus, etc.) est proportionnelle à la facilité d'accès à l'alcool, prévue par la législation de ce pays pour l'ensemble des consommateurs d'alcool. Autrement dit, plus la population soutient des réglementations qui limitent l'accès à l'alcool, et qui « pénalisent » donc la majorité des consommateurs responsables ou modérés, moins le sous-groupe alcoolique sera nombreux. Inversement, plus l'accès à l'alcool est facilité pour la majorité de consommateurs modérés, plus le sous-groupe d'alcooliques dans ce pays sera important. Il y a donc une corrélation entre buveurs modérés et buveurs excessifs. Ce qui vaut pour l'alcool vaut probablement pour les autres drogues.

Deux sous-groupes fondamentaux traversent toutes les catégories d'usagers, qu'il s'agisse de consommateurs modérés, abusifs ou dépendants, de substances légales ou illégales : a) les mineurs d'âge, b) les majeurs d'âge. Concrètement, il s'agit de deux sous-groupes qui sont dans des phases bien distinctes de leur développement. Il est démontré que pour l'alcool et pour d'autres drogues il existe un lien certain entre la précocité des premières consommations et la probabilité d'être alcoolique ou toxicomane à l'âge adulte. L'adolescence est donc une période d'apprentissage particulièrement sensible au cours de laquelle les messages adressés par les adultes (parents, professeurs, éducateurs, l'Etat, etc.) devraient être : « ne consomme pas de psy-

La Nouvelle communauté thérapeutique (Academia-Bruylant, 2009)

Georges van der Straten et le professeur Eric Broeckaert se sont entourés de professionnels des communautés thérapeutiques pour rédiger cet ouvrage qui fait l'état de l'évolution des CT depuis leur apparition aux USA jusqu'à leurs développements multiples en Europe. Le livre apporte un éclairage neuf à tous les intervenants en toxicomanie et permet d'articuler l'approche communautaire avec les autres types de services : hospitaliers, aide psychologique, substitution..., dans une optique de travail en réseau.



chotropes tant que tu n'es pas sorti de l'adolescence. Règle tes problèmes de plaisir, de frustration, d'image de toi, d'amour et d'amitiés en parlant et en essayant mille choses plutôt que de te bourrer la gueule ou de te défoncer. Quand tu auras appris cela, il sera encore temps de décider si tu consommes, ce que tu consommes, en quelle quantité, avec qui, et pour quelle raison ? ». L'adolescent a besoin de normes, de messages clairs, de modèles de vie et de limites pour pouvoir bien se développer. Chacun sait que ce n'est pas parce qu'on dit « non » que l'interdit sera respecté. L'adolescence est, en effet, une période d'expérimentation et de transgression, mais l'adulte a la responsabilité de tracer une ligne au-delà de laquelle il estime qu'il y a danger. Si l'adulte ose partager ses sentiments, ses valeurs, ses expériences positives et négatives par rapport à cette limite et son dépassement, l'adolescent disposera d'une référence claire qu'il est libre de franchir ou non. C'est ce que les jeunes sont en droit d'attendre de nous. La collectivité a le droit et le devoir de tracer des limites, de donner des directions et de réagir pour aider les jeunes à grandir. ■

ABSTINENCE ET SUBSTITUTION

> Marc Reisinger, Psychiatre¹.

On a souvent opposé abstinence et substitution. Marc Reisinger, l'un des premiers promoteurs des traitements de substitution de la dépendance à l'héroïne, démontre que d'un point de vue théorique, la polémique n'a pas lieu d'être. Par définition, le traitement est toujours « de substitution ». En revanche, la pratique donne à voir une claire et franche opposition, celle des résultats obtenus. Et au psychiatre de s'insurger contre les praticiens ou les Etats qui, aveuglés par leurs préjugés, défendent encore l'interdiction ou le rationnement des médicaments de substitution.

« A l'instant même où la gorgée mêlée des miettes du gâteau toucha mon palais, je tressaillis, attentif à ce qui se passait d'extraordinaire en moi. »

(Proust, Du côté de chez Swann)

On considère généralement qu'il existe deux types de traitement de la dépendance à l'héroïne : le « traitement de sevrage » et le « traitement de substitution ». Pour des raisons idéologiques sur lesquelles nous reviendrons plus tard, il existe une polémique « pour ou contre » le traitement de substitution. Je ne m'engagerai pas dans cette polémique. Je tenterai plutôt de montrer qu'elle manque d'intérêt, car il n'existe pas de traitement autre que « de substitution ».

La dépendance à l'héroïne – nécessité d'en consommer tous les jours – s'installe, après une période plus ou moins longue d'usage occasionnel. Cette dépendance est double. Dépendance au produit, qui entraîne un malaise physique et psychique en cas de manque. Dé-

pendance au mode de vie qui permet de se procurer la drogue. Cette double dépendance ouvre la voie à une double stratégie de traitement. Dans la première on agit sur le produit, dans la seconde sur le mode de vie. Dans les deux cas, il s'agit de substitution : soit on substitue un produit à un autre, soit on substitue un milieu à un autre. Le médicament de substitution (méthadone ou buprénorphine) supprime immédiatement le besoin d'héroïne sans supprimer l'accès à celle-ci. Le milieu de substitution supprime l'accès à l'héroïne sans en supprimer immédiatement le besoin. Ces deux stratégies sont théoriquement équivalentes. Qu'en est-il au point de vue pratique ?

Impact global

Toutes les études publiées concordent sur le fait qu'au maximum 10% des héroïnomanes dépendants sont prêts (« motivés ») à entreprendre un traitement de sevrage en milieu hospitalier suivi d'un séjour dans un centre de postcure. Ce séjour complémentaire est indis-

¹ Vice-président d'EUROPAD (Association Européenne de Traitement de la Dépendance aux Opiacés). Auteur du premier article mondial sur le traitement des héroïnomanes à l'aide de buprénorphine (1985). Co-président de la Conférence de Consensus sur les traitements de substitution en 1994. Consultant pour le développement de traitements de substitution en Europe Centrale (1996-2001). Auteur de : *Arrêter l'héroïne*, Ed. Complexe 1990; *Lacan l'insondable*, Editions du Seuil (1991); *Les traitements de substitution à la drogue*, Fondation Roi Baudouin (1993); *AIDS and Drug Addiction in the European Community* (Ed.), European Monitoring Centre for drugs and Drug Addiction (1993).

pensable pour étayer les résultats de la cure de sevrage. Le taux de rechute chez les patients qui retournent dans leur milieu dès la fin du sevrage en milieu hospitalier est proche de 100%. Les recherches concordent aussi sur le fait qu'un maximum de 30% des patients qui entrent en post-cure y restent pour une période significative de l'ordre de six mois à un an. La proportion de patients qui poursuivent le traitement en milieu de substitution pendant un an est donc de l'ordre de 10% des 30%, soit 3%. J'ai retenu volontairement des chiffres optimistes de 10% de « taux de recrutement » et de 30% de « taux de rétention » en traitement, afin de ne pas défavoriser quantitativement les traitements de sevrage dans leur comparaison avec les médicaments de substitution.

Les recherches montrent que lorsqu'ils sont disponibles et accessibles, les traitements par médicaments de substitution recrutent jusqu'à 70% des héroïnomanes dépendants et que la rétention en traitement de ces patients après un an est généralement supérieure à 70%. La proportion de patients qui restent en traitement de substitution après un an est donc de près de 50%. La stratégie du « milieu de substitution » permet donc d'avoir un impact sur 3% des héroïnomanes, tandis que la stratégie du « médicament de substitution » peut atteindre 50% des héroïnomanes.

Syndrome de sevrage réflexe

En vérité, le déséquilibre quantitatif entre les deux méthodes de traitement est encore plus important, en raison de la fréquence des rechutes. Ces rechutes ont des conséquences plus dramatiques et parfois fatales pour les patients qui ont suivi un traitement de sevrage. N'étant plus accoutumés aux opiacés, ils risquent de faire une overdose, ou de redevenir dépendants de l'héroïne. Ces rechutes doivent donc être comptabilisées comme des échecs du traitement de sevrage. Par contre, les rechutes sont plus faciles à résorber dans le cadre des traitements par médicaments de substitution, car l'organisme des patients n'est pas désaccoutumé des opiacés. Ils risquent donc moins d'overdoses,

et les rechutes peuvent être plus ponctuelles, avec moins de risque d'entrer dans une nouvelle phase de dépendance à l'héroïne.

Le caractère inéluctable des rechutes (reprises d'héroïne) dans la trajectoire des héroïnomanes est lié à une particularité de la dépendance à l'héroïne, découlant elle-même d'une caractéristique générale du psychisme, évoquée par Proust dans le célèbre épisode de la madeleine cité plus haut, où le goût d'un biscuit trempé dans le thé ranime un pan entier d'existence oubliée.

Tout comme le goût de la madeleine, une perception quelconque liée au souvenir de l'héroïne est capable de précipiter un état de manque, qui se traduit par des symptômes psychiques autant que physiques (dilatation des pupilles, chair de poule), même chez un héroïnomanes sevré depuis des mois ou des années. Les toxicomanes ressentent fréquemment cet état dès qu'ils sortent de prison ou de post-cure et retournent dans leur environnement habituel. Ce « syndrome de sevrage différé ou réflexe », ressenti avec autant de force que lorsqu'ils étaient dépendants, les amène à s'injecter une dose d'héroïne à laquelle ils étaient accoutumés auparavant et à décéder par overdose. Le fait qu'ils meurent « guéris » (de leur dépendance à l'héroïne) ne réjouira personne. Les patients qui prennent des médicaments de substitution sont moins sujets au choc du « réflexe de sevrage » car ils restent au sein de leur milieu de vie habituel, où le temps permet à ces réflexes de sevrage de s'éteindre progressivement.

Le phénomène de « réflexe de sevrage » et les rechutes qu'il entraîne expliquent pourquoi la dépendance à l'héroïne doit être considérée comme une affection chronique récidivante, nécessitant un traitement chronique de durée indéterminée - au même titre que le diabète secondaire, l'asthme, etc. Les traitements de substitution ne sont pas pour autant des traitements à vie, mais ils ne peuvent pas être interrompus avant d'avoir atteint certaines étapes. La première est la prescription d'une dose adéquate de médicament de substitution.



La place relative des traitements

Pour en revenir à l'aspect « quantitatif » des traitements de substitution, il est important de prendre conscience du fait que la consommation d'héroïne, comme celle de tout autre bien, résulte d'un rapport entre l'offre et la demande. Dans une société mondialisée, la production d'héroïne ne peut manquer d'atteindre les consommateurs potentiels où qu'ils se trouvent, et tant que ces consommateurs existeront, la production sera assurée, quels que soient les programmes d'éradication de la culture d'opium. Ce marché s'est mondialisé après la fin de la deuxième guerre mondiale, en commençant par les Etats-Unis dans les années 1950, pour atteindre l'Europe occidentale au début des années 1970 puis l'Europe centrale et orientale depuis 1990.

La consommation d'héroïne a tendance à croître « spontanément » en raison du caractère fortement addictif de l'héroïne et de la nécessité pour les consommateurs de « dealer » à petite échelle. Chaque usager tend à revendre une partie de l'héroïne qu'il achète afin de financer sa propre consommation, d'où un phénomène de « boule de neige ». Tant que la société ne crée pas un phénomène de boule de neige inverse, « l'épidémie » d'héroïne progresse inéluctablement.

C'est pourquoi il est important de tenir compte de l'impact quantitatif des différents types de traitements. Par ailleurs, le coût des traitements en « milieu de substitution » est beaucoup plus élevé que le traitement par médicaments de substitution et dépasse les capacités budgétaires de nos Etats. Le traitement par les médicaments de substitution est extrêmement peu coûteux puisque les médicaments ne sont pas chers et qu'ils ne nécessitent aucune infrastructure particulière – le traitement étant essentiellement assuré par des médecins généralistes.

Dans un rapport rédigé pour la Ministre de la

Cette dose est différente pour chaque patient et elle varie dans le temps, en fonction des circonstances. Elle peut être déterminée par la réalisation de quatre objectifs :

- 1 arrêt de l'usage quotidien d'héroïne ;
- 2 arrêt de l'abus éventuel d'alcool et de tranquillisants ;
- 3 disparition des envies spontanées d'héroïne (y compris en rêve) ;
- 4 capacité de résister à la « tentation », c'est-à-dire à une offre d'héroïne.

Lorsque ces quatre objectifs sont atteints – et seulement s'ils le sont – les doses de médicaments pourront être réduites, à condition de procéder très lentement, de manière imperceptible afin de ne pas déclencher d'anxiété susceptible de provoquer un réflexe de manque. Selon ma propre expérience, l'ensemble du processus dure de cinq à vingt ans².

Il est important également que la diminution des doses ait lieu à la demande des patients et non des soignants. Ces derniers doivent, au contraire, résister aux demandes de diminution de traitement trop précoces, lorsque les quatre objectifs mentionnés ci-dessus ne sont pas atteints. La position paradoxale du soignant qui résiste à la demande de diminution des médicaments renforce également la motivation du patient à diminuer.

2 Reisinger, M., « Comment terminer un traitement aux agonistes opiacés ? » Premier colloque international francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes. Montréal, Octobre 2008.

Santé publique rédigé en 1993, je recommandais la multiplication par dix de la capacité de traitement à la méthadone en Belgique³, recommandation suivie par la Conférence de Consensus sur la méthadone en 1994. Ceci a pu être réalisé rapidement en organisant la prise en charge des héroïnomanes par l'ensemble du corps médical. Actuellement, plusieurs centaines de médecins (généralistes ou psychiatres) prescrivent de la méthadone ou de la buprénorphine (Subutex ou Suboxone) à cinq à dix mille patients.

