

Médecine et addiction, les liaisons dangereuses ?

Parler de médecine sans être médecin est un exercice bien périlleux. Alors pour me rassurer, j'ai relu le livre de Jean Clavreul sur « L'ordre médical ». Sa distinction des discours du maître, de l'universitaire, de l'hystérique et de l'analyste permet d'évacuer le stérile débat sur le pouvoir médical ! Comme si les médecins seuls avaient un problème avec le pouvoir ! Quant à écrire sur la médecine, c'est d'une « parfaite inutilité », celle-ci se caractérisant « d'être une pratique indifférente à ce qu'on en dit ». Il ne sera donc question ici ni de pouvoir ni de médecine, mais de réponses à l'usage et d'usage des réponses, y compris médicale.

Pourquoi l'usage, alors qu'aujourd'hui, cette question disparaît d'un débat public que dominant peur et colère suscitées face à la violence d'un immeuble squatté par des dealers au Trambly, de la succession de règlements de compte à Sevran, la Courneuve et ailleurs ; la violence, encore, avec la mort d'un jeune homme rentrant d'un apéro – géant. Chaque société a ses craintes, épouvantes et barbaries, mais dans nos sociétés médiatiques, ce qui est montré occulte ce qui est caché : il s'agit moins de drogue que d'un irrépressible appétit d'argent, au service d'un appétit de consommation encore plus effréné ; moins d'une envie d'alcool que d'un besoin d'être ensemble, capté par le grégaire, accentuant nos passions de l'excès et l'ivresse. Abordée à travers ces violences, la question du danger des substances rend peu contestable réponse judiciaire et sanction pénale.

S'intéresser à l'usage ouvre d'autres perspectives. Fuir la conscience de soi est profondément humain, comme écarter la douleur, augmenter le plaisir, décupler la performance, modifier le sommeil. Des substances chimiques le permettent sur commande, réduisant l'ambition nietzschéenne du dépassement de soi à un accroissement mécanique de capacités, tels ces conducteurs de camions US qui, sous amphétamines, refont le coast to coast des pionniers sans presque s'arrêter ! Surhumain équivaut à excès, et l'on sert le dieu de la performance. Dans le même temps, l'industrie excelle « à trahir nos sens avec une panoplie de produits et de services, puis à nous en vendre d'autres pour parer aux dommages, ce qui fait que nous pouvons continuer à consommer toujours d'avantage de ce qui nous a nui » (Courtwright). Ainsi reformulé, le danger des substances sollicite la médecine pour séparer bonne et mauvaise chimie et gérer des abus plus liés aux modes de vie qu'à autre chose.

S'intéresser à l'usage, c'est aussi constater qu'il ne soigne pas, au sens de rétablir l'état normal, mais substitue un régime de pensée à un autre, une sensation à une autre. Dans la vie quotidienne, l'usage c'est un joint ou un verre après chaque stress, ou seulement chaque soir, pour évacuer la journée, ou mieux encore, uniquement en fin de semaine. Dans la tradition médicale, le médicament n'est lui pas prescrit pour dispenser du plaisir mais pour diminuer la douleur (Rosenzweig, 40), le « plaisir » addictif ne peut résulter que du soulagement d'une douleur physique ou d'un « trauma ics » ce qui orientera les traitements aux dépens d'autres usages sporadiques, hédoniques ou anxiolytiques.

Répondre par la loi au danger social, par la médecine au dérèglement des usages, par la psychothérapie à la substitution psychique. Voilà le cadre où se nouent les dangereuses liaisons loi et médecine, addiction et violence, thérapie et risque, soins et prévention... La loi de 1970 créa ce dilemme il y a 40 ans : pénalisant un usage conçu comme un fléau social, elle fit de l'usager un délinquant et du statut de malade un refuge. Dès 1994 l'anitea en réclamait la refonte par la voie d'Alain Morel, alors son président. En 2004, la loi de santé publique qui l'abroge en maintient la pénalisation de l'usage au nom de la lutte contre maladie et

dépendance. En 2007, la loi de prévention de la délinquance, plus centrée sur la lutte contre les nuisances publiques que sur l'usage, ajoute d'autres mesures. L'interdit est là, inchangée feignant d'ignorer qu'en « abandonnant son rôle régulateur pour inciter à l'usage, notre société pousse à l'extrême le paradoxe de promouvoir ce que dans le même temps elle réprime » (Couteron, 2009). Il faut donc toujours montrer la stérile inégalité entre usage légal et illégal, décrire les conséquences, de la violence du trafic à l'arbitraire de bien des interpellations, rappeler que l'interdit éducatif ne saurait se confondre avec réponse judiciaire. Nous continuerons de le faire, mais en attendant, essayons de répondre à cet usage dont personne ne semble vouloir s'occuper !

