

**DISCOURS D'INTRODUCTION DU 12<sup>E</sup> CONGRÈS ADDICTION  
JEAN-MICHEL DELILE, PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION ADDICTION  
ORLÉANS, 15 JUIN 2023**

Chers amis de l'union régionale de la Fédération Addiction en Centre-Val de Loire, chère Pascale, chers amis de l'APLEAT ACEP,

Monsieur le maire adjoint,

Madame la vice-présidente du conseil régional Centre-Val de Loire,

Madame la déléguée de la MILDECA, chère Valérie,

Madame la directrice générale de l'ARS,

Évidemment nous sommes sensibles à ce que vient de dire le ministre qui nous confirme dans une réalité, celle que nous sommes effectivement le premier réseau d'addictologie de France. À quoi nous devons-nous à quoi devons-nous finalement cette assistance magnifique et je vous remercie vraiment. L'adjoint au maire tout à l'heure nous a rappelé que cet amphithéâtre était vraiment impressionnant, très beau mais le fait de voir rempli par vous tous, le fait de savoir qu'il y a également 200 ou 250 personnes qui nous suivent en visio, c'est évidemment très très émouvant parce que ça salue en fait un travail collectif. Et le ministre disait bien l'axe en matière de prévention : ce qui est efficace c'est de fédérer, c'est de regrouper. Si nous sommes très nombreux aujourd'hui c'est parce que nous sommes la Fédération alors qu'est-ce que c'est la Fédération Addiction ? C'est tout d'abord un ensemble de personnes et d'institutions qui sont en perpétuel renouvellement, qui s'adaptent mais tout en étant fidèle à des valeurs essentielles. Depuis sa création la Fédération Addiction promeut la coopération de toutes et tous, le non jugement, la défense et la promotion de notre secteur et de ses usagers, la construction et la diffusion des savoirs scientifiques et expérientiels. Ni le covid ni les difficultés du secteur n'ont ébranlé notre conviction et notre force collective. Nous sommes et restons présents pour répondre aux besoins et attentes multiples et variées de nos adhérents, des usagers mais aussi de la société.

Pourtant les défis sont nombreux : crises des métiers de l'humain, hausse des prix, nouveaux produits, nouveaux usages, nouveaux usagers... Notre société est de plus bouleversée par les incertitudes : crise écologique, inégalités, guerre en Ukraine, et d'ailleurs en 2022 le gouvernement a répondu à certaines de nos revendications, mais souvent de manière partielle. Ainsi nous saluons les mesures de revalorisation des salaires prises dans le cadre du Ségur de la santé qui comme, nous le demandions ne se sont pas limités au seul secteur sanitaire et aux seuls professionnels de santé stricto-sensu, mais se sont étendues à

l'ensemble des acteurs du soin et notamment aux travailleurs sociaux. Mais ces mesures ne concernent pas encore l'ensemble des personnels en addictologie. Les structures sont pluridisciplinaires et tous les métiers concourent à répondre aux besoins des usagers. **Il est temps d'inclure les secrétaires, les personnels administratifs, techniques, les directeurs et les équipes de prévention.**

Prévention, soins, réduction des risques, structures supports, sont indissociables dans une vision globale de la santé. Chacun a pris sa part pendant la crise sanitaire et au-delà, chacun mérite et à droit à la même reconnaissance. La création d'un portefeuille ministériel dédié à la santé et à la prévention est une excellente nouvelle saluée par la Fédération Addiction. Dans notre pays, la prévention a trop souvent été mise au second plan face aux actions curatives. L'effet de ce déséquilibre et d'autant plus massif dans notre secteur que, comme en santé mentale, les actions curatives y sont elles-mêmes peu reconnues et déjà sous dotés. Les mesures prises par le gouvernement dans le champ de la prévention des addictions restent insuffisantes. Augmentation du prix du tabac, c'est très bien, consultation médicale de prévention, c'est louable, mais tout ceci ne comble pas l'absence d'une politique globale de prévention dotée de moyens pérennes. La Fédération Addiction s'est exprimée plusieurs fois sur ce sujet en 2022 par nos communiqués, nos propositions d'amendements au PLFSS, notre participation aux journées parlementaires de la prévention et par la fondation du Collectif national pour la santé des jeunes. **Nous continuons à plaider pour que la mission prévention des CSAPA fasse objet d'un financement pérenne, pour que les consultations jeunes consommateurs, les CJC, disposent de moyens suffisants et d'une réelle promotion publique. Nous plaignons pour généraliser des actions de prévention à l'école fondées sur le renforcement des compétences psychosociales, mais aussi aussi pour développer des actions de prévention ciblées vers les jeunes, les parents, mais aussi des campagnes grand public qui fonctionnent telles que le Mois sans tabac et le Dry January mais aussi pour la prise en compte des inégalités sociales de santé qui sont au cœur de nos travaux de la matinée.** Les populations en situation de précarité sont en effet moins sensibles aux campagnes généralistes de prévention dont le succès actuel dans le domaine du tabac ou de l'alcool se paye d'un effet collatéral de renforcement des inégalités sociales. L'effet global est tout à fait positif néanmoins les populations les plus cultivées, les mieux insérées, sont très réactives au message de prévention et les populations en difficulté, en précarité sont moins réactives à ces messages de prévention généralistes, si bien que l'écart s'accroît et que c'est vraiment un argument majeur pour concevoir et mettre en œuvre des actions de prévention ciblées sur ces populations précaires et notamment, tout particulièrement, dans le domaine du tabac.