Les traitements en milieu de substitution sont-ils encore nécessaires ? Je laisse aux praticiens de ces traitements le soin de développer les raisons pour lesquelles ils restent utiles, car ils sont plus compétents que moi pour le faire. Personnellement, je n'en contesterai pas l'utilité, car j'ai rencontré des patients guéris ou aidés par cette voie. Par contre, je m'insurge contre le monopole auquel prétendent parfois ces traitements, en tentant de disqualifier les médicaments de substitution. Le célèbre Professeur Olievenstein a défendu pendant toute sa vie la « ligne Maginot » censée protéger la France contre les médicaments de substitution, au prix d'innombrables vies de toxicomanes, et sans plus d'efficacité que la véritable ligne Maginot. Une autre métaphore utilisée par cette ancienne gloire était de refuser que les toxicomanes « vivent à genoux » dans la dépendance aux médicaments de substitution, sous-entendant qu'il préférerait les voir « mourir debout ». Dans la même ligne d'idée, le psychanalyste Hugo Freda refusait « toute complicité » avec les médicaments de substitution, même s'ils réduisent les risques d'infection HIV. Ce type de critique, qui prétend à une supériorité qualitative ou éthique des traitements de sevrage, relèvent du corporatisme et sont sous-tendues par des préjugés.

Préjugés

Le premier préjugé fréquent est que les héroïnomanes mènent une vie de plaisir pour la-

quelle ils doivent être punis ou « réhabilités », sans quoi ils retomberont toujours dans leur vice. En vérité, au bout d'un certain nombre de mois ou d'années de dépendance à l'héroïne, la souffrance l'emporte sur le plaisir et les héroïnomanes aspirent à mener une vie normale.

Deuxième préjugé ou malentendu : les médicaments de substitution prolongent le plaisir de la dépendance ; ils ne peuvent donc pas aider à retrouver une vie équilibrée. Ce raisonnement néglige un fait fondamental : les médicaments de substitution (méthadone ou buprénorphine) n'induisent pas d'euphorie. Dès le premier jour de traitement, avec un dosage adéquat, le patient se trouve dans un état psychique normal qui lui permet de réinvestir toutes les activités qu'il souhaite.

Une troisième idée fautive souvent entendue, est qu'en rendant la sortie de la dépendance à l'héroïne aisée, on risque d'encourager des jeunes à y entrer. Ce fantasme n'est confirmé par aucune observation et néglige le fait que la transformation des toxicomanes en patients leur enlève l'aura susceptible de fasciner des adolescents. Ces préjugés, qui régnaient en Belgique jusqu'au début des années 1990, restent à la base des systèmes de soins dans de nombreux pays où les médicaments de substitution sont soit interdits (comme en Russie), soit largement sous-utilisés (comme en Norvège, en Suède ou en Grèce, par exemple).

Pour conclure, je pense qu'il n'existe pas d'opposition entre « abstinence » et « substitution », mais une complémentarité nécessaire, tenant compte des caractéristiques propres de chaque type de traitement, sans chercher à imposer l'un ou l'autre. Il en va de la liberté des patients, des soignants et de la société toute entière. A chaque société de consacrer au mieux les ressources dont elle dispose pour résoudre les problèmes psychologiques et sociaux engendrés par les toxicomanies, sur base d'une évaluation scientifique internationale de l'efficacité des traitements. ■

3 De Ruyver, B., Van Bouchaute, J., Reisinger, M., Les traitements de substitution à la drogue, Fondation Roi Baudouin, 1993, pp 43-66.

L'ABSTINENCE, UNE RÉSURRECTION

> Entretien avec Jean, Membre des Alcooliques Anonymes.

Alcoolique durant de nombreuses années, Jean témoigne de son vécu avant et après l'alcool. Il nous raconte comment le mouvement des Alcooliques Anonymes (A.A.) a pu l'aider et l'aide encore à se reconstruire grâce au projet d'abstinence qui lui a offert la chance d'un nouveau départ, mieux : une résurrection.

Comment vous présenteriez-vous ?

Je suis Jean et je suis un malade alcoolique stabilisé depuis plus de 20 ans, c'est-à-dire : abstinent. Il y a différentes manières de vivre l'alcoolisme : vous trouverez celui qui s'affale sur le comptoir du bistro, l'alcoolique de salon qui se débrouille pour tromper son public sans paraître ivre, celui ou celle qui ne boit pas en public mais se cache pour se soûler, personnellement, j'étais jadis de ceux qu'on ramassait parfois dans la rue. Et puis, il y a ceux qui ont compris : les abstinentes dont je fais partie aujourd'hui. En fait, j'avais envie de vivre, d'avoir un métier qui me plaise, avoir des enfants que j'aime, me prouver que j'existe et peux être créatif. Il « suffisait » pour cela que j'admette mon alcoolisme, ce problème qui prenait toute la place et me détruisait. Alcooliques Anonymes m'y a aidé.

Comment pourriez-vous décrire le fonctionnement des A.A. ?

Ce qui m'a d'emblée frappé lors de ma première réunion c'est que les gens se présentent

comme alcooliques et le prouvent par leurs témoignages dans lesquels je me suis reconnu. Cette identification m'a permis de me sentir à ma place et d'avoir confiance. Ce qui m'a également interpellé c'est qu'alors que j'essayais d'être heureux avec l'alcool depuis une quinzaine d'années, les participants me disaient qu'avoir arrêté de boire leur avait ouvert la porte à un bonheur possible. Pour moi, cela n'avait rien d'évident. En arrivant là, je voulais juste me sentir mieux sans encore imaginer que l'abstinence serait la solution. Ma vie se résumait à l'époque à une accumulation de problèmes affectifs, financiers, médicaux et autres. Sur les conseils de mon médecin, j'avais déjà fait une cure de dégoût mais cela n'avait tenu que quelques mois. Grâce aux A.A., j'ai senti que l'abstinence recelait une véritable espérance de vie.

En quoi cette cure diffère-t-elle de la prise en charge des A.A. ?

De la part des A.A., on ne peut pas vraiment parler de prise en charge. On se prend en char-

ge soi-même. Les A.A. nous amènent seulement à la liberté de choisir – mais en connaissance de cause – entre boire et ne pas boire, soit vivre ou ne pas vivre. Avant ma première réunion, je savais ce qu'il y avait derrière « boire » mais pas encore ce qu'il y avait derrière « ne pas boire ». Les A.A. m'ont donné à voir ce que pouvait m'offrir l'abstinence.

Pour quelles raisons votre précédente cure a-t-elle été un échec ?

Parce que la cure est une aide extérieure et non une aide tenant à un choix personnel. Elle est venue de mon médecin qui m'avait vivement conseillé de nettoyer mon corps. Chez les A.A., la prise en charge s'apparente d'avantage à une reconstruction mentale. Alors que l'on croyait que l'alcoolisme était une tare ou un vice, les A.A. nous apprennent qu'il s'agit simplement d'une maladie dont on n'est pas responsable. L'alcoolique croit toujours qu'il boit parce qu'il a des problèmes alors qu'il a des problèmes parce qu'il boit. Grâce aux témoignages des A.A. et à leur fameux programme de rétablissement en 12 étapes, de nombreuses idées trompeuses s'écroulent.

Pouvez-vous nous décrire ces étapes en question ?

Je connais très bien la première – essentielle – qui dit : « j'ai admis mon impuissance devant l'alcool et que ma vie est devenue incontrôlable ». A partir de cette prise de conscience qui nous place devant un choix, le travail peut commencer. Les autres étapes sont l'expression de l'expérience de la reconstruction dans l'abstinence. Mais la première a été pour moi une révélation. Je me souviens très bien du soir où j'ai arrêté de boire, de ma première nuit (douleur terrible du manque) sans alcool et du premier matin où devant mon miroir, j'ai eu le sentiment que je ressuscitais. Mon choix de ne plus boire s'est donc fixé suite à la première réunion qui m'a donné énormément d'espoir car j'ai pu lire sur le visage des participants et à travers leurs témoignages ce que pouvait me donner l'abstinence

A la question « qu'est-ce que les alcooliques anonymes », le site officiel des AA de Belgique francophone donne la réponse suivante :

« les AA sont une association d'hommes et de femmes qui partagent entre eux leur expérience, leur force et leur espoir dans le but de résoudre leur problème commun et d'aider d'autres alcooliques à se rétablir. Le désir d'arrêter de boire est la seule condition pour devenir membre des A.A. Les A.A. ne demandent ni cotisation, ni droit d'entrée; nous nous finançons par nos propres contributions. Les A.A. ne sont associés à aucune secte, confession religieuse ou politique, à aucun organisme ou établissement; ils ne désirent s'engager dans aucune controverse; ils n'endossent et ne contestent aucune cause.

Notre but premier est de demeurer abstinents et d'aider d'autres alcooliques à le devenir ».

<http://www.alcooliquesanonymes.be>

Pour vous, il n'y a donc pas d'autre solution que l'abstinence ?

En effet, seule l'abstinence totale vaut solution. Ceci dit, la personne qui franchit les portes d'une réunion des A.A. fait ce qu'elle veut. Il est essentiel qu'on lui laisse le choix. En effet, il suffit d'aller dans un bistrot pour se rendre compte qu'un alcoolique ne supporte pas la contradiction et encore moins qu'on lui impose une conduite à tenir. Ce n'est donc pas les A.A. qui vont interdire à la personne de boire.

Personne ne peut donc être exclu d'une réunion des A.A. ?

On n'exclut jamais un participant au motif qu'il boit. L'abstinence n'est pas une condition à remplir pour pouvoir participer aux réunions.

Les douze étapes faisant partie du programme de rétablissement suggéré par les AA, chacune pouvant être utilisée de façon personnelle :

- Nous avons admis que nous étions impuissants devant l'alcool – que nous avions perdu la maîtrise de notre vie.
- Nous en sommes venus à croire qu'une Puissance supérieure à nous-mêmes pouvait nous rendre la raison.
- Nous avons décidé de confier notre volonté et notre vie aux soins de Dieu tel que nous Le concevons.
- Nous avons procédé sans crainte à un inventaire moral approfondi de nous-mêmes.
- Nous avons avoué à Dieu, à nous-mêmes et à un autre être humain la nature exacte de nos torts.
- Nous étions tout à fait prêts à ce que Dieu élimine tous ces défauts.
- Nous Lui avons humblement demandé de faire disparaître nos défauts.
- Nous avons dressé une liste de toutes les personnes que nous avions lésées et nous avons consenti à réparer nos torts envers chacune d'elles.
- Nous avons réparé nos torts directement envers ces personnes dans la mesure du possible, sauf lorsqu'en ce faisant, nous risquions de leur nuire ou de nuire à d'autres.
- Nous avons poursuivi notre inventaire personnel et promptement admis nos torts dès que nous nous en sommes aperçus.
- Nous avons cherché par la prière et la méditation à améliorer notre contact conscient avec Dieu, tel que nous Le concevons, Lui demandant seulement de connaître Sa volonté à notre égard et de nous donner la force de l'exécuter.
- Ayant connu un réveil spirituel comme résultat de ces étapes, nous avons alors essayé de transmettre ce message à d'autres alcooliques et de mettre en pratique ces principes dans tous les domaines de notre vie.

On demande seulement de ne pas la perturber, de parler à son tour et de respecter celui qui parle. Certains participants mettent du temps pour arrêter de boire. J'ai beau avoir réussi dès la première réunion, cela ne m'a pas empêché de rechuter quelques années plus tard. Retrouver l'abstinence s'est alors révélé beaucoup plus difficile.

Pourquoi continuez-vous à fréquenter les réunions A.A. ?

Bien que stabilisé, je suis toujours alcoolique. Je retourne aux réunions pour ne pas l'oublier. Depuis toutes ces années, je pourrais très bien avoir effacé de ma mémoire cette vie d'antan où j'étais dans la misère, contraint de voler des bouteilles dans les magasins. Entendre les autres témoignages m'aide à me souvenir d'où je viens. En outre, malgré d'inévitables différences, une attache affective me lie avec certaines personnes. Au fil du temps, une solidarité s'est créée.

Certains rapprochent le fonctionnement des A.A. à celui d'une religion. Qu'en pensez-vous ?

Je sais que c'est un argument qui revient souvent quand on lit le contenu des 12 étapes qui font presque toutes référence à Dieu. On a coutume de préciser qu'il s'agit de Dieu tel que nous le concevons. Par exemple, dans le groupe que je fréquente, beaucoup sont athées et interprètent cette notion par « le groupe ». C'est en quelque sorte la force du groupe, l'énergie que l'on peut y puiser qui est divinisée. Au début, j'avoue que cela m'irritait mais j'appartiens avant tout à un groupe et dans ce groupe, ce débat n'existe vraiment pas. Au risque de me répéter, je pense qu'il faut surtout réfléchir à la première étape qui, elle, est vraiment universelle. La force supérieure qui nous aide, on y pensera plus tard, si on veut.

A vos yeux, cette étape est donc l'unique voie de salut ?

Grâce à elle, pour la première fois, j'ai en effet senti que j'approchais d'une solution. Avant les A.A., j'ai essayé de nombreuses méthodes. J'ai cru pouvoir aller mieux en changeant de boisson, en changeant de lieu, en ne buvant plus à l'extérieur, etc. Rien n'a réellement fonctionné. D'autant que j'en parlais le moins possible à mes proches, car tout ce qu'ils arrivaient à me dire c'était d'arrêter de boire. « Si tu souffres à cause de l'alcool, n'en bois plus », me répétaient-ils sans cesse. C'est une réaction logique mais qui est le propre de ceux qui ignorent que

l'alcoolisme est une maladie obsessionnelle. A partir du moment où vous admettez que vous avez un problème avec l'alcool, vous êtes prié de faire quelque chose. Tant que vous le niez, que vous estimez ne pas être alcoolique, vous ne devez rien faire. Là réside la grande solitude de l'alcoolique. Il ne peut pas se plaindre. Si un alcoolique se plaint, on va nécessairement lui dire d'arrêter et il devra nécessairement faire quelque chose. Mais si il veut réellement s'en sortir, il devra admettre que la boisson le détruit, que sa vie est contrôlée par l'alcool. Ce qui nous renvoie à la première étape : constater que notre vie est devenue incontrôlable.

Et seule l'abstinence peut vous rendre le contrôle de vous-même ?

Tout à fait. Seul l'arrêt total de la boisson vous fait comprendre que vous êtes apte à reprendre le contrôle. Croyez-moi, cette prise de conscience est un bonheur extraordinaire. Dès ma première nuit sans alcool, je pressentais ce bonheur. Le fait d'avoir rencontré des gens qui s'étaient partiellement reconstruit me donnait espoir. Et au contraire de toutes mes autres tentatives, mon entourage m'a fait confiance très rapidement. Ils ont compris qu'une transformation s'opérait en moi. Elle était lisible et source de confiance.

Quel est à vue d'œil le taux de réussite des A.A. ?