UNE CULTURE ADDICTOGENE

Nous avons pu parler de société addictogène, associant estompage des contenants collectifs à exacerbation du sensoriel et du pulsionnel. David Le Breton décrit le passage d'un individualisme de la liberté qui préservait le lien social à un individualisme de la marchandise qui affaiblit les contrôles collectifs tandis que Gilles Lipovetsky oppose « la désagrégation des encadrements collectifs » à la « démultiplication des modèles d'existence... » (Lipovetsky). La dynamique d'individualisation a détruit les ancrages communautaires et atomisé le social, accentuant l'insécurité identitaire et le besoin de s'identifier à des communautés particulières, ethniques ou religieuses pour y recréer de l'appartenance. Des bandes aux communautés du cyber espace, des apéros géants aux journées « sans écoles », les nouvelles « grégarités » se multiplient dans cette société «supermarché » et peinent à contenir « le ressentiment, la haine de ceux qui ne peuvent se servir à leur guise dans les travées » (20, Breton et Le Breton). D'autant que l'hédonisme, le surchoix consommatoire, un progrès technique qui après avoir remplacé l'effort physique se substitue à l'effort psychique et promeut de plus en plus le virtuel, ont renforcé le « dérèglement de soi » d'un individu de moins en moins armé pour résister aux sollicitations externes et impulsions internes (64, la culture monde). Au regard de l'addiction, ce qui inquiète, c'est bien cette mise à mal de l'individu contrôlé, autonome et responsable, apte à traiter les signaux d'alerte et à utiliser le temps de récupération qui suivent chaque expérience d'usage et dont avec A. Morel nous rappelions le rôle clés dans une gestion maîtrisée des substances (Morel,). C'est donc sur un double versant de l'éducation et du soin que nous devons avancer nos réponses.

PREVENTION, CONTROLE SOCIAL ET AUTONOMIE PERSONNELLE

Sur ce premier versant, notre interrogation sur la place de la médecine se reformule dans une réflexion sur le type de contrôle, individuel et social, apte à répondre à un contexte aussi déstructurant. Si poser des limites s'impose, notamment pour que l'individu ne se considère pas « comme le centre d'un monde réduit à la satisfaction de son seul bon plaisir » (JP Jacques), les modalités en sont incertaines : rôle de la loi, des approches médicales et thérapeutiques, de l'éducation et de la RDR. Philosophie et religion ont longtemps contenu l'expérience d'usage cherchant à donner sens aux passions par le langage, la parole. Au XX siècle apparaît un contrôle social technique et bio - technologique et le XXI annonce le règne des nouvelles technologies et des psycho-pouvoirs.

Nous devons peser le risque qui en découle d'éloigner encore plus l'homme de l'humain, affaiblissant d'autant la maîtrise d'expériences addictives dans une société qui en ouvre de plus en plus tôt les portes à des enfants de moins en moins préparés, éduqués. L'actuel contrôle social propose trois logiques.

Celle de la loi limite ou interdit l'usage pour protéger la personne et la société. Elle met en avant l'effet d'intensité et d'instantanéité de la chimie « moderne » qui serait trop puissant pour être géré par le sujet. Alors pourquoi pénaliser le cannabis plus que l'alcool (Danet)? Autre argument, une trop forte pluralité de styles de vie rendrait la société ingouvernable