Nous plaignons également pour une réelle reconnaissance des professionnels de la prévention et je rajoute évidemment et donc notamment pour leur revalorisation salariale.

La réponse aux besoins des jeunes et de leur entourage est l'une de nos préoccupations centrales. Une étude récente de l'OFDT qui était évoquée à montrer une diminution de la consommation des substances psychoactives licites et illicites chez les jeunes, c'est une excellente nouvelle, et peut-être il y avons-nous pris une petite part. Mais les niveaux de consommation chez nos jeunes restent élevés et les addictions comportementales continuent de se développer. Cette même enquête a noté de fortes inégalités territoriales et une dégradation de la santé mentale des jeunes notamment sur les indicateurs de niveau d'anxiété, de dépressivité et d'idéation suicidaire. Le développement des compétences psychosociales la promotion d'un environnement favorable l'intervention précoce doivent continuer d'être portées par les pouvoirs publics afin d'en faire bénéficier le plus grand nombre. À ce titre, les évaluations des programmes que nous portons comme *Unplugged*, qui est né en Centre-Val de Loire avec nos amis de l'APLEAT ACEP, et Primavera ont montré leur pertinence. **Il est nécessaire de poursuivre leur financement, leur promotion, et leur mise à l'échelle.**

2022 fut également une année de mobilisation pour l'augmentation des moyens des structures d'addictologie. **Près de 20 millions d'euros supplémentaires ont été délégués aux CSAPA et CAARUD en fin d'année et je remercie au nom de nous tous la direction générale de la santé pour son implication en faveur de la défense des moyens du secteur.** Mais au vu de l'importance des besoins des usagers et de l'augmentation des files actives, **cela reste insuffisant.** Au fur et à mesure en effet que les actions de prévention progressent avec efficacité et que, par exemple la prévalence générale du tabagisme et des abus d'alcool se réduit, les pratiques addictives résistantes, souvent sévères, se concentrent dans les populations les plus vulnérables, celles qui présentent les plus lourdes handicaps, les plus grandes difficultés en termes psychologiques et au plan social. Ces situations difficiles nécessitent des réponses globales et font donc de plus en plus appel à des structures spécialisées comme les nôtres venant ainsi s'ajouter à nos publics cibles traditionnels.

**Alcool, tabac, drogues illicites, addictions sans substance et comportementales, consommation dans la rue ou en ruralité, en contexte professionnel ou sexuel, loin d'être restreints aux marges de la société, les comportements addictifs nous concernent tous.** Pour la Fédération Addiction nous le savons tous, une addiction est la rencontre, selon la célèbre formule, entre une personne, un produit et un contexte. Nous avons vocation à traiter toutes ces dimensions et donc à nous adresser à toute la société et à ses représentants. **Nous n'opposons pas le médical, le social, le médico-social.** Nous sommes à la Fédération au contraire d'ardents défenseurs des approches pluridisciplinaires et intégratives. De même, **nous visons à allier expérience clinique et professionnelle,**

**savoir scientifique et savoir profane, en soutenant notamment le développement de la pair-aidance sous toutes ses formes.**

Nous attachons également une attention particulière au public aux marges, aux personnes invisibilisées ou au contraire à celles qu'une vision sensationnaliste des drogues rendrait sans doute trop visibles. Ainsi, **questions de genre, de migration, de précarité se croisent au cœur de nos interventions.** 2022 fut ainsi une année de développement de nos projets partenariaux dans le secteur de l'accueil hébergement insertion (AHI) et de la santé communautaire. Nous contribuons également à lutter contre les discriminations et pour l'accès aux droits et aux soins des personnes usagères de drogue. **Les discriminations sont un déterminant majeur de santé.** Représentant des professionnels, notre travail se fonde sur la rencontre, l'écoute, et la construction avec ces personnes d'un parcours adapté à leurs besoins mais aussi à leurs demandes et envies. **La Fédération Addiction n'oppose ainsi pas sevrage et réduction des risques. Il est du devoir de tous, associations et pouvoirs publics, de proposer un libre choix aux personnes. Que ce choix soit le sevrage, la réduction des consommations ou la poursuite des consommations en limitant les risques pour elles-mêmes et pour autrui.** La porte d'entrée choisie par l'utilisateur est toujours la bonne, à nous de faire en sorte, ce n'est pas toujours simple, que cette porte ouvre à l'ensemble du dispositif, dans le cadre d'un réseau diversifié, avec des propositions d'accompagnement et de soin elles-mêmes diversifiées. Nos prises de paroles en 2022 ont ainsi porté à la fois sur la nécessaire création des Haltes soins addiction comme sur l'importance du soin résidentiel.

La Fédération Addiction enfin c'est un conseil d'administration représentatif du secteur des addictions, impliqué dans l'ensemble des thématiques de prévention, de soins, de réduction des risques et des dommages et engagé dans plus de 60 projets que nous portons en lien avec une équipe de 25 salariés, que je salue au passage, toujours motivée, engagée dynamique, sérieuse, sympathique, ils ont toutes les qualités. Je tiens particulièrement à remercier l'ensemble des adhérents des administrateurs et donc des salariés qui chaque jour font vivre notre fédération et nous permettent d'avoir la place que nous occupons aujourd'hui, le premier réseau de France a dit le ministre. A la fois fidèles à la tradition de l'ANIT et de la F3A, et dans un perpétuel renouvellement et questionnement de nos pratiques, je remercie également les pouvoirs publics, nos financeurs, et tout particulièrement la direction générale de la santé et la Mildeca qui cette année ont permis, nous ont permis enfin de signer des conventions tripartites, quadriennales qui sont un élément de consolidation très attendu par notre secteur qui comme vous le savez est lui-même vulnérable et fragile. Donc merci beaucoup et nous souhaitons évidemment que ce dialogue engagé constructif puisse se poursuivre et d'une manière sereine pour que chacun puisse contribuer à une réelle politique publique des addictions en France.