Faible. Pour être honnête, on voit passer beaucoup de gens et il y a peu de réussite. Mais la dépendance est très forte et rusée. Certains n'ont pas encore touché leur fond (qui n'est pas toujours à la même profondeur) ou n'ont pas l'envie de vivre qui est tellement porteuse, certains meurent avant. D'autre part, on ne suit pas le nouveau venu, parfois on le rencontre quelque temps après, parfaitement sobre ; il avait simplement rejoint un autre groupe. Moment de joie.

Certains ont-ils réussi à gérer leur consommation d'alcool grâce aux A.A. ?

Je n'en connais pas. Très sincèrement, je pense que c'est impossible et il ne faut surtout pas raconter aux gens le contraire. La règle absolue demeure l'abstinence. Et je pense que c'est la même chose avec toutes les drogues. Tout le monde sait que si un ancien fumeur reprend une cigarette, c'est foutu. De même, il est certain que les héroïnomanes qui prennent de la méthadone ne sont pas fondamentalement sortis d'affaire. ■



ABSTINENCE ET PROHIBITION FONT BON MÉNAGE

Un ménage vieux jeu mais toujours rentable

> Mathieu Bietlot, Coordinateur socio-politique, Bruxelles Laïque.

Convaincu qu'abstinence et prohibition couchent dans le même lit, Mathieu Bietlot ausculte de plus près leurs relations intimes et s'attache à dévoiler leur source morale commune, soit une théorie des conduites gouvernant à la fois le champ législatif et le champ curatif. Celle-là même qui, de l'église au temple en passant par l'usine, l'école ou l'hôpital, sert à régler nos pas sur la bonne marche de l'économie et à justifier le recadrage ou l'éjection de ceux qui s'en détournent.

Un mariage historique

Abstinence et prohibition font bon ménage. Quoique ce ne soit pas toujours celle qu'on croit qui porte la culotte... Une morale hégémonique du contrôle de soi, du renoncement et de la méfiance à l'égard des tentations maléfiques a-t-elle présidé à la proscription des stupéfiants ? La réponse curative privilégiée pour traiter le « problème » des drogues a-t-elle été formatée par l'arsenal prohibitionniste ? A moins que dispositions légales et dispositifs thérapeutiques ne relèvent tout deux d'une même vision des choses qu'ils confortent en retour ?

Historiquement, la promotion de l'abstinence précède de loin l'institution de la prohibition. L'antériorité temporelle ne suffit cependant pas à établir un lien de causalité. Les idées ou représentations ne peuvent déterminer seules la marche du monde ; bien souvent, elles ne font que l'accompagner, l'exprimer, la conforter ou la justifier. L'histoire est avant tout faite de nécessités pratiques et de rapports de force, d'intérêts matériels et d'enjeux de pouvoir. D'autres

facteurs ont ainsi été bien plus décisifs que le crédo de la continence pour décréter l'interdiction des dérivés du chanvre, de l'opium et de la coca ; notamment les intérêts d'industries pharmaceutiques ou textiles et une volonté de contrôle social ou racial. L'abstinence occupant une place d'honneur au sein de la morale de l'époque, les esprits y étant coutumiers, elle facilita l'opération en la recouvrant d'un vernis de légitimité. Mais à l'inverse, la prohibition donne désormais sens, justification et force de loi aux approches de la toxicomanie qui n'y voient d'autre réponse que l'abstinence. Elle lui a ainsi offert une nouvelle assise lorsque ses bases religieuses commencèrent à vaciller.

Il est évident qu'une hygiène de vie ou une méthode thérapeutique basée sur l'abstinence relève d'une conception analogue et d'un rapport identique au produit que le cadre législatif qui en organise la prohibition. Une lecture du phénomène « drogues » selon laquelle tout le mal se concentre dans le produit : mauvais, dangereux, amoral, diabolique, incontrôlable,...

Dans un tel manichéisme, il est inenvisageable qu'un psychotrope puisse avoir des effets bénéfiques pour certaines personnes (détente, inspiration, gestion d'angoisse, convivialité, ...). La seule chose à faire consiste alors à tenir ce « poison » à distance, à s'en protéger, par la loi ou par l'(auto)discipline. Une vision réductrice et erronée que la systémique la plus élémentaire invalide dès lors qu'un acte de consommation suppose toujours un sujet qui consomme, un objet consommé et un contexte qui les met en relation. Faut-il le rappeler, il n'y a pas de bons ou mauvais, doux ou durs, produits mais des usages variés de substances diverses. On peut développer une consommation dure et assujettissante de café comme un rapport doux et autonome à l'héroïne.

Une source morale commune

La définition négative de l'objet que partagent l'abstinence et la prohibition est sous-tendue par une dévalorisation du sujet. Soit, il s'agit de l'humanité toute entière qui doit s'avouer impuissante face à un produit tyrannique, plus fort qu'elle quoiqu'elle fasse. Soit, s'érige une hiérarchie entre consommateurs capables, pour qui une certaine consommation est autorisée ou d'autres modalités de gestion de leur dépendance sont conseillées, et individus faibles qui n'ont d'autres perspectives que l'abstinence, préventive ou curative. D'une manière ou de l'autre, c'est faire peu de cas de l'humanisme que nous défendons avec ses principes d'autonomie et d'égalité.

Abstinence et prohibition se retrouvent côte à côte au niveau de leurs valeurs et visions morales de référence. Une certaine lecture normative et rigoriste du monde en termes de bien et de mal, de valorisation de l'effort et de dépréciation – voire condamnation – des plaisirs, de souffrance terrestre et de félicité céleste. Une morale qui remonte à Pythagore ou Platon et que le Christianisme a profondément ancrée au cœur de la civilisation occidentale (les autres monothéismes s'occupant d'une bonne partie du reste de la planète). L'analogie entre le catéchisme chrétien et l'idéologie prohibi-

tionniste saute aux yeux : l'objet de la tentation, la chair/la drogue, incarne le diable/le danger, y céder revient à commettre un péché/un crime qui nous voue à l'enfer éternel/social et doit être puni par des pénitences/peines établies par un code biblique/pénal strict, à dessein de susciter, dans l'âme/la carrière du pécheur/du coupable, du repentir/de l'amendement et, au sein de la communauté/société, la terreur morale/la dissuasion. L'« éveil spirituel » n'occupe-t-il pas une place centrale au sein des Douze étapes des Narcotiques Anonymes ? Ne trône-t-il pas, au plafond de tel ou tel local de communauté thérapeutique, une icône du seigneur qui veille sur et à qui sont confiés les vœux d'abstinence quotidienne des Alcooliques Anonymes ? Quant au modèle de référence de l'abstinence, ne se trouve-t-il pas chez les moines ascétiques ou les grands mystiques ?

Quand l'abstinence tourne à l'obsession

Ces figures monastiques ont pourtant révélé les impasses et effets contreproductifs de la logique d'abstinence. A force de se marteler et flageller qu'il ne peut pas céder à la tentation de la chair, le cénobite en est obnubilé et peut devenir un véritable obsédé sexuel. Les Sainte Thérèse d'Avila et autres grands mystiques se sont tellement distanciés des choses et des plaisirs de la vie que leurs extases de communication avec le Tout Puissant leur procuraient une jouissance proprement physique qu'ils faisaient, par ailleurs, tout pour délaïsser. Plus on s'interdit un objet, plus on se répète chaque jour qu'il représente l'ennemi, plus on y pense, plus on le fait exister et lui accorde une importance omniprésente qu'il n'aurait pas si l'on s'y confrontait comme à un objet parmi les autres.



En outre, la peur panique du produit et la hantise permanente de la tentation ne sont pas propices à un confort quotidien ni à une sérénité de jugement. Elles rongent l'existence et pétrifient la pensée. On se ruine à résister à la tentation. Pour rien puisqu'on finira par céder d'une manière ou d'une autre, à un moment ou l'autre, et tout regretter. Une gestion saine et lucide des substances qui nous plaisent paraît bien plus réaliste et épanouissante. N'est-ce pas d'ailleurs ce que nous faisons avec tous les produits que nous consommons et dont les usages comportent tous leur part de possible nuisance ou aliénation ?

La morale doloriste et mortifère des chrétiens se retrouve, elle aussi, dans les traitements des assuétudes centrés sur l'abstinence. Avec ou sans discours culpabilisateurs ou spartiates (« tu dois souffrir pour te rendre compte de l'erreur que tu as commise ou de la méchanceté du produit, pour être fort... »), ces cures « tolérance zéro » obligent le toxicomane à endurer les affres du manque jusqu'à ce qu'il soit guéri. Alors que les traitements de substitution ou de délivrance contrôlée atténuent les souffrances et autres effets secondaires négatifs (physiques et psychiques) du sevrage. Ces effets constituent un obstacle à la réduction de la consommation et une cause non négligeable de rechute. Il relève du bon sens de chercher à les amortir si l'on veut amoindrir ou anéantir l'emprise d'une drogue.

La prohibition, toujours tenace et sélective

On nous rétorquera, à juste titre, que cette morale chrétienne de la contrition, de la diabolisation des plaisirs et de l'ascèse date d'une autre époque. Entretemps, en effet, la société s'est sécularisée, les individus se sont émancipés, l'Etat s'est fait social, les mœurs se sont libérées, l'interdit a été contredit,... En outre, la consommation est devenue le moteur et l'éta- lon de la société, la recette du bonheur et du capital. Pourtant, la prohibition des drogues reste toujours en vigueur et ne semble pas susceptible d'une remise en question. L'abstinen-

ce est encore prônée dans de nombreux lieux de traitement des assuétudes, voire réaffirmée suite aux prétendues déconvenues de la réduction des risques ou de la substitution.

Bien sûr, les rapports de pouvoir et enjeux économiques qui maintiennent la prohibition en place n'ont pas été révolutionnés. En outre, après la brise soixante-huitarde qui souffla sur les années 1970 et 1980, on voit revenir avec une certaine force les conceptions et discours réactionnaires qui la justifiaient. Assisterions-nous à une contre-révolution conservatrice, à l'œuvre dans bien d'autres domaines, dont Bush, Berlusconi et Sarkozy seraient les emblèmes ? Les idées libérales ont cependant plus que jamais le vent en poupe, fièrement portées par les précités, mais pas dans toutes les situations. Plutôt qu'un simple retour en arrière, du reste impossible, le régime sociétal et moral qui gouverne le monde d'aujourd'hui – le néolibéralisme sécuritaire – marie sans complexe la main invisible de tous les marchés (y compris illicites) et de toutes les dérégulations, et la main de fer de la prohibition et de la répression pour gérer les déchets (parfois très rentables) du système.

Ainsi, nous ne vivons plus dans une société de sobriété et de restrictions mais dans une société de consommation et de dépassement des limites. Telle qu'on nous la montre à la télévision et pour ceux qui en ont les moyens. Pour les autres, les crises économiques endémiques leur rappelleront régulièrement que « l'austérité s'impose » et s'ils font un pas de travers pour tenter de la supporter, on les sanctionnera pour leur confirmer qu'ils ne font pas partie de la société. Ainsi, on laisse l'argent des trafics de drogues fructifier sur le dos de la prohibition et financer la globalisation, tandis qu'on renforce les contrôles policiers dans les quartiers pour arrêter les petits revendeurs et imposer des stages à leurs parents. Tout comme, en matière d'environnement, on culpabilise le petit consommateur qui laisse l'eau couler pendant qu'il se brosse les dents et non les grands industriels qui salissent et gaspillent des hectolitres d'eau à la seconde ■

LA PROHIBITION DES DROGUES, UN AVATAR DE L'ASCÉTISME ?

> Micheline Roelandt, Psychiatre.

D'où vient cette irrépressible envie de prohiber ? De l'idéal d'abstinence ? Pas si sûr, répond Micheline Roelandt au vu du caractère très sélectif de la prohibition – pourquoi le cannabis et non l'alcool ? Une sélection qui n'est pas sans rapport direct avec l'état économique du monde. Est-ce à dire que la prohibition est avant tout une affaire économique et l'abstinence, l'instrument de sa justification ? Les preuves ne manquent pas.

Déterminer où se trouvent les fondements de la prohibition de certaines drogues, c'est tenter de déterminer ce qui est de l'œuf ou de la poule ?

L'idéal de l'abstinence a-t-il nourri le besoin de prohiber certains produits ? La tentation d'y répondre par l'affirmative est grande, d'autant qu'au début du 20^e siècle nous constatons, et l'arrivée des publications de Freud n'y est pas étrangère, que les interdits sexuels prônés depuis le 18^e perdent en crédibilité. Ces interdits, portant au départ sur la masturbation infantile, s'étaient élargis, au fil du temps, et concernaient également les rapports entre adultes. Ceux-ci, pour des raisons sanitaires, ne pouvaient pas dépasser la limite d'un rapport par mois lunaire et n'étaient autorisés qu'en face à face, au risque de donner, sinon, naissance à des enfants malformés.

Que ces interdits entretenaient des rapports directs avec la morale chrétienne, qui s'inspire de l'ascétisme et refuse toute culture du

plaisir, ne fait pas l'ombre d'un doute. De là à postuler que dans l'inconscient collectif, le consommateur de drogues jouissait de son produit, et qu'il y avait donc lieu à l'en empêcher, il n'y a qu'un pas.

Les vertus économiques de la prohibition

Si j'adhère à cette thèse, je n'y adhère pourtant que partiellement. En tant que « bonne » marxiste, je crains que les premiers fondements de la prohibition doivent se chercher dans les intérêts économico-politiques de l'époque. C'est d'ailleurs dans ce sens que va l'œuvre de Line Beauchesne, un des auteurs les plus percutants en cette matière, qui souligne notamment la nécessité de se débarrasser d'une main d'œuvre chinoise, d'abord, mexicaine, par la suite, dont la présence ne présentait plus aucun intérêt sur le sol américain, comme force motrice à la mise en place de la prohibition des drogues. A l'époque, comme maintenant, il était bien sûr difficile de

justifier la Harrison Act¹ par les intérêts financiers de ceux qui anticipaient les profits à tirer d'un marché illégal des drogues, tout comme il était impensable de la justifier par le besoin de se débarrasser de certains étrangers. Il fallait donc trouver d'autres justifications, notamment sanitaires. Il est probable que tout un chacun connaissait bien dans son entourage proche ou lointain une personne qui consommait ces drogues abusivement, ce qui devait suffire à en déduire qu'il fallait en interdire le commerce, d'autant plus facilement que les discours de l'époque parlaient de milliers, voire de millions de toxicomanes aux opiacés aux Etats-Unis. Difficile de contester ces évaluations parce que l'époque n'était pas dotée de statistiques épidémiologiques !