(Carrier, 2008), mais alors, il faudrait pénaliser l'argent fou, l'hyper-consumérisme, une certaine culture du marché qui « apparaissent bien souvent comme des forces ruinant les valeurs qui faisaient socle commun » (Lipovetsky). Si en matière de drogues illicites la normalisation pénale peine, c'est qu'elle fait de l'abstinence la norme d'une société où la norme est la consommation de masse (Rosenzweig). Si nous sommes en difficulté pour encadrer l'usage, c'est que nous voulons faire du contrôle et de la modération la règle dans un société de l'excès et du sans limite, et qu'à la sévérité de l'état face à l'usager répond sa faiblesse face aux lobbies industriels (publicité pour l'alcool sur internet) et bancaire (secret bancaire et blanchiment de l'argent). Alors tandis que l'on se bat violemment, non à cause des effets de la drogue, mais pour ses parts de marchés, tandis que le commerce déploie ses séductions marketing, l'inégale pénalisation de l'usage d'une société de l'hyper-usage décline l'interdit éducatif et le contrôle de l'expérience et des agir.

La logique thérapeutique aborde l'usage comme le symptôme d'un mal à corriger, indifféremment logé dans le corps, la psyché ou la société. La médicalisation de l'existence traite par une molécule un état qualifié de pathologique, même s'il résulte de conditions sociales particulières (stress, obligation d'hyper performance). Du seul fait qu'un médicament le soigne, il devient une maladie du corps. L'évolution du DSM interroge sur le rôle de l'industrie pharmaceutique dans cette annexion progressive d'états naturels ou culturels (Lane.), mais il faut aussi faire place à cet « appétit qu'à l'homme pour l'expérimentation avec lui-même » (Amphétamine, 68) et au contexte économique et sociétal (éclosion de casinos, légalisation des jeux d'argent en ligne, emprise des compagnies d'alcool ou de tabac). Si la médicalisation ouvre un espace de solidarité, d'écoute et d'entraide, les usagers étant moins stigmatisés, elle limite les choix du processus de décision qui « représentent justement la pierre angulaire des forces du changement personnel et sociétal » (Suissa).

La troisième logique est la réduction des méfaits. Réaliste, praticable et mesurable, elle privilégie au nom du pragmatisme les risques quantifiables et physiques, sur les axes de la santé et de la sécurité publique. Elle déploie une technologie de préservation des corps, de gestion des usages et de pacification des espaces publics. Ses résultats positifs sont connus, baisse des OD, des contaminations. Au nom de l'humanisme, elle vise l'épanouissement de la personne et se situe dans la perspective de le faire évoluer l'usage. Mais attrayante politiquement, car écartant la conception d'un usage qui « témoigne de quelque chose », que le décideur n'aime pas, elle peut être réduite à une approche mécanique, évitant de rencontrer l'intime de l'usager et de le confronter au changement possible. Elle se voit alors accuser de créer des ghettos, d'être un abandon de l'intentionnalité de soin par ceux-là même qui, en lui refusant la possibilité de s'intéresser à l'usage, l'ont paradoxalement limitée.

Ce contrôle social se déploie sur fond d'une évolution comparable de la santé publique. Née du souci des épidémies, elle va s'intéresser aux risques des styles de vie (usage de substances, manque d'exercice physique, exposition au soleil). La santé « n'est plus un droit individuel, elle devient un devoir » qui nécessite de faire les « bons choix » (Bergeron,) et donc d'éclairer les décisions des personnes. La lutte contre les épidémies prévoyait de simples mesures contraignantes, les nouvelles politiques s'adressent aux compétences auto réflexives du citoyen autonome et responsable pour transformer ses comportements (Berlivet). Deux facteurs essentiels sont négligés : le plaisir qui motive et ou résulte de l'expérience d'usage ; l'impact du sociétal et des inégalités sociales. Les inégalités de santé ne sont pas qu'une formule, conditions socio-économiques et solidarités collectives orientent croyances et motivations des comportements, ce qui explique que les populations défavorisées privilégient l'acquisition de biens plus matériels ou symboliques que la santé. Le contexte sociétal,

plaisir/bonheur par surconsommation et sacralisation de la réalisation immédiate des désirs, disqualifie les valeurs qui fondent les campagnes de prévention et d'informations. Claude Javeau moque cet individu prétendument autonome, jouet de la marchandise et d'une consommation de masse, pas plus en harmonie avec les notions de responsabilité et modération que la culture du jetable ne l'est avec celle du durable. Et le rapport du Centre Analyse Stratégique, tout en montrant les améliorations possibles grâce aux neurosciences des messages de prévention, relativise l'appel à la responsabilité individuelle qui ne peut s'exercer que « lorsque l'environnement s'y prête ». Il invite à repenser l'équilibre actions éducatives/modifications de l'environnement.