Adaptation et continuité, anciens et nouveaux usages, population générale et populations ciblées, prévention, réduction des risques, soin, savoir scientifique et savoir expérientiel, la Fédération Addiction continuera à se mobiliser sans dogmatisme et avec pragmatisme, pour accompagner au mieux nos concitoyens dans leur rapport aux drogues, aux comportements addictifs et aux addictions. C'est ce que nous avons fait évidemment l'année dernière, vous vous en souvenez à Grenoble, en mai 2022, où lors de notre congrès, nous avons déjà battu des records de participation avec 1570 participants et intervenants, dont 250 en format hybride, sur le thème « Soigner au temps des addictions : Adaptation, résistance et santé ». Nous avons abordé la question de la temporalité, du changement et des permanences. Donc notre grande fusée de la Fédération Addiction, la seule fusée à ma connaissance spécialisée dans le domaine des addictions au plan mondial — encore que j'ai appris que notre amie la directrice générale de l'ARS vient de Guyane donc peut-être il y aura-t-il des informations de Kourou ! — nous atterrissons, notre puissant vaisseau atterrit localement pour développer ce travail sur les territoires. Parce qu'en effet le comité d'organisation scientifique des journées 2023 Orléans, et j'en profite pour remercier à nouveau nos amis de l'union régionale, avaient souhaité prolonger cette réflexion sur le temps et la temporalité avec un travail, complémentaire évidemment, sur les espaces, sur les territoires, sur la question des limites, et donc nous voici à Orléans prêt à explorer de nouveaux territoires en commençant par les territoires des drogues.

Pendant longtemps les territoires des addictions ont semblé relativement bien délimité, centrés sur la question des drogues illicites, étrangères, il semblait possible d'en faire la géographie souvent lointaine. Leur mappemonde était zébrée de grosses flèches indiquant les grandes routes du trafic international. Alors ça, vous voyez c'est une carte de l'ONU et j'en profite pour saluer notre ami Jallal Toufiq qui a été élu président de l'Organisation internationale de contrôle des stupéfiants récemment, un ami marocain, compagnon de longue date. Ces produits venaient d'un ailleurs aux dénominations exotiques, triangle d'or, croissant d'or, les Andes, le Rif. De la même manière, il semblait possible de faire chez nous une cartographie des problèmes de drogues assez superposables finalement à celle des inégalités de santé. Voyez à gauche les inégalités territoriales de santé ramenées sur un point, c'est l'espérance de vie avec le gradient Nord-Sud habituellement, qu'on retrouve également d'une certaine manière pour les addictions alimentaires et les boulimiques compulsives. Certaines régions défavorisées, certains quartiers de ville ou de banlieue paupérisés devenaient les territoires où se concentraient les problèmes d'addiction. Le péril était donc à la fois extérieur et intérieur il fallait renforcer les frontières extérieures par la répression du trafic international, et élevée des barrières internes par la prohibition de l'usage. **La répression allait se centrer sur des populations difficiles parfois inquiétantes, qu'il fallait reléguer loin dans les bordures et les marges, dans la zone**

**ou en détention.** Le paradigme était celui de la guerre aux drogues lancée par le président de Nixon au début des années 1970.

Et puis finalement on s'est rendu compte qu'il y avait une certaine vanité dans cette tentative d'endigage. Elle est apparue assez vite évidente. Non seulement les barrages ne tenaient plus mais ils contribuaient parfois aggraver encore le problème. Le mal était plus profond. Il était déjà bien là chez nous. Les produits addictifs qui ont le plus lourd impact en santé publique, le tabac et l'alcool, étaient bien produits localement et consommés largement, le plus légalement du monde. Les médicaments psychotropes à risque addictifs ou les nouveaux produits de synthèse sont également produits et conçus dans des pays développés. Les drogues, les usages s'insinuent donc progressivement dans l'espace public, en dehors même des zones de relégation avec les vives réactions de nos jours, le spectacle des scènes ouvertes ou plus banalement des cartouches de protoxyde d'azote qui jonchent les trottoirs. Mais aussi l'inquiétude devant l'augmentation des surdosages aux médicaments opioïdes. Les limites et frontières semblent de plus en plus floues et évanescents. Que dire alors des comportements addictifs : écrans, jeux, porno, achats, accessible partout et de manière continue dans l'espace dématérialisé du net. Avec cette extension du domaine de l'offre addictive, l'espace des addictions semble devenir sans limite. Pour autant cet espace croise d'autres espaces qui sont ceux qui nous intéressent directement, qui sont les espaces psychiques et les espaces sociaux. Nous avons beau vivre dans une société de consommation qui prise l'excès, la démesure, même dans ce contexte puissamment addictogène, tout le monde ne devient pas usager et tous les usagers ne deviennent pas dépendants.