Nous pourrions apporter de l'eau au moulin de la thèse des intérêts économiques par extrapolation. Depuis près de 40 ans, le monde médical, qui par ailleurs les prescrit abondamment, s'inquiète des effets nocifs des benzodiazépines² sur la santé de la population, qui en abuse. Cela n'empêche pas la poursuite de leur production par les firmes pharmaceutiques qui ont pignon sur rue. A ce titre, la saga du Rohypnol® de Roche est illustrative, puisque depuis les années 70 les méfaits de cette molécule étaient connus et décrits. Il a fallu 30 ans, non pas pour la voir disparaître, mais pour qu'elle se commercialise en moindre dosage, les comprimés passant de 4 à 1 mg.

La « dangerosité » des opiacés étant devenue un fait au début du 20^e siècle, la nécessité d'en interdire la commercialisation, la possession et la consommation allait de soi. Plus de 20 siècles de sciences de l'éducation et de discussions pédagogiques et philosophiques n'empêchaient pas au « bon sens commun » de prôner l'efficacité de l'interdit pour influencer le comportement des humains, surtout des jeunes.

Restons logiques ! Si nous constatons que la consommation d'un produit peut entraîner une consommation abusive et donc être nuisible à la santé de certains, il faut en interdire la production. C'est bien la seule ma-

nière de protéger nos enfants des risques qu'ils encourent à se retrouver face à ce produit. La prohibition de certaines drogues est donc le seul moyen pour en réduire les méfaits. Aujourd'hui encore, nonobstant l'évidence de l'échec de la prohibition des drogues pour en réduire la consommation abusive, certains représentants du peuple, et nous ne doutons pas de leur probité, refusent l'idée d'en réglementer le commerce parce qu'ils craignent que les jeunes pourraient en déduire qu'on les incite à les consommer.

L'utilité de l'interdit a la vie dure, malgré sa remise en question permanente. Nous avons beau « savoir » que les comportements des humains entretiennent des rapports complexes avec des vécus individuels et parfois communautaires de situations socio-économiques et n'en constituent que des symptômes, il reste tentant de se donner bonne conscience en essayant d'en interdire la manifestation, les discussions autour du port du voile pour preuve.

L'abstinence à la rescousse de la prohibition

S'il est plus que probable que l'assentiment populaire à la prohibition de certaines drogues fut le fruit d'une manipulation organisée par ceux qui espéraient voir fructifier leurs capitaux grâce à la mise au ban de ces produits, il n'en reste pas moins vrai que la nécessité permanente de justifier leur illégalité a permis l'éclosion d'une abondante littérature, tant populaire que scientifique. Celle-ci ne pouvant conforter que le bien-fondé de la prohibition et renforcer l'idéal d'abstinence. L'expérience de la prohibition de l'alcool aux Etats-Unis fut un échec à ce point spectaculaire, l'Etat perdant le contrôle sur la mafia, qu'il a bien fallu faire marche arrière. Le discours sur la consommation contrôlée de l'alcool a (re)vu le jour. Celui-ci fut, par la suite, entretenu par le monde médical, parfois de façon parfaitement contreproductive. Effectivement au milieu des années 30, en 35 très exactement, le mouvement des alcoolis-

ques anonymes voit le jour. Les alcooliques, concernés chacun pour soi, par la difficulté de gérer leur consommation d'alcool, prônent qu'alcoolique un jour, alcoolique toujours. Ils en reviennent ainsi à défendre l'idéal d'abstinence pour leurs membres, à mon avis, à juste titre. L'art consiste effectivement dans la distinction à opérer entre ceux qui, pour des raisons individuelles (physiologiques, génétiques, sociales ou psychologiques) sont fragilisés par la rencontre avec un produit psychotrope spécifique, et qui ont tout intérêt à décider de s'abstenir d'en consommer, et ceux qui seront parfaitement capables de le gérer.

Il est impossible de déterminer à quel point le slogan d'abstinence véhiculé par les AA a pu contribuer, ou non, à la justification de la prohibition d'autres psychotropes, mais il est facile de constater que les difficultés de gestion de l'alcool, que certaines personnes rencontrent, renforcent la conviction populaire qu'il n'y a pas intérêt à multiplier l'éventail des drogues mis à disposition du public. Il semble également vraisemblable que le modèle de gestion de l'alcool proposé par les AA aux alcooliques ait influencé le modèle de gestion des toxicomanes à d'autres psychotropes pendant les années 70 et 80. Dans certains de nos pays, on ne jurait que par les communautés thérapeutiques pour « traiter » les toxicomanes.

Les produits de substitution étaient bannis. Seul un traitement visant à modifier leur comportement et à les convaincre de s'abstenir de toute consommation pouvait les guérir.

Depuis, le monde thérapeutique a évolué et la plupart du temps les thérapeutes réalisent qu'ils ne sont pas face à un « toxico », mais

face à une personne humaine complexe dont il faut apprécier avant tout la demande d'aide. C'est bien en fonction des limites éventuelles de tout un chacun que des modes de traitement diversifiés seront proposés. Certains tenteront l'abstinence, d'autres seront confortés par les produits de substitution, dans l'état actuel des choses !

Il est pénible de constater qu'en matière de prévention des toxicomanies, le cadre législatif existant ne permet toujours pas de tenir un discours intelligent qui tend à prévenir les jeunes des risques réels qu'ils prennent en consommant les divers produits qui leur sont proposés sur les florissants marchés clandestins, ni de leur enseigner le bon usage de ces produits.

Si l'on ne peut exclure que la prohibition reste à l'ordre du jour pour des raisons morales, il y a fort à parier qu'elle le reste plus encore pour des raisons économiques.

Antonio Maria Costa, directeur de l'Office des Nations-Unies contre la drogue et le crime (l'ONUDC) prétend ainsi, que « des renseignements font penser que des crédits interbancaires ont été financés grâce à des fonds issus du trafic de drogue et d'autres activités illégales. Durant la seconde moitié de 2008, le manque de liquidités a été le principal problème du système bancaire, et le capital disponible est devenu un facteur fondamental. Or, dans de nombreux cas l'argent de la drogue est le seul capital d'investissement disponible, quand les Etats ne débloquent pas eux-mêmes des fonds de secours ».

L'œuf et la poule vivent apparemment en liaison très étroite. ■

- 1 Promulguée en 1914, la Loi Harrison de taxation des narcotiques est une loi fédérale des États-Unis qui règlemente et taxe la production, l'importation, la distribution et l'utilisation des opiacés dans les situations non médicales.
- 2 Les benzodiazépines (BZD) sont une classe de médicaments aux propriétés hypnotiques, anxiolytiques, antiépileptiques, amnésiantes et myorelaxantes. Les benzodiazépines sont souvent utilisées pour soulager à court terme l'anxiété, l'insomnie sévère ou incapacitante.

LA DÉFINITION D'UN NOUVEL HUMANISME

> Entretien avec Roland Coenen, Éducateur et psychothérapeute¹.

En tant que directeur d'une maison d'hébergement pour jeunes en difficulté, Roland Coenen a expérimenté une pratique socio-thérapeutique non punitive qu'il a coutume d'opposer à l'orthopédagogie normative à l'œuvre dans la plupart des milieux résidentiels. Eduquer sans punir plutôt que régler par la sanction ou l'exclusion. Une façon de voir et d'agir avec laquelle le thérapeute réfléchit la question de la prise en charge des dépendances au niveau curatif, préventif et social.

On a tendance à opposer la méthode dite de réduction des risques à l'abstinence. Comment vous situez-vous dans ce débat ?

Je dirais que les deux modèles sont faux. Dans le cadre d'une approche individuelle, on ne peut affirmer être pour l'un ou pour l'autre, car nous sommes inégaux face à la drogue. Prenons, par exemple, le cas des soldats américains revenus du Vietnam. A l'époque, les Nord-Vietnamiens avaient pris pour stratégie d'inonder l'armée américaine d'opiacés afin de réduire leur combativité. Lorsque les soldats sont revenus au pays, environ 90% d'entre eux ont arrêtés l'héroïne spontanément, les 10 % restant sont demeurés héroïnomanes. En conclusion, nous n'avons pas les mêmes facultés d'accrochage ou de dés-accrochage vis-à-vis des drogues. Il y a des buveurs qui vont arrêter de boire dès qu'ils se sentent malades. D'autres vont boire jusqu'à le devenir alors même qu'ils sentaient la maladie

arriver. Il y a donc des alcooliques pour lesquels l'abstinence est la seule solution et d'autres pour lesquels une gestion ou une modération sera possible. Les deux modèles doivent être pris en compte. Le problème consiste à faire d'un modèle une religion, laquelle conduira inévitablement ses adeptes à surdéterminer leurs propres pratiques professionnelles.

Vous avez donc déjà rencontré des cas où l'abstinence fonctionnait ?

Que ce soit parmi mes patients, les jeunes que j'ai suivis, leurs parents ou des amis, je connais des abstinentes qui s'en sortent et qui n'ont, à ce jour, eu recours à aucune drogue et qui ne le voudraient pas car ils courraient un très gros risque à le faire. Ces personnes sont à la fois très fortes sur certains terrains et plus fragiles sur d'autres. Au contraire d'autres consommateurs, elles sont capables

1 De formation sociale, Roland Coenen est thérapeute familial et individuel depuis de nombreuses années. Formé à la systémique et à l'hypnose éricksonienne depuis bientôt vingt ans, il a dirigé plusieurs groupes de recherche axés sur la violence, les familles dysfonctionnelles, les symptômes transgénérationnels. Il est notamment l'auteur de *Eduquer sans punir. Une anthropologie de l'adolescence à risques*, Éditions Érès, 2004.

d'abstinence, mais elles ne sont pas capables d'une gestion. Où se situe la limite ? C'est au travail thérapeutique à le déterminer.

Quels sont les moyens dont le thérapeute dispose ?

Sur le plan théorique, d'immenses progrès ont été accompli dès lors que l'on a compris que toutes les drogues existantes avaient une seule et même cible dans le cerveau : le « circuit de récompense » qui se trouve dans l'aire tegmentale ventrale du cerveau et dont fait partie le système opioïde interne, lequel distribue force molécules apaisantes. Ce circuit est à la base de toutes les sensations plaisantes du corps : la joie, la victoire, la conquête, le plaisir, l'orgasme mais aussi, la paix, l'apaisement et l'attachement. Lorsque le circuit ne fonctionne plus bien, soit du fait de l'existence de caractéristiques biologiques de naissance, soit du fait d'une vie qui a multiplié les horreurs et les souffrances, c'est l'axe nociceptif de la douleur qui devient prédominant avec des émotions telles que la peur, l'aversion, la colère, l'agressivité défensive, le dégoût de soi, l'autodépréciation et toute la gamme des émotions liées à la tristesse et à la détresse. Certaines personnes vont alors ressentir une souffrance telle qu'elles vont spontanément, sans le savoir, sans le vouloir, sans même le décider, opter pour des stratégies de survie afin de se procurer des sensations positives. La consommation de produits va remplir ce rôle en faisant fonctionner le système de récompense pendant un court moment de manière à combattre les émotions douloureuses. Or, il apparaît que si on injecte une drogue dans le cerveau, le système repère qu'il s'agit d'un produit toxique et construit des barrières ou des défenses de façon à annuler ses effets. D'où, pour le consommateur, la nécessité d'augmenter les doses. On pense aujourd'hui que ce système de défense a une action sur l'organisation génétique du circuit de récompense. Autrement dit, il est probable que la prise répétée de produits et la perte répétée de l'efficacité du circuit de récompense participent à une modification génétique des cellules à dopamines constitutives du système

de récompense, transformant dès lors les concentrations en dopamine dans tout ce circuit. Il est donc supposé que si un alcoolique ou un consommateur assidu de drogues opte du jour au lendemain pour l'abstinence, son circuit de récompense va mettre un à deux ans pour se remettre en place.

Quelles conséquences pratiques en tirer au niveau thérapeutique ?

Cela signifie que, pour certaines personnes, l'abstinence sans produit de substitution est un leurre. On ne peut pas imaginer que quelqu'un puisse arrêter du jour au lendemain des produits qui activent le système de plaisir, de satisfaction et d'apaisement dans le cerveau et que ce système soit non fonctionnel pendant deux ans. Si elle fait le choix de l'abstinence, cette personne subira la dépression de plein fouet sans avoir de capacité auto-thérapeutique pour combattre cette souffrance. Ce constat plaide inévitablement pour les systèmes dégressifs. Cela étant dit, il y a des personnes qui sont à un tel stade d'intoxication qu'il faut les arrêter à tout prix sinon elles meurent. Le travail doit donc se faire au cas par cas, en tenant compte du fait que selon le degré d'intoxication, le sevrage par l'abstinence peut conduire à une succession de rechutes qui vont désespérer tout autant le toxicomane que les thérapeutes.

Peut-on faire un rapprochement entre le projet d'abstinence et celui d'« orthopédagogie normative » que vous opposez à la pédagogie non punitive ?

Un rapprochement peut surtout être fait dans le cadre institutionnel. Nous traversons une époque de symptômes interdits. Dans toutes les sociétés occidentales, on arrive à un paradoxe qui veut que lorsque l'on rentre dans un système de soin avec hébergement, il faut être soigné avant d'être guéri. En d'autres termes, on demande aux patients de laisser ses symptômes sur le trottoir, d'être capable de s'asseoir dans un fauteuil, et d'être volontaire au changement sinon on le fout à la



porte. Cette position n'a d'autre fonction que de servir à défendre les murs de l'institution qui, généralement, se décore d'un règlement d'ordre intérieur en guise de paravent de la pensée contre les comportements et les symptômes interdits, à savoir, comme toujours : « sexe drogue et rock and roll », ce à quoi il faut ajouter le vol et la violence.

Peut-on considérer que les Communautés thérapeutiques fonctionnent sur ce modèle ?