Entendons nous bien, ces trois logiques sont nécessaires, mais chacune contient un potentiel de « déqualification de l'homme » qui renforce ce qu'elle veut combattre : la loi en plaçant l'interdit à la place de l'auto - contrôle et non en soutient, la médicalisation en répondant par la chimie au dérèglement social ou sociétal, la réduction des dommages en étant limitée à la gestion quantitative des comportements. Education et prévention restent délaissées, oubli dangereux au regard des mutations technologiques et culturelles et de l'incitation à consommer du marketing et des médias. En 2011, plan addiction et plan gouvernemental vont se terminer, il est temps d'en préparer les suites en y mettant la prévention comme un des objectifs premier, s'ouvrant enfin aux évolutions nécessaires que sont intervention précoce, éducation préventive, approche expérientielle et autres actions en milieu festif ; dépassant un dispositif trop centrée sur la maladie pour s'intéresser aux conditions de l'éducation d'un homme contrôlé, responsable et autonome. La MILDT, comme vous l'aviez promis, Mr le président, s'est mobilisée pour assurer le meilleur transfert possible des CDO Santé-justice à l'assurance maladie, et je vous en remercie. Mais la fin des GRSP, l'état actuel du financement de la prévention, le flou persistant sur son pilotage, même si les récents directeurs des ARS ont dans beaucoup de région su recevoir rapidement nos représentants, continuent de nous inquiéter. Voilà la première limite que nous souhaitons proposer entre médecine et addiction : qu'elle ne soit pas substituée à l'éducation et à la prévention.

LE SOUCI DES AUTRES ET LE SOIN

Sur l'autre versant, là où le cycle de l'addiction a inexorablement creusé l'ornière de la dépendance, le rôle de la médecine est plus naturel : soulager la souffrance et dénouer le lien de dépendance. Mais il ne faut pas se contenter de séparer l'utilisateur du produit par le sevrage, traiter les pathologies induites ou associées, réduire le risque spécifique de tel ou tel comportement, soigner doit aussi contribuer au rétablissement des compétences de contrôle, d'autonomie et de responsabilité en faisant évoluer des styles de vie qui sont pour beaucoup dans le développement des nouveaux modes d'usage. C'est ce que souligne le rapport 2009 de l'OEDT qui met en avant le manque d'accompagnement social de trop de traitements.

Cette ambition nous conduit à revisiter nos pratiques à l'aide de trois notions.

D'abord les capacités éthiques de Paul Ricoeur : pouvoir de dire, pouvoir d'agir et de faire, pouvoir de rassembler sa vie dans un récit intelligible et l'imputabilité au sens de la responsabilité. Elles démontrent combien le lien à l'autre est constitutif tout à la fois de la condition humaine et de sa précarité ontologique et sociale. Nos vies sont exposées aux épreuves existentielles, accident ou maladie dont Canguilhem disait qu'elle « précarise l'humain », l'exposant à l'expérience de la dépendance par perte de l'autonomie d'agir. JP L'Homme dans l'introduction qu'il a écrit pour le travail que l'anitea conduit sur les TSO avec l'aide de la DGS, parle d'« une situation d'insécurité individuelle résultant de plusieurs types de précarités. Précarité économique, précarité sociale et citoyenne, précarité sanitaire avec méconnaissance des filières de soins, mais aussi précarité psychologique allant de la

simple mésestime de soi jusqu'à la désaffiliation... ». Si notre société hésite sur leur origine, faute de la personne ou dysfonction du social, faiblesse du fumeur ou responsabilité de l'industriel, notre travail quotidien ne laisse aucun doute sur l'impact du désarrimage social : il ouvre sur l'abus et l'excès, annihile l'agir et complique la guérison. Renouer ce lien à l'autre que l'expérience addictive a pu absorber va rester essentiel.