L'espace des addictions semble donc à la fois complexe, multidimensionnel, mais aussi circonscrit. Il se situe aux confins de différents espaces entrecroisés, territoire de distribution des objets d'addiction et espace psychiques et sociaux qui font des vulnérabilités individuelles ou collectives autant d'espaces d'interactions qui reposent eux-mêmes sur des connexions et des territoires neuronaux, reliés aussi par de grandes flèches que je vous montrais tout à l'heure. Alors ça, ce sont les diapos célèbres de longue date que j'utilise toujours de mes maîtres en neurobiologie donc le professeur Michel Lemoine et George Cook, qui est toujours directeur général du NIAAA aux États-Unis et où leur question toujours c'est qu'est-ce qui fait que dans l'ensemble des populations qui utilisent des produits ou qui ont des comportements potentiellement addictifs à des fins récréatives à des fins plaisantes ou en contexte social, pour s'intégrer à un groupe, un certain nombre finalement vont devenir des usages uniquement sociaux dans des circonstances particulières, certains vont avoir des usages de plus en plus intensifiés, et d'autres va avoir des usages compulsifs, donc des addicts. Quels sont les déterminants finalement de ce passage.

Alors je vais essayer de répondre à la question du ministre qui recherche la racine des addictions : personnellement je pense qu'il y a plusieurs racines. Mais on va le voir tout à l'heure. Mais donc on va avancer dans cette quête des racines. Alors là, ce sont les cartes de la neurologie, vous voyez des flèches avec les trois grandes zones, les circuits de renforcement primaire... qui fait qu'on trouve que quelque chose est plaisant, agréable et c'est en interaction directe avec les circuits rouges. Et ça, les circuits rouges, c'est ce qui nous intéresse, c'est l'amygdale, c'est le stress. Et finalement on se rend compte que plus on stimule les circuits de récompense, plus on va également avoir des mécanismes homéostatiques qui vont faire qu'on va stimuler les circuits de stress. Et donc plus on est stressé plus on risque d'avoir besoin d'avoir des comportements d'agrément pour s'apaiser, mais plus on stimule ces circuits de récompense plus on va activer les circuits de stress, donc en entre dans un cercle vicieux que vous voyez avec ces grandes flèches. Donc ça c'est une carte aussi : vous avez vu tout à l'heure des cartes des drogues, là c'est une carte neurobiologique.

C'est ça là clé, c'est l'interface entre le stress et l'addiction, qui en fait une hypothèse absolument robuste actuellement dans les modèles neurobiologiques c'est que finalement ce qui distingue les usagers qui vont arriver durablement à maîtriser une consommation et ceux qui peut être sont beaucoup plus à risque de de faire la transition, comme on dit, vers l'addiction, c'est leur niveau de stress préalable. C'est à dire plus vous avez un niveau de stress, plus la rencontre avec le produit ne va pas simplement être une rencontre festive, agréable, actuelle dans un contexte, mais elle va avoir valeur d'automédication, d'autorégulation. Et plus votre niveau de stress est chronique, durable, plus vous risquez d'avoir des usages répétés de ces substances et secondairement ces substances vont venir aggraver votre problème. Donc c'est le cercle vicieux entre stress et récompense, les *reward systems* et c'est sans doute une clé parce que **cette question du stress nous ramène exactement à notre débat sur les inégalités sociales de santé**. Pourquoi ? Parce que nous ne sommes pas égaux face au stress et à l'adversité sociale. Selon que — vous voyez en haut les grandes déterminants — selon que l'on vit dans un contexte social relativement apaisé avec une famille aimante qui vous entoure ou que vous vivez dans des conditions sociales catastrophiques, que vous êtes à la rue, vous êtes maltraités ou que vos parents sont en très grande difficulté, que parfois ils sont violents, ça va pas être la même histoire en termes d'activation des circuits de stress. Selon que vous avez des antécédents familiaux d'addiction qui eux-mêmes traduisent des vulnérabilités du côté familial ou parental et/ou que vous n'avez pas d'antécédents familiaux, vous n'avez pas la même vulnérabilité. Selon que vous avez des traits de personnalité qui là aussi vont être fortement modulés par votre niveau de stress, la recherche de récompense, la recherche de sensations, la recherche d'impulsion, de récompense immédiate, vous n'avez pas la même vulnérabilité. Selon que

vous avez vécu des traumatismes infantiles ou pas, selon que vous avez été maltraité, selon que vous avez été battu ou abusé, vous n'avez pas les mêmes facultés et notamment vous n'avez pas le même niveau de contrôle fonctionnel préfrontal — excusez-moi, mais c'est là que ça se passe — donc ce qui nous aide à maîtriser notre impulsion, notre recherche immédiatement de récompense ou d'évasion. Si bien que ce niveau de vulnérabilité qui a une distribution qui elle n'est pas homogène dans une population, va faire que certaines populations, certaines catégories sont plus à risque de développer un état de stress chronique et même de détresse chronique, et finalement c'est sans doute cela un des facteurs prédictifs majeurs de l'accélération, de l'augmentation de la fréquence des usages de drogues, et en même temps d'une hyperactivation évidemment des circuits du stress et donc de tout l'axe HPA et du cortisol. Et ensuite, ce que l'on sait c'est que ce qui dans un premier temps pouvait peut-être proposer un apaisement à ces personnes-là, secondairement va devenir un problème de plus puisque par des mécanismes homéostatiques plus on stimule la récompense plus on va activer aussi les circuits de stress et ce sont des personnes qui vont entrer dans une spirale tout à fait négative. C'est ainsi qu'à la cartographie de l'offre addictive répondent celles de la neuro-imagerie des circuits cérébraux des addictions ou des vulnérabilités psychologiques et sociales comme je viens de vous le montrer.