Tout à fait. De surcroît, il est évident que les cadres légaux entraînent des formes de contre-production extrêmement dangereuses. En France, on risque toujours la prison pour avoir fumé un joint. Or, dans un système où rien n'est aussi répandu et aussi interdit que les drogues, il faut considérer que nous avons échoué et accepter de vivre avec. Nous évoluons dans une société où de plus en plus de gens ont recours à la chimie – légale ou illégale – pour supporter le quotidien. C'est un phénomène qui ne se réduira pas ; d'autant que tous les secteurs de la société, y compris le secteur financier, participent au système et en tirent profit. Je ne vois vraiment pas comment on pourrait retourner le système et changer la face du monde par un règlement d'ordre intérieur dans une institution. Nous sommes obligés de dire : « il faut des produits de substitution » et lorsqu'un produit ne peut être remplacé, il faut tolérer le produit et donner aux gens la possibilité de se l'acheter sans avoir à voler ou se prostituer. Il faut leur donner le produit en leur apprenant à progressivement diminuer les doses.

Quelle méthode d'apprentissage préconisez-vous ?

Il ne faut pas diminuer les symptômes par la force. Il n'y a qu'une seule arme valable : le dé-

veloppement de la personnalité, c'est-à-dire, d'un point de vue psychique, acquérir une complexité mentale suffisante pour souffrir moins, avoir plus de plaisir, une meilleure position sociale et de meilleurs accès à la paix intérieure. Plus la personnalité d'un individu s'élaborera, plus nous arriverons à en faire un adulte responsable et quelqu'un qui se sent mieux dans son corps et sa tête, plus il sera en mesure de, lui-même, diminuer ses prises de drogues. Ce ne sont pas les thérapeutes qui guérissent les gens, c'est le cerveau qui se guérit lui-même. Tout ce que nous pouvons faire, c'est aider le cerveau à progresser pour qu'au final, il arrive à se guérir lui-même. C'est une leçon d'humilité et la toxicomanie est certainement l'un des espaces qui nous confronte le plus à cette obligation d'humilité. Il s'agit toujours d'un traitement lent, il y a toujours des rechutes et il y aura toujours une compétition très active avec le milieu socio-économique. Rares sont ceux qui n'ont pas recours à un petit vin blanc ou une bière pour atténuer le stress quotidien. Nous vivons dans une société qui est en crise économique et qui, si elle veut maintenir un nombre de travailleurs salariés suffisants et motivés, se doit de constamment stimuler l'ensemble des consommateurs. Notre époque est celle de la sur-stimulation et de la saturation constante. Les plus vulnérables, c'est-à-dire les moins disposés à trouver en eux les ressources positives qui sont nécessaires pour survivre dans cet univers, seront les premiers victimes des drogues qui sont proposées pour accompagner et améliorer la qualité des stimulations agressives qui les assaillent dans tous les domaines de la vie (travail, famille, situation amoureuse, etc.).

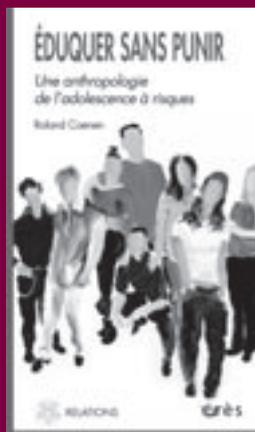
Au-delà du champ curatif, pensez-vous que la promotion de l'abstinence soit une « bonne » manière de faire de la prévention ?

Si une efficacité existe, c'est au niveau de la cohérence sociale. En publiant des messages généraux de cet ordre là, l'individu parent, adulte ou adolescent, se sent appartenir à un monde qui pense globalement la santé dans un même sens, à savoir que la drogue n'est

peut-être pas la meilleure chose pour vivre. Cela distribue un sens commun. En outre, si dès demain on se met à dire que prendre de la drogue en apprenant à gérer sa consommation est une bonne chose, inévitablement, une grande partie de la population fera le choix de l'extrême droite ; laquelle s'empresera de glorifier le modèle monastique de l'abstinence. C'est donc prendre le risque d'une dérive sécuritaire généralisée.

Cela ne rentre-t-il pas en contradiction avec votre discours sur la substitution ?

Non, car je pense que les choses doivent se passer à différents niveaux. Il y a ce qui doit être dit au niveau des superstructures de la société, à savoir des messages collectifs se préoccupant de la cohérence sociale et politique. Ces messages sont d'une qualité différente des messages spécifiques distribués au niveau individuel et thérapeutique. On doit vivre dans un monde qui dit haut et fort que la santé consiste à vivre sans produit. Dans le même temps, si des professionnels considèrent que, pour des raisons individuelles, une personne ne peut tenir cette ligne de conduite, des tolérances doivent pouvoir être aménagées. A mon sens, la solution est à trouver dans la coexistence entre une perception commune bien-être et des adaptations individuelles. Celles-ci doivent être impérativement encouragées par les pouvoirs publics. Il faut concentrer nos efforts sur la création de projets pilotes qui auront l'autorisation d'un fonctionnement différent. Nous ne sommes plus dans une époque où les bonnes paroles gagnent les guerres. Ces dernières se gagnent désormais par des démonstrations. Il faut donc créer des cadres pour que les démonstrations deviennent possibles. A cet égard le débat que vous initiez est absolument fondamental. En 2025, les démographes prévoient que la moitié de l'humanité habitera dans des villes dont certaines accueilleront plus de 50 millions d'habitants. Dans ces conditions, il est illusoire de penser que les gens vivront sans produit chimique et que nous arriverons à éradiquer la violence et la souffrance urbaine générée par des ensembles de plus en plus complexes de gens qui ne



Eduquer Sans Punir Une anthropologie de l'adolescence à risques

Les adolescents qui se droguent, se mutilent, volent, fuguent, se détruisent, sont aussi les adultes et les parents de demain. En évitant de les punir et de les renvoyer, l'équipe du Tamaris, une maison d'hébergement pour jeunes en difficulté dont R. Coenen a été le directeur durant 10 ans, a prouvé

l'intérêt d'une approche systémique et anthropologique dans la réparation de personnalités violentes.

L'usage de la menace et de la punition est souvent un exercice inutile et contre-productif pour les adolescents placés en institutions spécialisées. L'auteur montre ici comment l'équipe du Tamaris s'attache à transformer une contrainte, apparemment étouffante (le placement institutionnel d'un jeune en difficulté par l'autorité judiciaire), en un moteur de créativité et de survie. Confrontée à d'importants paradoxes institutionnels, celle-ci développe de nouveaux rituels, de nouvelles symboliques, bref une nouvelle culture lui permettant de rendre opérationnelle une pensée riche et originale. Bien entendu, l'abandon de la sanction et de la menace est une attitude indissociable d'une sociothérapie d'ensemble qui met l'accent sur la personnalité plutôt que sur le comportement. Dix années parsemées d'essais et d'erreurs montrent aujourd'hui des résultats très encourageants dans les champs de la petite délinquance, de la souffrance familiale ou psychologique, et attestent à leur façon que pédagogie et thérapie sont unies dans une nécessaire transmission d'humanité.

se connaissent pas et qui souvent ne s'aiment pas. Le grand défi du 21^e siècle consistera à penser les modalités du vivre ensemble dans ces mégapoles et à imaginer comment les travailleurs sociaux et les politiques pourront, ensembles, inventer de nouvelles formes de régulation. Notre grand défi est d'inventer un nouvel humanisme des villes. D'où l'importance de nos petites entreprises, à condition que la possibilité de chercher nous soit donnée, et que la possibilité de projets pilotes existe, non pas pour satisfaire les visées politiques de l'un ou l'autre, mais pour des raisons humanistes et scientifiques. ■

LE PROJET D'ABSTINENCE, UN OUTIL PRÉCIEUX

> Entretien avec Jean-Pierre Jacques, Psychanalyste et médecin.

Après avoir fondé et dirigé pendant vingt ans un centre d'accompagnement pour toxicomanes orienté sur la réduction des risques, Jean-Pierre Jacques a accepté de devenir conseiller scientifique de Dianova, une communauté thérapeutique fonctionnant sur le credo de l'abstinence. Un parcours atypique qui, nécessairement, conduit à des propos polémiques mais non dénués d'intérêt pour peu que l'on s'intéresse au paysage thérapeutique des assuétudes et à l'évolution des différents modèles de prise en charge.

A vos yeux, qu'évoque l'abstinence ?

Pour le grand public, les familles que je rencontre et beaucoup de professionnels de la première ligne, l'abstinence représente un idéal moral et sanitaire indépassable. En revanche, pour le clinicien que je suis, l'abstinence est une affaire qui ne va pas de soi. Pour certains sujets, l'abstinence est indispensable : sans elle, ils sont dans l'incapacité de trouver un équilibre vital. Pour d'autres, l'obligation d'abstinence est synonyme de mort, de malheur et de misère. Il n'y a pas de règle générale, d'où la difficulté.

Comment dès lors vous situez-vous par rapport à l'opposition qui est généralement faite entre abstinence et réduction des risques (RDR) ?

Le choix devrait pouvoir se faire au cas par cas. Je rencontre des gens qui sont extrêmement créatifs, joyeux, agréables pour eux-mêmes et pour autrui quand ils sont sobres et qui sont au fond de la désolation dans les

moments de consommation. Certains sont, au contraire, dans un désespoir sans nom quand ils sont sobres. On ne peut pas proposer le même impératif à chacun.

Quels sont les moyens dont dispose le thérapeute pour se prononcer ?

Avant tout, se donner du temps, car repérer si un sujet se débrouille mieux avec l'abstinence qu'avec la consommation prend énormément de temps. Et en disant cela, je n'inclus pas encore dans l'équation le nombre très important de gens qui sont à mi-chemin entre les deux, c'est-à-dire qui alternent entre des moments d'abstinence, par exemple la semaine, et des moments de consommation, par exemple le week-end, et qui peuvent ménager cette alternance assez bien. Ce sont probablement les cas les plus fréquents.

Autrement dit, les gens qui gèrent leur consommation ?

Je n'utiliserais pas le mot de « gestion » qui

me fait horreur. Il nous vient du vocabulaire du management capitaliste avec lequel les banques nous ont récemment dépouillés. C'est probablement un faux concept et un vrai piège. Disons plutôt qu'il y a des gens qui peuvent faire en sorte de ne pas s'engloutir entièrement dans la jouissance avec les produits. Inversement, je partage le point de vue de Baudelaire qui disait se méfier de quelqu'un qui n'a jamais été ivre. Cette personne a, selon lui, quelque chose de redoutable à cacher.

Comment, aujourd'hui, percevez-vous le milieu de la RDR dont vous avez été l'un des promoteurs en Belgique ?

Je constate que dans le milieu des institutions chargées de prévention et de RDR, un pan institutionnel non négligeable a pris tellement en sympathie la consommation que la sobriété lui fait désormais horreur. Cela m'inquiète à plusieurs titres. Tout d'abord, cette tendance conduit à installer une nouvelle norme qui n'est plus la sobriété mais la consommation qui, en tant que norme, est toute aussi pénible. Ensuite, parce que cette position si partisane leur aliène l'opinion publique et l'estime de la plupart des autres professionnels. Ces professionnels incarnent une sorte d'avant-garde obscure et perçue par le grand public et les professionnels « ordinaires » comme des allumés complets ou comme des militants d'une cause douteuse, celle de la bonne défonce. C'est une dérive que je constate depuis une quinzaine d'années. J'irai même jusqu'à dire qu'il existe un tropisme de la part de certains intervenants qui, concernés à titre privé par une consommation de produits assez significative, vont travailler dans le champ des assuétudes avec une sorte de fascination pour les ivresses et les défonces que se permettent leurs patients et qu'eux ne peuvent pas se permettre, car ils ont un reste de normalité à préserver. Dans certains débats autour de la RDR, j'ai senti un dédain pour les institutions qui travaillaient dans le champ de l'abstinence. Certains intervenants en RDR

semblent ne pas tolérer de ne pas retrouver leurs idéaux de consommation chez tous les professionnels et trouver scandaleux ou honteux d'aider les gens à bien fonctionner sans consommer, comme le font les communautés thérapeutiques (CT).

Est-ce la raison pour laquelle vous êtes devenu le conseiller scientifique de Dianova ? ¹

Oui. Mon expérience clinique me met quotidiennement au contact de gens qui sont globalement beaucoup plus satisfaits dans un dispositif de sobriété et d'autres qui le sont dans un régime de substitution. J'ai donc accepté l'idée que nous sommes inégaux face aux substances, que les êtres humains sont équipés différemment pour les affronter. Aussi, j'ai trouvé tout à fait justifié de continuer à m'occuper de substitution tout en soutenant des institutions qui travaillent dans le champ de l'abstinence ou, du moins, de l'abstinence modulée, car il y a quand même de la substitution à Dianova. Que ce soit du côté du « pousse à l'abstinence » qui mobilise beaucoup de magistrats et de policiers, ou du côté du « pousse à la consommation » qui est en sous-main le mobile d'un certain nombre de militants de la RDR, il faut se méfier des idéaux totalitaires. Evitons les anathèmes et les raccourcis de la pensée.

Vous estimez donc que le modèle de prise en charge développé par Dianova fonctionne ?