Mais sous peine de devenir une injonction moralisatrice et stérile, ce lien doit respecter le contexte social et sociétal comme le permet le concept de « capabilité » de l'économiste indien Armatya Sen. Cette deuxième notion définit les moyens nécessaires à une vie humaine digne et à son accompagnement : moyens de vivre jusqu'à la fin d'une vie d'une durée normale ; moyens de jouir d'une bonne santé ; moyens de se déplacer, d'imaginer, de penser. Ces « capabilités » n'imposent ni une conduite de vie unique, dogmatique, ni une culture de l'assistanat, mais précisent un seuil indispensable. C'est cela qui justifie la mobilisation de l'ANITEA pour une offre différenciée, entre hébergement social et réponses à l'exclusion, soin résidentiel et hébergement thérapeutique, insertion et suivi psychothérapeutique. C'est cela qui nécessite que l'un ne substitue pas à l'autre, que l'une ne s'impose pas à l'autre.

Enfin, venant comme un liant entre exigence éthique et réalité économique, le « care » et sa fonction modelante. Sous forme d'un soin vital adossé à la vulnérabilité corporelle ou mentale des débuts de la vie, le care introduit au monde social. Ses liens d'attachement sont reconduits tout au long de la vie, comme autant de boucles de dépendance somatiques, sociales et psychiques dont Philippe Jeammet a pu faire un des creusets des addictions, selon qu'ils sont ou non sécurisés. Mais il est depuis quelques semaines au centre d'un tel débat politique, notamment entre la première secrétaire du PS et la secrétaire d'état à l'économie numérique que j'ai hésité à en parler. L'ANITEA avait pourtant dès 2008 ouvert ce débat en travaillant les pratiques professionnelles et la place de la famille, le holding, counselling, coaching et programmes éducatifs « parents », comme autant de pistes du prendre soin, du souci de l'autre dont certaines se retrouvèrent dans les assises sur la parentalité récemment organisées par la MILDT et l'INPES. JM Delile, Myriam Cassen et Frédéric LaBelle avaient présenté les groupes multi-familiaux, Alain Morel et l'ARPAE développent l'éducation expérientielle. Et l'an dernier, nous invitons Bernard Stiegler, dans le droit fil de son livre « Prendre soin de la jeunesse », à parler d'une éducation pour grandir parmi les addictions. Conforter le care ne serait-il pas plus efficace que la sanction rétrospective des défaillances éducatives, type retrait des allocations familiales. Anticiper la perte du modelage « naturel et communautaire » des comportements que produit la déconstruction du lien social ne serait-il pas plus adapté que de confier la fonction de contrôle à la loi et ou à la médicalisation des émotions, à un « cure » plus restrictif ? N'est-ce pas aussi ce même souci de l'autre que propose le trajet groupal des CT, la même volonté éducative que défendent G. Van der Straten et Trempline, dans le programme « Trajets pour l'insertion des jeunes » ? N'y a-t-il pas aussi un peu de cette attention à l'autre dans ce temps partagé des familles d'accueil qui reçoivent des usagers ?

UNE REPONSE GLOBALE

Puisqu'en complément de la dépendance, l'effet centration de l'expérience d'usage (Morel) vient plus ou moins détruire l'agir autonome et responsable, accentuant d'autant l'attachement au style de vie, c'est en associant chaque fois que nécessaire fonction modelante du care, capabilité et capacité que les pratiques transdisciplinaires vont contribuer à dénouer ces liaisons dangereuses, ouvrant à des liens diversifiés pour mieux éduquer et soigner au regard des effets de dépersonnalisation, d'intensification et sur-stimulation d'une culture de l'hyper qui démultiplie l'usage, ses opportunités et son intensité. Elles proposent un accompagnement

ouvert et confrontant, qui s'est progressivement déployé en réponse à l'abandon par les grands intégrateurs sociaux de leur rôle socialisant. Que se soit par exemple la prévention de la rechute ou un processus d'insertion, le trajet de soin, du premier recours à la guérison, nécessite des étapes. Mais leurs centrations et leurs modes de gestions créent des discordances dans les conceptions du soin résidentiel, l'offre ambulatoire ou le déploiement des outils de RDR qui le transforment en course d'obstacle. Une nouvelle étape d'un plan addiction qui a structuré les soins en trois pôles, ville, hôpital, médico-social, instaurant une filière hospitalière quasi inexistante, pourrait en préciser les complémentarités tout en comblant les vides du dispositif. En attendant, nous devons en définir les principes essentiels.