Donc il y a plusieurs cartes : il y a une carte produits, il y a une carte vulnérabilités psychologiques, il y a une carte environnement social. À chacun sa carte. Leurs auteurs respectifs pourront chacun prétendre que « la carte est le territoire » et que chacune d'entre elles seraient la seule à rendre compte fidèlement du réel. Carte des territoires des drogues, carte des vulnérabilités sociales, carte des connexions neuronales. Et pourtant, il ne s'agit que de représentations et c'est seulement leur rencontre et leur dialogue, leur fédération, qui permettent d'approcher la complexité du réel. Il faut donc superposer les cartes, c'est ce que fait Tintin et Haddock, et ils arrivent en les réunissant à éclairer la situation et nous donner des clés de compréhension et c'est un ressort fondamental de la Fédération parce que **pour arriver à superposer les cartes il faut s'entendre, il faut travailler ensemble, il faut arriver à accepter l'idée que l'intelligence collective et le croisement des représentations puissent approcher de quelque chose de plus intéressant et de plus proche, finalement, de la réalité** en se gardant de tout réductionnisme.

Or ceci nous amène une autre question : celle des confins des bordures, là où se rencontrent et se cumulent les vulnérabilités. Or n'oubliez jamais la Bible, elle est téléchargeable gratuitement sur le site de l'OMS : ce sont les travaux inoubliables et fondateurs de Marmot et Wilkinson sur les déterminants sociaux de la santé. Les enfants qui auront manqué d'un territoire de sécurité où ils auront pu bénéficier de l'attention bienveillante de parents auront d'autant plus de difficultés à s'aventurer hors de ce périmètre sans crainte mais avec prudence. L'attachement insécurisé est un des terrains essentiels des pertes de limites, de

l'impulsivité des conduites de risques et des addictions. C'est une des racines, il faudra le dire à Monsieur le Ministre quand vous le croiserez. Il est la clé de beaucoup de ces pathologies des limites justement dénommées *borderline*, qui sont au cœur des addictions les plus sévères et que l'on peut volontiers rencontrer chez ces jeunes au passé souvent chaotique et traumatique, ces jeunes en rupture ou en errance que nous rencontrons non seulement non plus seulement dans les marges lointaines mais aussi au cœur de nos villes.

En même temps chacun décrit la porosité entre cet espace déviant et celui des jeunes festifs, aussi bien dans le centre des villes que dans l'univers des teufs ou des *free*, des friches industrielles ou des champs. La fête semble être un des derniers espaces de liberté, les taz n'ont cette saveur que consommées dans ces zones d'autonomie temporaire, les TAZ d'Hakim Bey. Où il est possible un temps d'échapper aux contraintes et aux dangers de la société dans un entre-soi familial, alternatif, d'outsiders, où la différence semble être la norme. Notons aussi que ces zones frontières, ces *Borderlands* qu'évoquait Gloria Anzaldúa, la féministe chicana *queer of color*, dans son chef-d'œuvre *La Frontera*, ces zones frontières ne sont pas que physiques : elle y évoquait à la fois la précarité de celles et ceux qui vivent entre deux mondes séparés par des frontières qui peuvent être physiques certes, comme la frontière californienne, mais aussi psychologique, sociale, culturelle, sexuelle. Le chicano dans la culture anglo-saxonne, les femmes dans la culture hispanique, les lesbiennes dans un monde hétéronormé. Mais aussi la richesse de ces *borderlands*, ces terres frontalières où peuvent se construire des identités originales et fluides la nouvelle *mestisa*, la nouvelle métissage, donc il faut toujours écouter ce que nous disent les personnes des bordures.

Et cela évoque évidemment la citation de Simmel qu'on avait mis en frontispice : « *Il est pour l'homme essentiel au plus profond de se donner lui-même des limites mais librement, c'est-à-dire de telle sorte qu'il puisse de nouveaux supprimer ces limites et se placer en dehors d'elles* ». Mais pour être libre encore faut-il avoir intériorisé des limites, et pour avoir intériorisé des limites encore faut-il avoir été dans un environnement bienveillant qui a pu vous faire comprendre que c'est important pour vous, pour votre sécurité, pour la sécurité du groupe de les intérioriser.

Mais ceci après les zones frontières nous amène à d'autres marges insécures dans cette France périphérique décrite par Guilluy — voilà une autre carte sur les zones périurbaines. En lisière périurbaine des métropoles là où vit une large part de la population, sans reconnaissance et parfois même dans le mépris, en situation d'insécurité sociale et culturelle, un peu à l'image des Américains principales victimes de la crise des opioïdes aux États-Unis. Si l'urbanisation en effet ne cesse de progresser — vous voyez la pente vertigineuse dans l'époque contemporaine au plan mondial — et de manière toujours plus accélérée, ce ne sont pas les villes qui se développent mais leur périphérie. Ces zones