Tout à fait. Et de façon générale, celui des communautés thérapeutiques disponibles en Belgique francophone. A mon sens, les CT sont des instruments extrêmement précieux. Il arrive que le traitement de substitution en ambulatoire se révèle totalement dépassé pour un patient en particulier. Et il n'y a pas de traitement de substitution pour les sujets dépendants de cannabis, de cocaïne ou d'amphétamines. Faire l'expérience de six mois ou un an de vie sans produit peut dès lors représenter

1 Dianova Belgique : « La Ferme de Thioux », rue Albert Billy, 48 - 5370 Porcheresse ; tél. : 083/63 49 99 ; email : belgium@dianova.org

Du Patriarche à Dianova

L'association Le Patriarche est officiellement créée en France en 1974 par Lucien Engelmajer afin de mettre en place un lieu d'aide pour toxicomanes inspiré du modèle des communautés thérapeutiques. Elle démarre avec pour membres une douzaine de jeunes « patients ». L'association connaît un important développement d'abord en France, puis dans le monde. Plus de 300 centres ouvrent dans dix-sept pays. Cependant, la machine s'enraille avec l'inscription du Patriarche au répertoire des sectes dans un rapport parlementaire de 1995 et des plaintes de pensionnaires pour abus de confiance, et même viols. En 1998, son charismatique fondateur est contraint à la démission par le conseil d'administration. L'association abandonne alors toute référence à son créateur et prend le nom de Dianova sauf en Italie. Tout en héritant des structures et d'une partie du savoir-faire de l'ancienne association, Dianova soutient avoir opéré une profonde mutation démocratique et thérapeutique en tirant les leçons de l'expérience déviante dont elle est issue.

une véritable découverte. Il ne faut pas croire que le choix de rentrer en CT est aisé. Il y faut une bonne dose de courage, car cela implique un retrait social majeur. D'autant que dans l'imaginaire contemporain, les CT renvoient à Cayenne ou à la retraite dans un couvent et constituent souvent une marque d'infamie pour celui qui y rentre. Mais, expérience faite, je considère que c'est un outil précieux et que les gens qui y travaillent ont énormément de mérite. Au fond, le pendule a basculé. Dans les années 80, les CT tenaient le haut du pavé, la substitution était un dispositif confidentiel et combattu, la RDR était encore impensable. Aujourd'hui, les institutions qui continuent à travailler sur un mode privilégiant la sobriété sont presque honteuses de le faire et réduites à la portion congrue en matière de subsides et de prestige public. A mon sens, il s'agit de rétablir un équilibre tout en sachant que certains ne trouveront pas leur compte en CT, leur souffrance étant bien trop grande. Ils peuvent tenir quelques mois, comme accrochés avec les dents à une falaise, et ensuite, inévitablement, lâcher prise. Il est alors indispensable qu'ils puissent être recueillis dans d'autres modèles d'accompagnement, en ce compris

la délivrance contrôlée d'héroïne et, pourquoi pas, celle d'autres drogues un jour.

En quoi ce retour de balancier est-il perceptible dans votre pratique de psychanalyste ?

De façon générale, il y a sorte d'infamie qui s'attache aux gens qui ne peuvent pas boire, ou qui ne peuvent pas consommer. Je reçois de plus en plus de personnes qui sont en difficulté avec l'alcool, qui ont mené une lutte parfois pendant plus de 30 ans pour ne pas sombrer et pour lesquels la pression sociale à boire est furieuse et très difficile à contrecarrer. Je le vois également chez les plus jeunes qui subissent de plus en plus une pression sociale à consommer pour « être un homme » ou une femme, pour être « dans le coup », pour ne pas paraître un vieux ronchon. Cela soulève des questions au niveau de la liberté individuelle. On n'a pas gagné en liberté psychique, la consigne d'autrefois est aussi débile que la consigne d'aujourd'hui. Toutefois, j'admets volontiers que le monde va à ce point mal que l'on aurait toutes les raisons de se saouler tous les jours. D'autant que le robinet à défoncer est grand ouvert, aussi bien au niveau de l'invention des molécules par la science, qu'au niveau de la logique contemporaine. Dans mon travail de psychanalyste, je constate que le traitement à la mode n'est plus l'écoute sur le long terme mais un produit qui agit dans l'heure. Il faut être soulagé immédiatement. C'est prozac et viagra et non pas psychothérapie ou yoga. Et il ne s'agit pas d'une querelle d'école. On est dans une logique chimique. Les impératifs de l'époque consistent en des produits qui s'achètent, qui font effet sans délai et qui sont présumés miraculeux. On vit un « pousse à la chimie » tout à fait général et le psychisme ne fait pas exception. Tout le monde est en attente de la pilule ou du cocktail de pilules qui aidera à supporter la douleur d'exister ou les ratages amoureux. Depuis 1789, on a désormais tous droit au bonheur. Alors, si l'on ne l'obtient pas, on court le chercher dans les substances prescrites ou sauvages. Dans les années 80, avec l'émergence de la substitution et puis de la RDR, l'autorisation à consommer des produits ou des substituts fut

un moment de libération à l'égard des pesanteurs antérieures. La pesanteur d'aujourd'hui réside en l'idée que tout le monde doit consommer des produits, licites ou illicites. Celui qui prétendrait supporter le monde sans alcool, somnifères ou cocaïne est suspect et vu comme une sorte de vestige de la préhistoire, d'avant les promesses de la chimie pour tous.

Cette tendance ne porte-t-elle pas en elle le risque d'une réaction ?

C'est possible. Il suffit de voir comment l'idéal d'abstinence revient sur le tapis, notamment dans le monde musulman. La version conquérante de l'islam, seule religion à engranger autant de nouveaux adeptes, est une version qui considère la jouissance sexuelle et tous les plaisirs en général comme suspects. Si un retour de balancier doit survenir au sein des sociétés démocratiques, il est possible qu'il puise sa source dans la traduction politique et morale de ce corpus idéologique. D'après les statisticiens, en 2015, les enfants issus de l'immigration compteront pour moitié des enfants des grandes villes d'Europe Occidentale. Cela va peser très lourd, car la conduite des jeunes (y compris enfants de musulmans) qui se défont est perçue comme décadente par une majorité des populations musulmanes. Des régimes musulmans peu démocratiques, en Malaisie, en Iran, par exemple sont de ceux qui prétendent régler ces questions par la peine de mort.

Quelles sont les moyens pour déminer cette situation ; notamment en termes de prévention ?

Je ne sais pas. Je peux l'imaginer au cas par cas mais je ne vois pas comment en tirer une règle qui vaut pour tous. La même difficulté se pose en matière de sexualité. La rigueur sexuelle des années 50 était une calamité, mais le nouvel ordre sexuel tel qu'il est décrit par des auteurs comme Pascal Bruckner et Alain Finkielkraut a parfois un côté tout aussi misérable. Or, je ne vois pas très bien comment traduire cela en termes collectifs. Je pense que ce travail est celui d'autres person-

nes. A partir de mon expérience de clinicien, je constate simplement que la critique trop vigoureuse de l'abstinence pourrait produire à terme des contrecoups vraiment fâcheux.

On n'est pas non plus arrivé au stade où l'on dit aux gens de consommer de la drogue ?

En effet, ce n'est pas le message qui est formellement adressé mais il faut avoir à l'esprit que les adolescents décodent très bien les sous-entendus. Le message n'est pas ouvertement incitatif mais fondamentalement permissif. Ils évoluent dans un univers où tous les idéaux sont désacralisés, où les parents et les enseignants sont déconsidérés, où les seuls principes qui résistent sont « je fais ce que bon me semble » ou « plus personne n'a de conduite à m'imposer ». Ne sont dès lors admis que les messages allant dans ce sens. Et quand les adolescents sont aux prises avec l'idée qu'ils sont seuls à décider, ils ne mesurent pas que ce n'est pas eux qui décident mais leurs pulsions. Je garde toujours à l'esprit cette petite phrase de Freud, le vrai scandale freudien : « le Moi n'est pas maître dans sa maison ». Nous croyons décider, nous pensons que notre conscience est la pointe la plus noble de notre esprit et que tout ce que nous faisons dans notre vie est le fruit de notre conscience alors même que nous sommes déterminés par nos pulsions, comme Freud les a désignées. Et ces pulsions sont foncièrement bêtes et à courtes vues. Les ados qui revendiquent le droit à disposer de leurs corps ou de leur psyché pensent prononcer un discours libertaire alors même que, pour une bonne part, ils sont piégés par des exigences pulsionnelles qui les bouleversent complètement. Après le calme qu'était l'enfance, la poussée pubertaire, avec les questions de l'immortalité, de la rencontre de l'objet sexuel, de l'orientation sexuelle, vient tout chambouler. Face à cette évolution qui peut se montrer extrêmement pénible, rien de tel qu'une bonne défonce pour se calmer. Je constate que les pédagogues s'intéressent à la perte du désir d'apprendre chez les jeunes et cette perte me semble un corrélat parfait de cette volonté de jouissance. ■

TOXICOMANIE, ENTRE ABSTINENCE ET TENTATION ?

> Grégory Lambrette¹, Psychologue – psychothérapeute.

Pour Grégory Lambrette, l'abstinant vertueux et le toxicomane manipulateur sont les deux pôles d'une pensée binaire qui organise encore de façon dominante la réflexion sur les toxicomanies. Réducteur tant sur le plan théorique que sur le plan thérapeutique, cet angle de vue masque la multiplicité des pratiques d'usages, la complexité psychique des individus consommateurs et la variété des contextes d'utilisation. L'auteur nous invite à nous en détacher afin de développer une approche anthropologique respectueuse des usagers et d'une validité théorique à la hauteur du problème et de ses implications sociales.

De manière récurrente, nous pouvons relever que les discours dominants et portant sur les toxicomanies relèvent davantage du propos idéologique que de l'exposé à proprement parler heuristique². Les raisons en sont multiples, mais la principale à notre humble avis reste que le sujet génère une charge émotionnelle court-circuitant sinon grevant toute réflexion critique et interdisant de mettre en perspective politiques de santé publique (voire approches cliniques) et résultats collectés (selon des objectifs ici et là préalablement fixés).

Le sujet est sensible et semble appeler de ses vœux une politique morale faite des meilleures intentions du monde dont l'enfer humain semble malheureusement pavé. Aussi le vice est érigé en regard de la vertu. Et la consommation de se positionner face à l'abstinence. Le manichéisme suggéré par la forme même du débat relatif aux toxicomanies gomme cependant les nuances et autres dégradés d'une réalité échappant à la pensée binaire. La partie est prise pour le tout et mène à la réification d'une pratique consommatoire en une identité négative englobant voire mas-

1 Psychologue – psychothérapeute au Centre Emmanuel asbl - Hëllef fir drogenofhängeg Jugendlech an hir Familien (Luxembourg).

2 Lire à ce titre, et pour exemple, l'article de Levy J., *Une petite feuille verte nommée coca*, Le Monde Diplomatique, mai 2008, p. 20-21.

3 Un peu comme si la rémission n'était que le camouflage d'un mal persistant dont on ne saurait se défaire. Un peu comme cet élément identifiant une faute passée mais toujours visible que reprend le roman de Hawthorne N., *La lettre écarlate*, Gallimard.

4 Lire Ehrenberg A., *L'individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy, 1995. - La réduction des risques étant perçue encore par certains comme étant un préalable sinon une prémisse à l'abstinence.

quant toutes les autres. Le stigmate devient ici absolu et pérenne, un peu à l'instar de la lecture développée par les Alcooliques Anonymes et d'une appréhension chronique du *mal*, puisqu'en tous les cas de figures l'on continue à accoler le qualificatif d'alcoolique à la personne abstinente³, et ce même après plusieurs années passées... sans plus boire d'alcool. C'est que *les visions dominantes au sujet de la toxicomanie* valident encore aujourd'hui ce fameux « *Triangle d'or* » formalisé par Ehrenberg et dont les piliers sont l'abstinence, l'éradication et le traitement⁴. Reste qu'il s'agit là de fins comme de moyens généralement établis ou fixés par d'autres que soi et plaçant comme point d'équilibre une tentation contre laquelle il convient de lutter. La motivation à adhérer à une telle logique de soins peut dès lors s'avérer boiteuse et expliquer un certain nombre de résultats sinon « d'échecs » à ce sujet.

L'arbre ou la forêt ?

Les divers courants antiprohibitionnistes, à raison nous semble-t-il, soulignent chacun à leur manière la généralisation abusive dont fait usuellement l'objet la personne toxico-mane. Considérant sous un même label de « toxicomanie⁵ » un hypothétique et fort improbable public homogène, cette étiquette diagnostique, discutable sous bien des aspects du reste, prétend recouvrir un ensemble d'individus recourant à l'usage de produits psychotropes. Subsumant sous un même genre une diversité d'individus qu'un dénominateur commun, la consommation de produits licites ou illicites en l'occurrence, ne saurait réduire à elle seule, l'image la plus prégnante, celle de la déchéance, est encore largement véhiculée sinon retenue comme caractérisant elle-même les *personnes toxicomanes*. Canonisant du coup une vision

extrêmement réductrice et appauvrie de cette population, c'est cependant cette représentation sociale que l'on peut voir tenir le haut du pavé. Elle diffuse ainsi l'image d'un individu désaffilié⁶, porteur de qualificatifs peu glorieux et dont les plus courus sont ceux de « manipulateur », « labile », « puéril », etc. Soit autant de caractéristiques supposées intrinsèques à la personne et édulant tant le contexte (répressif et donc fortement contraignant générant un certain nombre de conduites dès lors plus explicables) en lequel elle doit dès lors évoluer que les apprentissages à acquérir afin de, bon an mal an, s'y adapter.

Les sciences sociales et humaines ont selon nous, et ce bien malgré elles, indirectement participé à la construction d'un corpus de connaissances essentiellement focalisé sur la toxicomanie en son aspect le plus *funeste* dirons-nous pour faire court. En étudiant, décrivant et théorisant ainsi que la partie essentiellement en « souffrance » sinon plus encore en détresse sociale⁷ de cette vaste population, la tendance (première et naturelle au demeurant) serait de croire qu'il s'agit là d'un ensemble (logique) dont les éléments possèdent tous les mêmes caractéristiques. En adoptant cette vision on élude cependant un pan d'un public difficile à circonscrire en raison de l'illégalité qu'une partie du moins de sa pratique « implique ».

Les usages de psychotropes sont cependant divers, comme les personnes s'y adonnant du reste, et les deux évoluent tant avec l'environnement qu'avec le temps. Il est à ce titre intéressant de noter que ce facteur « temps » intervient lui-même dans un phénomène fort intéressant pour le système socio-sanitaire, à savoir le phénomène de rémission spontanée. Or rares sont les études ou recherches s'étant penchées dessus. Nous pouvons en

5 Cette réflexion valant également selon nous pour les concepts d'addiction ou d'assuétude.

6 Au sens développé par Robert Castel et que nous pourrions condenser comme étant un processus d'exclusion sociale.

7 Comme par exemple les excellents ouvrages de Jamouille P., *Drogues de rue. Récits et styles de vie*, Bruxelles, De Boeck, 2000 ou *La Débrouille des familles. Récits de vies traversées par les drogues et les conduites à risques*, Bruxelles, De Boeck, 2002.

outre déplorer le peu d'attention portée aux personnes toxicomanes combinant consommation et insertion sociale par exemple⁸, ou ayant une consommation générant peu ou prou de difficulté pour la personne sinon celle liée à l'illégalité de la pratique.