Le premier principe est l'implication. Accompagner, c'est soutenir la possibilité de changer par une posture de proximité avec la personne aidée. C'est à partir des attaches intimes héritées du care que se développent autonomie et responsabilité. Bien évidemment la psychothérapie y puise sa légitimité, mais aussi d'autres facettes de l'accompagnement qui mettent des acteurs sociaux en lien avec l'intime, dans le rapport à l'habitation, au soin personnel ou aux relations interpersonnelles. La capacité à s'y impliquer ouvre sur cette possibilité non intrusive d'interpeller et de questionner les usages qu'appelait N. Maestracci lors des récents Carrefours de l'addictologie. Accompagner engage dans une relation qui ne fait pas de l'autonomie le fruit d'épreuves dont les échecs stigmatisent d'autant plus injustement l'usager qu'il n'a pas eu les moyens de s'y confronter, mais la relie à l'acceptation de la singularité d'un être, de ses liens et entraves pour ne pas l'exiler de l'intime selon l'expression de Gori.

Deuxième principe, la diversité. A la pluralité des usages et vulnérabilités doit correspondre un éventail de modalités relationnelles et réponses. Education préventive ou éducation thérapeutique, Caarud et consultations jeunes usagers alcool et cannabis, lieux pour souffler ou pour évoluer. L'usager actif ne peut être l'exclu permanent du dispositif ! Un lieu d'accueil épargne certaines épreuves, à commencer celle de paraître dans l'espace public, plutôt que de responsabiliser, c'est parfois nécessaire ! Un projet « housing first » de Sam Tsemberis privilégie le socle logement, il le faut ! Il ne s'agit pas de les opposer, voyant dans une SC une incitation à l'usage ou dans une CT ouvrant sur l'abstinence une condamnation de la substitution, que de les articuler, comprenant qu'elles rencontrent des publics spécifiques à des moments spécifiques, avec exigences et relations d'aide spécifiques, toutes reliées par l'idée de permettre de traverser une période difficile (Cifali).

Le troisième principe invite à ne pas brader notre conception de l'humain. Notre société multiplie les risques tout en voulant éradiquer la notion même de risque. Elle place à l'extérieur de l'homme, dans la loi, la machine ou la chimie, les capacités de contrôle. La tentation est alors forte de réduire l'humain à ses seuls comportements gérables, dans une vaine tentative d'éradiquer passions et angoisses. Opposant psychothérapie et prescription, certains avaient vu dans la substitution un obstacle à la parole, une menace pour l'élaboration psychique. Mais l'enfermement dans un style de vie sont plus néfastes à la parole que bien des prescriptions et JP L'Homme rappelle qu'un cadre trop normatif transforme en inutile épreuve la nécessaire prise de distance avec un style de vie lié aux drogues ou à l'alcool, gestion immédiate du temps, celle autonome du produit et fragilité de l'intentionnalité de soin tandis que Patricia Bouhnik et Sylviane Touzé montrent qu'une conception désincarnée du soin favorise le mésusage du TSO en faussant la rencontre avec le prescripteur. Quant à soigner le manque avec des tisanes, cela conduit plus souvent à la dépendance anxieuse au gourou qu'à la libre parole.

CONCLUSION

Voilà qui invite à ne pas réduire notre travail à ses seuls aspects chiffrés : connaître le nombre de sevrage, de traitements, de consultations et vaccinations, les dépistages VHC et VIH, d'alcootest, de pipe à crack, seringues, nuits d'hôtels, places en soin résidentiel ou en hébergement social est important. Vous participez à ce recensement mais sans vous en contenter. Car le temps relationnel qui l'accompagne, celui du « aller vers et avec » doit aussi être reconnu avant que violence, souffrance et douleur n'en dévoilent la nécessité. D'où le dialogue constructif avec la DGS sur les rapports d'activités caarud ou csapa, pour y éviter toute schématisation de ce « prendre soin » commun. La mesure standardisée ne peut seule définir le rapport à la vérité et si l'univocité du chiffre offre une possibilité d'action adaptée à nos préoccupations de gestion des risques (Beck), tout n'est pas modélisable et testable dans les épreuves d'une vie. Comme l'écrit Avital Ronnel, l'ellipse entre l'épreuve et le réel, annulant ce qui les différencie, risque d'induire une conceptualisation d'un sujet réduit à l'objet du test, pauvre rat de laboratoire. Comprendre les conséquences d'une salle de consommation sur la vie des usagers n'est donc pas moins important que le nombre de seringues échangées si l'on veut qu'elle entraîne changement ; un atelier d'art/thérapie dont l'apport est moins quantifiable qu'une prescription n'en n'est pas pour autant moins utile.