urbanisées sont le plus souvent désordonnées, en rupture avec la centralité, l'histoire et les modes relationnels du corps des villes. Pour Patrick Baudry, la ville est un espace psychique avant que d'être territorialité géographique. Dans ces nouveaux espaces déstructurés livrés aux panneaux publicitaires et aux centres commerciaux, les espaces psychiques se délient. Voyez l'évolution au plan mondial de l'urbanisation, mais c'est une tendance en accélération et qui est en voie de massification, donc c'est ce qu'il faut que nous nous anticipions dans nos politiques de santé. Patrick Baudry et Thierry Paquot le soulignaient : la ville a commencé à perdre du terrain au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, alors même que la société française devenait urbaine. Paradoxalement le Français rêvait d'une maison individuelle et les décideurs lui proposaient un logement dans un grand ensemble, cette non-ville dans les effets calamiteux n'allait guère tarder à se manifester. On reconnaît bien ici ces schémas d'aménagement conçus pour améliorer la condition humaine et qui ont complètement failli : cités-dortoirs, habitat diffus, l'essaimage urbain était rendu possible par l'automobile. Cet éparpillement territorial des habitations plus que des activités amena l'Insee à les qualifier de zones de peuplement industriel et urbain, les ZPIU. Les campagnes agricoles se dépeuplent, les centres villes se maintiennent ou se renforcent, et des zones pas très bien déterminées voient leur population s'accroître fortement sans réel urbanisme. Tout ceci n'est pas sans rappeler l'intérêt d'intéressant concept de non-lieu développé par Marc Augé, à propos de ces espaces d'anonymat aux limites peu définissable, tous semblables, interchangeable et impersonnels. Ces espaces sans âmes où l'on se croise sans se rencontrer. Les échangeurs, les ronds-points, les centres commerciaux, les chaînes hôtelières des périphéries. Toujours les mêmes, n'importe où. Si un lieu, disait Marc Augé, peut se définir comme identitaire, relationnel et historique, un espace qui ne peut se définir ni comme identitaire ni comme relationnel ni comme historique définira un non-lieu. Dans les non-lieux on est à la fois toujours et plus jamais chez soi. Doit-on continuer à créer des espaces de non-lieu ou tenter de réintroduire des lieux, des espaces de rencontres et de dialogues, et ainsi lutter contre l'isolement, ce facteur de risque majeur ?

Nous avons montré des travaux internationaux qui montrent que globalement le facteur isolement est un facteur prédictif de troubles, sur la santé générale et sur la santé mentale, un niveau à peu près équivalent que celui des addictions classiques. Donc peut-on et comment peut-on réfléchir à des territoires et à la construction d'un urbanisme au service de la santé. Alors Anne Roue-Le Gall le soulignait dans une revue récente de la santé en action : parmi les grands changements environnementaux issus des activités anthropiques, le changement climatique et l'urbanisation croissante des territoires constituent une menace immédiate pour la santé et accroissent les inégalités de santé. Cette interaction climat-urbanisation est en effet particulièrement péjorative pour la santé des populations, notamment en ce qui concerne les maladies chroniques, dans lesquelles les addictions

comme vous le savez jouent un rôle éminent de manière syndémique. Il faut donc penser l'action publique de manière intégrée en cessant de séparer les questions de santé et d'environnement, mais aussi les questions sociales et de santé, mais aussi les questions de santé et de santé mentale et d'addiction. L'interdépendance entre l'environnement et la santé est désormais bien établie, avec un impact particulier sur les populations et les territoires en difficulté sociale. Comme le montre bien cette carte du métro de Washington où les auteurs sont amusés à calculer, c'est assez triste, qu'on perd une année d'espérance de vie à chaque fois qu'on franchit une station et qu'on avance vers le centre-ville. Parce que dans le centre-ville de Washington où il y a en fait, à la différence souvent de ce qu'on voit en France, des populations particulièrement précaires, l'espérance de vie aux alentours de 70 ans alors que dans les banlieues où vivent les populations les mieux protégées finalement l'espérance de vie — vous voyez moyenne notamment en haut à gauche — est à peu près 80 ans. Tout ceci étant déterminé par les grands paramètres et les grands indicateurs de santé qui sont regroupés territorialement puisque, on conclura là-dessus tout à l'heure, les inégalités sociales sont également des inégalités territoriales de santé. J'avais proposé à des amis de faire une carte comparable avec la ligne 13 du métro que j'utilisais volontiers pour aller à l'Agence du médicament, je pense que les résultats pourraient être assez comparables entre les Invalides et le nord de la Seine-Saint-Denis.

Des travaux récents, vous verrez que ces travaux sont signés c'est pas anodin Tomasi et Volkow, Volkow c'est toujours la directrice générale du NIDA donc institut qui s'occupe des abus de drogue aux États-Unis et c'est un article qui a été publié en 2021 dans la revue psychiatrique à plus haut *impact factor* au niveau mondial et qui est fondée sur des études de cohortes qui permettent de répondre en partie à la question des racines, et notamment l'étude ABCD. ABCD qui est *Adolescent Brain Cognitive Développement*, donc où des enfants sont suivis de manière prospective avec de l'imagerie fonctionnelle et vous voyez ce qu'ils deviennent au fil du temps : s'ils ont des maladies s'ils n'ont pas de maladie, s'ils vivent dans une famille, si c'est un peu éclaté, s'ils sont à la rue, s'ils sont en difficultés sociales si le quartier environnant est lourd ou pas lourd, et vous arrivez donc à croiser une bonne part en tout cas des vulnérabilités sociales qui peuvent être identifiées et des vulnérabilités psychologiques. Et ces enfants là entre 5 et 10 ans là en l'occurrence, là il y avait 4000 enfants à peu près, vous leur faites passer régulièrement de l'imagerie fonctionnelle, de l'IRM fonctionnelle. Et donc vous arrivez à des résultats en biologie qui traduisent que je viens de vous dire c'est-à-dire en abscisse — 1 2 3 4 5 c'est les déciles des revenus de la famille, donc plus vous avez vers la droite puis la famille est riche — il y a les 10% les plus pauvres à gauche entre 1 et 2 et les 10% les plus riches à droite entre 9 et 10, et là ce que vous voyez monter ce sont les capacités cognitives. Capacités cognitives. Et en bas ce que vous voyez monter c'est le volume du cortex préfrontal. C'est à dire on arrive à montrer en biologie en imagerie