Cette relative absence heuristique pénalise plus encore d'une certaine façon une population déjà peu portée à se défendre et cristallise davantage encore le stéréotype d'un individu disqualifié sinon en processus d'exclusion. Cette disqualification apparaissant elle-même renforcée négativement par le côté « volontaire » de la dite déchéance accolée généralement à la toxicomanie. Ne pas savoir arrêter serait dès lors manquer de volonté (puisque vouloir, c'est pouvoir semble dire l'adage populaire). Le tour de passe-passe rhétorique fait toutefois son effet et contribue à entretenir ce discrédit, cette sorte de différence honteuse dont font l'objet les personnes toxicomanes.

Ici donc l'arbre est pris pour la forêt. Or c'est bien à une multiplicité de pratiques que nous avons à faire, à une pluralité d'individus (en leurs différentes composantes), à une variété de contextes d'utilisation plus qu'à une uniformité de ces éléments rendant moins compte des personnes concernées que des pratiques ou des cadres heuristiques appliqués à ce champ d'interventions et d'études. Ici pas plus qu'ailleurs du reste, la carte ne saurait être tenue pour le territoire. Et ce d'autant moins lorsqu'on n'en connaît qu'une partie.

Abstinence et tentation

Si « la toxicomanie » n'offre pas, en tant que concept, un antagoniste évident sur lequel nous pourrions nous reposer (l'abstinence ? La consommation contrôlée ? La consommation hédoniste ? L'absence de souffrance ? ou de dépendance ?), c'est que le dit concept circonscrit mal la chose qu'elle est censée expliquer ou décrire, à savoir un contexte général légitimant et construisant certains comportements dont la dépendance, la tentation ou le « trip » sont quelques éléments parmi d'autres. Mais réduire par exemple l'expérience de la personne toxicomane à un état de conscience risque de banaliser cette expérience de tout son entrelacs trans-contextuel qui la contient, pour reprendre une expression empruntée à Keeney, voire de la polyphonie d'autres descriptions également pertinentes et d'une grande diversité de niveaux d'explications.⁹

La toxicomanie désigne-t-elle une simple action (susceptible certes de générer une dépendance et dont l'envers serait l'abstinence) ou bien plutôt un contexte organisé (sinon organisateur d'un certain nombre de conduites) ? Aussi, que vise l'institution sociale et thérapeutique en ce sujet ? Un changement de comportement ? Si oui lequel et de quel ordre ? Que serait donc une non-consommation ? A moins que l'institution sociale et thérapeutique n'ambitionne-t-elle d'agir sur un contexte plus général ? Mais comment ?



La tentation est souvent invoquée sinon placée au cœur même de la problématique pré-sentement abordée pour qui veut réduire ou stopper sa consommation. Elle repose à sa manière ce constat que Bateson également avançait lorsqu'il postulait que s'acharner à combattre une dépendance de façon mécaniste est inutile, car l'on ne fait alors qu'accentuer la division entre l'esprit et le corps et tenter de créer un conflit entre eux¹⁰, car l'un n'est rien sans l'autre. C'est que l'abstinence n'évite ni la souffrance individuelle ni même et surtout la tentation sous-tendant une potentielle consommation, et par là-même la fonction que cette dernière occupe dans l'écologie des dites personnes. Elle ne saurait donc tenir lieu d'indicateur absolu d'amélioration dans la prise en charge des personnes. Pas plus du reste que « la Toxicomanie » ne saurait être appréhendée au travers d'un paradigme pathologisant réduisant celle-ci à une sorte de « maladie » irrévocable, irrésistible et donc pérenne. Comment expliquer sinon que 60 à 80 % de la population est capable de consommer des drogues de manière modérée¹¹. Que l'essentiel des usagers peuvent réduire ou modifier leur usage suite au changement de l'un ou l'autre facteur environnemental tels : une naissance, un emploi ... Et donc qu'une adaptation sociale et/ou professionnelle est possible, à l'exception d'une certaine frange d'usagers devant –elle– impérativement passer par une période d'abstinence avant de pouvoir se réinsérer. Comment expliquer enfin que la plupart des consommateurs s'en sortent seuls (autrement dit, sans l'interven-

tion de professionnels) comme nous l'affirment les études portant sur la rémission dite spontanée ou naturelle¹².

La vision d'un comportement à la nature incontrôlable s'apparente donc pour nous à une sorte de prédiction auto-validante, c'est-à-dire une sorte de croyance en laquelle non seulement nous nous sommes enfoncés des décennies durant, mais surtout une croyance avec laquelle les toxicomanes se sont pensés et/ou comportés (pour exemple : Toxicomane un jour, toxicomane toujours ! ; reconsumer c'est nécessairement rechuter !). Le paradigme de l'abstinence est bien entendu passé par là et a conditionné la construction d'une réalité où le choix était impossible sinon impensable pour les intervenants comme pour les usagers. D'un côté la toxicomanie, de l'autre l'abstinence. Entre les deux, le néant. Plutôt que du vide, nous rencontrons un large spectre d'usages en tous genres dont il est bon, pensons-nous, de nous inspirer pour proposer de nouveaux modèles d'interventions adaptés à ceux à qui ils s'adressent. Nous soutenons ainsi que la toxicomanie, comme toute autre addiction, est un choix restant sensible au changement¹³. Aussi nous aimerions que la culture du débat dont les sociétés occidentales s'enorgueillissent, vaille en cette matière comme en d'autres. Autrement dit qu'elle ne subisse pas le diktat d'une pensée suggérant en substance que quiconque propose un regard quelque peu décalé sur les toxicomanies en est forcément en partie l'apologue. ■

8 Lire Fontaine A., *Double vie. Les drogues et le travail*, Paris, Le Seuil - Les Empêcheurs de penser en rond, 2006.

9 Keeney B., *L'épistémologie batesonienne, les chamans bochimans et l'art rupestre*, in : *La double contrainte. Influence des paradoxes de Bateson en Sciences humaines*, Bruxelles, De Boeck, 2008, p. 69-85.

10 Bateson G., Bateson M.C., *Métalogue : dépendance*, in : *La peur des anges*, Paris, Seuil, 1989, p.177.

11 Heyman G.M., *Resolving the Contradictions of Addictions*, Behavioral and Brain Science, 19 (4), 1996, p. 561-610.

12 Lire par exemple Klingemann H., Klingemann J., *L'intervention thérapeutique est-elle nécessaire ? La rémission naturelle et les systèmes de traitement*, Psychotropes, Vol. 14, 3-4, 2008, p. 111-126. ; Klingemann H., Sobell L.C., *Promoting Self-change from Addictive Behaviors*, New-York, Springer, 2007.

13 Schaler J.A., *Addiction is a Choice*, Chicago, Open Court Publishers, 2000.

L'ABSTINENCE, UN SYSTÈME DE PROTECTION CONTROVERSÉ

> Didier Lestrade, Journaliste et écrivain¹.

La pratique de l'abstinence n'est pas l'apanage exclusif des usagers de drogues. Ainsi, en matière de sexualité, c'est peu dire que les promoteurs de l'abstinence ne ménagent pas leurs efforts pour prêcher son utilité contre les conduites à risque. Cible première de l'épidémie du Sida au début des années 80, la population gay a développé une perception particulière de l'abstinence. De cette expérience, Didier Lestrade, co-fondateur d'Act Up, tire un témoignage rendant compte du caractère éminemment polémique de l'abstinence, à la fois arme privilégiée des réactionnaires et simple choix de vie.

De l'abstinence « forcée » à l'abstinence comme choix

C'est un fait pratiquement oublié de l'histoire du Sida. Au milieu des années 80, quelques années après la découverte du virus, beaucoup de personnes ont traversé une période plus ou moins longue d'abstinence. Alors que la même période voyait une explosion de la sexualité dans les pays occidentaux, le sida a provoqué une déflagration de peurs liées à cette sexualité libérée. Les incertitudes populaires sur les modes de contamination du VIH étaient alors telles qu'une proportion non négligeable de gays a réduit le nombre de ses partenaires. Certains arrêtaient même toute activité sexuelle. Ils le disaient parfois, ils le cachaient le plus souvent. Cette nou-

velle épidémie, sans traitement, provoquait un mystère si profond que l'instinct de survie étouffait toute libido. D'autres tentaient d'oublier à travers le sexe. Les malades du sida décédaient à cause de maladies inconnues, d'infections opportunistes qui, d'habitude, touchaient les chats, les poissons, les animaux de compagnie. Les symptômes étaient tous effrayants : démence, perte de vue, cancers de la peau, amaigrissement extrême. Ceux qui étaient témoins de ces souffrances rentraient chez eux avec une promesse : surtout pas moi.

Les comportements liés à l'abstinence ont donc connu une résurgence dans les années 80, quand on pensait déjà qu'ils appartenaient au passé. Dans la communauté gay, certains

¹ Didier Lestrade (didierlestrade.blogspot.com) est co-fondateur d'Act Up-Paris (1989) et Têtu (1995). Il est aussi séropositif depuis 1987. Engagé dans le travail inter-associatif sur l'information médicale en direction des personnes touchées par le VIH durant les années 90, il s'est tourné vers la prévention gay depuis dix ans.

groupes proposaient l'abstinence comme une prolongation de l'esprit New Age. Les livres de Louise Hay avaient beaucoup de succès. L'idée holistique (le corps, l'âme et l'esprit ne font qu'un) a bénéficié d'un écho réel car cette sublimation de l'érotisme était une possibilité face à la peur causée par le corps humain, ses urgences, ses fragilités. Et puis, bien sûr, l'idéologie religieuse s'est vite emparée du Sida et à travers lui, toute la sexualité moderne. Les groupes conservateurs ont vu un symbole dans l'apparition de cette maladie. A cause du sida, les religions et certains Etats à travers le monde ont durci leur ton en adoptant des programmes faisant de l'abstinence la pierre angulaire du self control. L'Eglise a condamné le préservatif. Le danger sexuel a dès lors pris une dimension mondiale. Dans les pays en voie de développement, les gouvernements se sont servis de l'abstinence comme arme principale pour affronter le sida. Les programmes d'accès aux soins et de prévention ont pris un retard catastrophique.

Avant de revenir sur ce point, il faut tout de suite établir une idée simple. Techniquement, l'abstinence peut, bien sûr, protéger. C'est un fait mécanique : le temps que vous passez à vous abstenir de participer à une activité risquée ou « dangereuse » vous protège, forcément, des risques encourus à travers cette activité. Il est donc possible d'accumuler un laps de temps pendant lequel, en effet, il ne vous arrive rien de mal. Mais pendant que l'on se ronge les ongles parce qu'on s'empêche de monter sur une chaise pour atteindre le proverbial pot de confiture, la frustration s'accumule. C'est le cas d'école de la prévention du sida et des MST. Il existe souvent un effet rebond. Dans la sexualité comme dans tout ce qui peut provoquer un risque ou une dépendance parce qu'il y a du plaisir à la clé, on sait que plus l'abstinence est longue et plus grand est le risque de rechute. C'est ce qu'on appelle le *relapse*. Ce phénomène a été central dans la prévention gay des dix dernières années, avec toutes les polémiques que cela a déclenché en matière de moralité et d'engagement associatif. Si je peux me permettre

Minorités.org

Didier Lestrade écrit régulièrement pour le site www.minorités.org. Fondé en 2002, Minorités.org est à la fois un hebdomadaire d'enquêtes et d'analyses et une agence de presse. L'équipe qui l'anime se réunit, au delà des divergences de parcours et d'opinion, autour d'une conviction : les minorités et le traitement qui leur est appliqué, les discours qui les définissent, les exclusions et discriminations dont elles font l'objet offrent une photographie des sociétés dans lesquelles elles évoluent. Au quotidien, l'Agence livre un suivi factuel de l'actualité sociale et politique. Chaque semaine, la Revue confronte idées, analyses et commentaires. Grattant le vernis des oppositions et catégories – la majorité, la minorité, la norme, la marge – Minorités.org abordera aussi bien les questions sociales et économiques, que politiques, sexuelles ou religieuses.

d'être trivial, au niveau gay, c'est même un « personnage ». On connaît tous un homosexuel qui s'est retenu pendant longtemps et qui, à la première occasion, se déchaîne dans une sexualité ou une prise de risque qu'il cherchait à contenir.

La deuxième chose qu'il est important de signaler, avant de relever la signification politique et sociétale de l'abstinence, c'est admettre qu'il ne s'agit pas d'un comportement rare, réservé à des illuminés religieux, à des coincés du cul, à des « mal baisés ». Sur ce point, je suis assez différent de la pensée associative en général. L'abstinence ne me fait pas crier, les bras en l'air, comme si c'était la chose la plus absurde au monde. L'abstinence, sous ses aspects les plus divers, concerne en fait tout le monde. C'est un système de protection très répandu. Les gens passent des périodes plus ou moins longues à s'abstenir de quelque chose. Le régime alimentaire est en soi une abstinence. Ceux qui ont une passion pour le chocolat s'empêchent de se promener dans les rayons de supermarché où le

chocolat règne en maître. Ils savent qu'ils vont craquer, donc ils n'ont pas envie de se trouver dans une situation de tentation. De même, beaucoup de personnes, parfois sans le savoir, passent des mois sans avoir de relation sexuelle. Cela paraît irréel pour certains. Mais cela peut arriver à tout le monde, même à ceux qui n'ont pas de complexes sexuels ou de difficulté particulière pour trouver un ou une partenaire. La vie, en général, trouve de nombreux moyens d'interférer avec nos goûts, nos passions, nos projets, notre temps.

Mon point de vue est que l'abstinence n'est pas toujours une attitude voulue (par conviction) ou subie (par peur). Parfois c'est le résultat tout bête de la vie : vous n'avez trouvé personne avec qui vivre le sexe, l'alcool, la drogue, la bonne bouffe, le risque. Vous êtes abstinent car vous êtes tout simplement seul.

Je peux en témoigner d'une manière très franche. J'ai même écrit un livre sur ça. Il y a 7 ans, je suis parti de Paris pour vivre à la campagne et j'ai passé presque 5 ans sans avoir une relation sexuelle. Si on m'avait dit, un jour, que je passerais 5 longues années de ma vie sans relation sexuelle, je ne l'aurais pas cru. Pas un moment ! Je me serais carrément moqué de celui ou celle qui m'aurait dit une telle idiotie. Ou je me serais mis en colère devant une telle prédiction.