C'est donc bien éduquer l'usage qui importe pour ce bon usage du monde que souhaitons tous. Et cela commence tôt, en équilibrant nos réponses, le Docteur J. Barsony qui vient d'écrire un magnifique livre sur son travail de généraliste avec les toxicos, dit cela de belle façon : les médicaments, « qu'ils s'interposent à chaque bobo, chaque problème entre la mère et l'enfant, et l'élevage réciproque de l'enfant par la mère et de la mère par l'enfant ne saura qu'échouer. Recourir systématiquement à un médecin et à un médicament ... entrave ce double processus d'apprentissage et ouvre la voie à de futures conduites addictives...on arrête pas un médicament pour guérir, on arrête un médicament quand on est guéri, c'est à dire réconcilié avec la réalité, à nouveau animé de désirs» (Barsony)

Face aux nombreux patients VHC, VIH à mieux prendre en charge, aux problèmes de cirrhoses et autres conséquences d'un alcoolisme chronique qui attendent d'être traités, aux crackers et cocaïnomanes, il nous faut saisir l'occasion de l'addictologie pour mieux médicaliser nos équipes sans craindre de trop médicaliser nos réponses.

Mais à voir l'addiction que sur son seul versant maladie, nous délaierions l'éternelle fonction de la culture « limiter la désorientation et permettre l'estime de soi par des activités mobilisant la passion des hommes à se surpasser, à être acteur de leur vie...éduquer et socialiser les hommes en leur donnant des buts. » (Lipovetsky).

En s'insérant dans l'accompagnement transdisciplinaire, à l'exemple des pratiques de réseaux ou de ce que relise les MS, la médecine va contribuer à l'indispensable réappropriation des capacités humaines, sans s'y substituer. Cela nécessite d'ouvrir encore plus les csapa sur les pharmaciens et médecins de ville, de dépasser des clivages qui nous font trop souvent nous réunir et travailler entre professionnels d'un même champ.

C'est sur ce projet, associant des acteurs de toutes les filières dans une conviction addictologique, respectant les spécialités de chacun mais en organisant la rencontre sur un terrain commun au profit de l'utilisateur, que se fonde la nouvelle fédération qui naîtra de la fusion de l'anitea et de la F3A.

Les addictions font partie des passions humaines, parfois tristes et maudites, souvent mystérieuses, elles peuvent aspirer toutes les compétences de l'homme. Alors oui, dans ce monde hypermoderne plus que jamais, faire avec sa passion, son angoisse, cela doit s'apprendre et s'accompagner.

Il ne faut pas lâcher sur notre volonté de préserver l'homme, de lui donner les moyens de ses expériences et passions.

Il ne faut pas céder à un espace social qui met en avant la seule performance, la gloire de la réussite, l'illusion du moi fort, l'humiliation des faiblesses dans un bruit médiatique qui confond réponses à court terme pour protéger de la violence et de la barbarie et réponses à moyen terme pour éviter de produire barbarie et violence.

Oui, nous défendons le droit d'accompagner l'usage, d'en limiter les risques autant que d'en interroger les causes, sans exclure ni stigmatiser.

Oui, nous savons l'importance des limites, règles et lois pour établir ce cadre éducatif dont nous avons besoin, dès lors qu'elles ne sont pas des murs qui occultent les problèmes qu'elles laissent croître faute de les résoudre.

Mais oui, replacer nos passions dans l'humain peut sembler vain, mais c'est ainsi que nous n'aurons plus peur de leur intensité, qu'elles ne seront plus ces violences absurdes qui obsèdent nos écrans et aveuglent nos regards en étouffant le futur.

Merci