neurobiologique l'impact cérébral des inégalités de santé, et comment ça se traduit ensuite éventuellement en termes de vulnérabilité. Et ce qui est très intéressant au milieu là c'est que vous avez, ils arrivent à paramétrer, un certain nombre de facteurs de risque. Et en fait celui qui est déterminant, une fois que vous avez neutralisé toutes les variables de confusion etc, celui qui est déterminant c'est FI, et FI c'est le *family income* donc c'est le revenu de la famille. Plus que PED où c'est le niveau de d'éducation des parents, plus que SMA où c'est la qualité de l'environnement du quartier, RLE ça joue pas c'est la présence de plomb etc. Donc vous voyez finalement que une fois qu'on arrive à à pondérer finalement les facteurs de la vulnérabilité ce qui apparaît décisif, c'est le niveau de vie de la famille. Et alors ils ont dit comment le niveau de vie de la famille agit-il sur le volume du cerveau ? La réponse est le stress ! Si vous êtes dans une famille en grande difficulté financière, vous allez avoir des soucis de logement, la maman va être inquiète, le papa va être inquiet, vous allez avoir des problèmes de boulot, vous allez être moins disponible pour les enfants, vous allez être imprévisible, vous allez moins les soutenir au plan de l'éducation et ça se traduit évidemment dans leur niveau de fonctionnement de stress, souvent avec des comportements internalisés au moins dans ces âges-là, mais cela peut se traduire également, et ce qui est intéressant, au niveau biologique en fait vous pouvez le visualiser. Alors SMA si ça vous intéresse, on a parlé tout à l'heure c'est l'exposition aux écrans. On voit que l'exposition aux écrans a quand même une taille d'effet qui est pas mal, un peu comme l'éducation des parents, mais largement inférieur en fait au niveau de revenus quand même, mais le tout est corrélé évidemment.

Alors vous allez donc me dire que faut-il faire et bien des approches intégratives, parce que bonne nouvelle, on se rend compte qu'à partir du moment où on a une politique publique dans le cadre de programmes anti-pauvreté, et l'avantage des États-Unis si j'ose dire c'est que c'est un État fédéral donc les États sont plus ou moins enclins à soutenir es populations pauvres, il y en a qui les soutiennent très peu à vrai dire, et d'autres qui le soutiennent plus activement en fonction de paramètres politiques. Et on se rend compte qu'à partir du moment (ça c'est un autre travail qui vient qui vient de sortir), où il y a des programmes publics anti-pauvreté, on se rend compte qu'on arrive à réduire ces disparités dans le neuro-développement et la santé mentale des enfants. C'est ainsi que les États des États-Unis qui grâce à des aides financières directes, du cash, remis aux familles, réduisent le plus l'insécurité sociale des populations vulnérables, et on les meilleurs résultats en matière de réduction des disparités neurodéveloppementales et de santé mentale chez les enfants de 9-11 ans avec un accroissement visible au plan biologique, neurobiologique, du volume de l'hippocampe et une réduction des pathologies internalisées. En haut c'est l'augmentation du volume de l'hippocampe en fonction de l'importance des aides financières que vous apportez aux familles pauvres et en bas c'est la réduction des troubles du comportement

internalisé en fonction de là aussi de l'augmentation des transferts, des transferts financiers. Ça a été fait sur 10000 enfants. Donc comme le rappelle l'auteur de cette étude, David Weissman du laboratoire Stress et développement de Harvard, l'association entre la structure du cerveau et un environnement à faible niveau de ressources n'est pas inévitable, elle peut être corrigée.

Les cerveaux des enfants sont en plein développement et ont des capacités augmentées de plasticité et d'adaptation leur environnement pour le pire mais ça peut être aussi pour le meilleur en termes de redressement. Or un environnement précaire économiquement n'est évidemment pas une fatalité non-évitable. Ces données suggèrent que des politiques et des programmes efficaces pour réduire les inégalités sociales de santé peuvent atteindre directement les enfants vulnérables dans des environnements défavorables, et soutenir leur santé mentale. Néanmoins, ce qu'ajoute l'auteur c'est que ces mesures seront d'autant plus efficaces qu'il y a un accueil de proximité, d'aller vers, et c'est là où une approche territorialisée évidemment est tout à fait importante, et il insiste aussi sur la nécessité de développer des programmes de soutien des compétences psychosociales pour ces enfants et de soutenir la parentalité comme ça a été dit.