Pourtant, c'est ce qui s'est passé. Je ne l'ai pas voulu, je ne l'ai pas cherché. Mais je me suis dit : « Si ça doit arriver, ça arrivera. Sinon, j'ai autre chose à faire ». Dans mon cas, au niveau sexuel, c'est arrivé à un moment dans ma vie où je voulais être seul et avoir une totale liberté de mon temps pour me consacrer complètement à mon plaisir de vivre à la campagne. Mais je dis cela parce que très peu de gens admettent avoir traversé une période (ou qu'ils traversent encore) pendant laquelle ils n'ont touché personne. Personne ne les a touchés non plus. Cinq ans, c'est une période incroyablement longue. Mais c'est relativement court quand vous comparez ce temps à une vie entière.

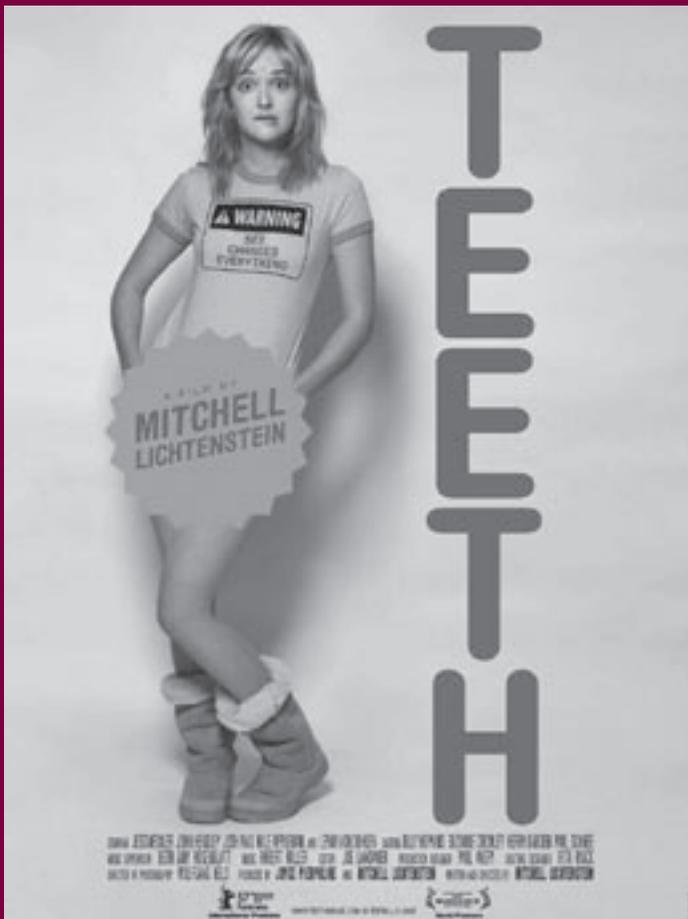
L'abstinence ou la polémique du risque

L'abstinence est donc une parenthèse imposée face à des forces qui sont beaucoup plus puissantes que le caractère humain. Le sexe, comme les drogues, le jeu ou la vitesse, présente des fonctionnements proches de l'ivresse, l'hypnose, la transe. Ce sont presque toujours les mêmes endorphines qui sont stimulées. Dans la prévention du Sida, il faut désormais prendre en compte la consommation de plus en plus courante de drogues récréatives pendant le sexe. C'est un autre statut social, qui ajoute de l'ivresse dans le fait de ne plus se contrôler face à un risque de contamination. Plus on consomme de drogue, plus on drague sur Internet et plus grands sont les risques de contracter le VIH, une hépatite ou une IST. Ce sont des co-facteurs d'exposition.

Dans la sexualité, il serait finalement peu question de l'abstinence si la modernité de notre style de vie n'avait pas contribué à une augmentation des risques : Sida, IST ou grossesses non voulues chez les adolescents. Ce n'est pas un sujet de regret, c'est un fait : depuis trente ans, nous voyageons plus, nous consommons davantage, et ce changement encourage naturellement la multiplication des expositions - on le voit actuellement avec la grippe A (H1N1). C'est cette modernité qui est attaquée par les droites religieuses, notamment aux Etats Unis, après deux mandats successifs de George Bush, alors que ce pays est un des champions de cette culture de la consommation. Ces politiques ont un effet sur la société américaine, mais aussi partout où l'Amérique a de l'influence. La moralité américaine fait intégralement partie de son *package* impérialiste. On l'a vu dans les programmes d'aide contre le sida, où l'abstinence a été au cœur des stratégies de protection imposées dans les pays en voie de développement par les Américains. Il y a derrière le concept religieux de l'abstinence une idéologie traditionnelle réactionnaire qui se méfie fondamentalement du plaisir et de la

Le lobby de l'abstinence

Récemment, le cinéma indépendant américain nous offrait l'occasion d'une bonne tranche de rire et quelques frissons avec l'ovni cinématographique *Theet*. Le film s'attaquait à l'un des plus saillants symptômes du retour en force de l'ordre moral à l'œuvre aux Etats-Unis : la promotion de l'abstinence sexuelle avant le mariage. La jeune Dawn, héroïne du film, milite avec ferveur pour la protection de la virginité dans les écoles de sa région. A l'attention des jeunes lycéennes, son discours se résume en une phrase : « *Protégez votre trésor !* ». Il n'est toutefois pas certain que le trésor de cette blonde angélique soit un cadeau pour celui qui finira par le découvrir... En effet, cédant inévitablement à la tentation, Dawn découvre, terrorisée, le pouvoir carnassier de son vagin denté qui se vengera des malotrus qui oseront franchir le seuil de son « temple sacré ». Autrement dit, par un astucieux principe de renversement *Teeth* s'emploie à transformer la ceinture de chasteté en guillotine et met ainsi en relief toute la monstruosité générée par le refoulement des plaisirs charnels.



C'est que la réalité est à la hauteur de la fiction. Au pays de l'oncle Sam, rares sont les Etats échappant encore à la pression des puissants lobbys protestants de l'abstinence qui ont, depuis longtemps, étendu leur influence bien au-delà des prédicateurs évangélistes fondamentalistes et de leurs fidèles illuminés. Sous la présidence du très croyant George W. Bush, un budget de 15 milliards de dollars a ainsi été débloqué pour un programme de cinq années destiné à promouvoir l'abstinence. Officiellement, il s'agissait de lutter contre la propagation du Sida. Parmi ces groupes de pressions déguisés en sages officines d'aide publique, le mouvement Silver Ring Thing (La Bague de virginité) tient le haut du pavé. A l'instar de la jeune Dawn, tous ses membres sont censés porter fièrement un anneau d'argent. Une visite sur le site (<http://www.silverringthing.com/>) révèle la nature du militantisme de ce redoutable lobby qui rêve d'une société où « *l'abstinence redeviendrait la norme plutôt que l'exception* » et où « *les pécheurs pourraient retrouver une seconde virginité* ». Dans ses vastes shows, accueillis dans de nombreuses écoles à travers tout le pays, le mouvement présente même ses propres groupes de rock et de rap. L'Europe est en ligne de mire. Ainsi, au Royaume-Uni, le site Celibrate (<http://www.celibrate.org/>), censé être une plate-forme réservée à ceux qui ont choisi « *la chasteté ou la virginité pour des raisons qui leur sont propres mais positives* », présente un guide pour surmonter la confusion pouvant résulter d'un divorce du sexe. Le site s'ouvre sur un rassurant slogan : « *No sex ? So what !* » (« *Pas de sexe ? Et alors !* »). Parmi ses « *bonnes raisons de vivre sans sexe* », il énumère le risque 0% de grossesse et de MST, pouvoir sortir avec des personnes du sexe opposé (sic) sans la pression et le malaise liés au sexe ou la certitude d'être aimé pour ce qu'on est, et non pour ce qu'on peut offrir sexuellement. Celibrate est aussi en mission pour que l'asexualité soit reconnue comme une orientation sexuelle à part entière, au même titre que l'hétéro ou l'homosexualité. Le prêche de l'abstinence ne semble toutefois pas très efficace. Selon une récente étude des universités de Yale et Columbia, les adeptes du « *vœu de chasteté* », porteurs de bagues ou non, renoncent à 88% à leurs promesses et auront des rapports sexuels avant le mariage – avec un taux de risque exactement égal à celui des autres adolescents face aux maladies sexuellement transmissibles.

liberté. Les religions partent toutes du même constat : la sexualité, en soi, est dangereuse, donc il faut limiter son usage au maximum. L'idée est de réduire le risque lié à la tentation. Et surtout, c'est une manière d'appliquer des concepts à des peuples sans se soucier des effets catastrophiques qu'ils peuvent entraîner. L'abstinence a rarement été utilisée pour libérer un peuple (Gandhi et la désobéissance civile, c'est autre chose). C'est pourquoi l'idée même de l'abstinence suffit pour réveiller les libertaires et une grande partie des forces de gauche. Cet angle politique est important quand on évalue la complexité de l'idée même de s'empêcher de faire quelque chose de risqué. Dans la prévention gay, je fais partie d'une catégorie d'activistes qui a la triste conviction que nous pourrions faire des campagnes de prévention mieux faites, plus ciblées, si les associations de lutte contre le sida ne se trouvaient pas si timides dans leurs messages, de peur de stigmatiser. Vingt-cinq ans après le début de l'épidémie, nous devrions avoir moins peur de choquer.

L'abstinence est donc un terme très polémique. Il suffit de mentionner le mot pour lancer des débats. Parce que tout le monde sait que c'est un comportement qui génère beaucoup de souffrances et de frustrations. S'abstenir de quelque chose n'est donc pas si noble. Paradoxalement, s'il ne s'agit pas d'une décision qui est imposée par les autres ou la société, c'est une perte de liberté. En période de crise, comme celle que nous vivons, l'abstinence fait partie d'un stress global, consécutif d'une perte de confiance. Cet élément de confiance est fondamental dans la prévention des maladies contagieuses. Si on ne fait

pas confiance à son partenaire, il peut être judicieux de s'abstenir.

L'abstinence est polémique, enfin, parce que nous nous abstenons tous de quelque chose, parce que nous savons que c'est dans notre intérêt. Rien n'est simple. Nous nous abstenons de boire trop parce que nous avons quelque chose d'important à faire le lendemain. Nous nous abstenons face à une offre de drogue parce que nous décidons, objectivement, que ce n'est pas la bonne soirée. Nous nous abstenons de faire de l'escalade parce qu'on a le vertige. Nous nous abstenons devant un risque et un danger que nous jugeons trop ingérable. Dans la prévention, c'est un élément de motivation qui a été relativement peu testé dans les campagnes d'information, et pourtant chacun peut s'identifier à ce sentiment. C'est celui que l'on teste dans tous les films d'action, les thrillers, les films d'horreur ou tout ce qui stimule les « émotions intenses » dans la publicité et la culture. C'est une mesure du contrôle. Dans cette culture moderne, qui va très vite, avec des bouleversements rapides à l'échelle mondiale ou dans la révolution des communications à l'intérieur du portable que nous portons sans cesse au creux de notre main, l'abstinence va être proportionnelle aux offres illimitées qui nous seront présentées, tous les jours. L'écologie est une forme d'abstinence et l'opinion publique se montre prête à faire des choix qui pourraient réduire la destruction des ressources de la planète. Et la lutte contre le sida, celle des pays pauvres comme celle des pays riches, fait partie de cette écologie. Il faut assumer les conséquences de ses actes. ■

Un trimestriel pour interroger sous des regards différents les thèmes liés aux usages de drogues, la promotion de la santé et les politiques et pratiques sociales en matière de jeunesse.

Retrouvez tous les numéros sur le site :
www.prospective-jeunesse.be/cahiers

Prospective Jeunesse

Drogues
Santé
Prévention

Milieux de vie

- Famille et parentalité (nos 22-24-42-43-44-49)
- L'école (nos 3-4-6-25-29)
- La fête (n° 35)
- Le monde du travail (n° 26)
- La prison (nos 13-16-40)

Contextes d'usage

- La loi et la répression judiciaire (nos 1-2-38)
- Pauvreté, marginalité et exclusion (nos 11-12-36-37)
- Culture et consommation (nos 5-17-30)

Produits et leurs effets

- Plaisir (nos 7-8-9-10)
- Dépendance (n° 39)
- Drogues de synthèse (nos 14/15)
- Cannabis (nos 18-20-21)
- Alcool (n° 32)
- Tabac (n° 33)
- Alicaments (n° 19)
- Ordinateur (n° 47)
- Amour (n° 48)

Pratiques professionnelles

- Promotion de la santé (nos 31-34)
- Pratiques de prévention (nos 31-50)
- Réduction des risques (nos 27-28)
- Représentations (n° 46)
- Secret professionnel (n° 23)
- Travail en réseau (n° 45)
- Soins aux usagers (n° 41)

ABONNEMENT ANNUEL
Frais d'envoi compris

	Belgique	Autres pays
Institution	24 €	28 €
Particulier	20 €	24 €
Etudiant	15 €	20 €

Prix au numéro :
7 €

Numéro de compte bancaire :
210-0509908-31

FORMULAIRE D'ABONNEMENT OU DE COMMANDE AU NUMÉRO

Institution :
Nom :
Prénom :
Téléphone :
Courriel :

Adresse de livraison
Rue et n° :
Code Postal :
Ville :
Pays :

COMMANDE

Abonnement pour l'année ... Institution Particulier Etudiant

... numéros (détails à préciser au verso)

Souhaitez-vous une facture : oui non

Date : Signature :

Prospective Jeunesse

Drogues
Santé
Prévention

52

Numéro double – janvier et mars 2009

Prospective Jeunesse, Drogues-Santé-Prévention
est un trimestriel lancé en décembre 1996.

Lieu pluridisciplinaire de réflexion, de formation et d'échange d'expériences,
d'idées, de points de vue, cette revue interroge sous des regards différents
des thèmes liés aux usages de drogues, à la promotion de la santé
et aux politiques et pratiques sociales en matière de jeunesse.

Pour consulter les sommaires des numéros paru ou contacter l'équipe de rédaction,
visitez le site : www.prospective-jeunesse.be/cahiers



Avec le soutien de la Communauté Wallonie-Bruxelles
(Communauté française de Belgique),
et de la Commission communautaire française
de la région de Bruxelles-Capitale.