Or quand on veut faire de la prévention on se demande toujours pourquoi les bons conseils de santé ne sont pas suivis par l'ensemble de la population. Alors les bons conseils de santé, ça c'est des conseils anglais vous allez reconnaître, ils sont pas très très différents des nôtres : il vaut mieux pas fumer, si on fume il vaut mieux arrêter ou réduire, il faut avoir un régime équilibré avec des fruits et des légumes, il faut rester actif physiquement, il faut gérer son stress avec des temps de repos, des moments de détente, si on boit de l'alcool il faut le faire avec modération, il faut se protéger du soleil avec des crèmes et des chapeaux, si on a des relations sexuelles il faut le faire avec prudence avec du *Safe sexe*, il faut saisir toute opportunité de dépistage précoce de cancer, il faut être prudent sur la route et respecter les règles et enfin il faut respecter les règles de premiers secours. Alors maintenant, ça c'est des bonnes règles auxquelles j'adhère, je vais vous présenter les règles complémentaires du docteur Delile. Alors les règles du docteur Delile sont à droite, **la première c'est ne soyez pas pauvre et si vous êtes pauvre faites en sorte que ça dure pas trop longtemps**. La deuxième, c'est ne vivez pas dans une zone pourrie et si vous habitez dans une zone pourrie déménagez, quittez là. La troisième c'est ne soyez pas handicapé physiquement ou mentalement, et n'ayez pas un enfant comme ça. La quatrième c'est évitez si vous travaillez, les boulots manuels mal payés et stressants. La cinquième c'est ne vivez pas dans un gourbi, ou dans une maison minable ou ne vivez pas à la rue. La sixième c'est pensez quand même à vous payer des activités sociales, des sorties, des vacances, des vacances annuelles. La septième c'est ne soyez pas un parent isolé, c'est un facteur de risque. La huitième, c'est réclamez tous vos droits, là les travailleurs sociaux c'est important. La neuvième c'est pensez

à vous offrir votre propre voiture. La dixième c'est utilisez les ressources académiques, l'éducation pour améliorer votre situation socio-économique. Donc ça c'est inspiré de l'université de Bristol mais ça permet de bien comprendre, je pense, l'impact des limites offertes par des gens qui sont à l'écart des situations qui sont les nôtres, je pense ici, et qui vivent dans des conditions très difficiles parce qu'ils ont d'autres priorités. Alors ce que je vous dirai aussi le conseil du docteur Delile c'est que les *tips* de Bristol c'est « alternatif », moi je dirais complémentaire. Complémentaire.

Il ne faut pas oublier, c'est un gros enjeu pour nous en CSAPA, où on va être centré sur les demandes des patients qui vont surtout être par rapport à leur logement, leurs besoins immédiat etc, il ne faut pas oublier que eux aussi ils ont besoin des bons conseils de gauche et que ce qui va les tuer c'est le tabac, ça va être l'alcool etc beaucoup plus tôt. Donc il faut prendre en compte l'ensemble de ces choses-là, mais ce sont des conseils complémentaires. Donc cette dynamique intégrative s'inscrit dans le contexte de la logique « une seule santé » ou « *one health* » de l'OMS : elle impose d'impliquer de manière intersectorielle un grand nombre d'acteurs des territoires, dans toute leur diversité. La complexité socio-écologique des territoires appelle en effet une approche réellement systémique au service de la santé dans la lignée du modèle arc-en-ciel des déterminants de santé de Dahlgren et Whitehead qui fêtait ses 30 ans l'année dernière. **Nous sommes donc favorables à la politique de développement des conseils territoriaux de santé, enfin des communautés professionnelles territoriales de santé qui sur la base de leur bonne connaissance des populations les plus vulnérables sur leur territoire permettront d'aller vers elles avec une offre de prévention et de soins adaptés à leurs attentes.**

Notre seul point de vigilance — mais bon c'est une pique — concerne le risque de bureaucratisation parce que beaucoup d'acteurs nous disent déjà que parfois ils ont l'impression qu'il y a plus de coordonnateurs dans les réseaux que d'acteurs de terrain et de soins. Donc il faut prendre garde à ne pas se transformer en armée du San Theodoros qui comme vous le savez avait beaucoup plus de colonels que de caporaux. Mais écoutons Franck Chauvin : nos structures de santé publique locales ne sont pas suffisamment fortes pour développer l'aller-vers, ce que j'appelle le dernier kilomètre, vers les populations les plus éloignées géographiquement, socialement, culturellement, numériquement du système de santé.

**Pour faire évoluer notre système, la solution la plus efficace est locale**, il faut impliquer les acteurs qui sont déjà présents. Les collectivités territoriales ont par exemple un rôle majeur à jouer, parce qu'elles ont dans leur périmètre de nombreux leviers qui concernent la santé et la prévention : les écoles, les espaces verts, les transports, le logement, la culture.

**La santé publique est en effet aussi et sinon surtout, une affaire politique, de politique sociale, économique, familiale, de politique de protection de l'enfance, de politique du logement, de politique de soutien à la famille, de politique d'accueil, de politique d'inclusion.**

Concluons ce propos avec le grand Rudolf Virchow qui était un grand, le fondateur de la biologie cellulaire. Il disait avec un peu de prétention — il faisait de la politique — « la médecine est une science sociale, et la politique n'est rien d'autre que la médecine à une large échelle. » Les médecins — mais on pourrait dire les médecins mais tous les intervenants en santé publique, nous tous — sont les défenseurs naturels des pauvres, et les problèmes sociaux sont dans une large mesure de leur ressort. A nous tous politiques, institutionnels, professionnels et usagers d'explorer ensemble ces espaces, ces territoires afin d'agir là aussi ensemble pour diminuer les inégalités sociales et territoriales de santé.