

20 ANS



ASSOCIATION CENTRE JEAN BERGERET (ex - CNDT)

Fondements, histoire et perspectives

Textes des interventions

23 JUIN 2008

Grand Amphithéâtre de l'Université LYON 2
18 quai Claude Bernard LYON 7ème





ASSOCIATION CENTRE JEAN BERGERET

9 quai Jean Moulin - 69001 - LYON

CRJB

04 72 10 94 30

crjb@crjb.org

www.crjb.org

CIRDD Rhône-Alpes

04 72 10 94 32

cirdd@cirdd-ra.org

www.cirdd-ra.org

SOMMAIRE

FONDEMENTS, HISTOIRE ET PERSPECTIVES

Introduction

Pr. Pascal ROMAN, Président du Centre Jean Bergeret p 3

CNDT, première étape

Pr. Jean BERGERET, Président d'honneur du CJB p 4

Du CNDT au Centre Jean Bergeret

Dr. Alain ODDOU, Vice - Président du CJB p 7

Faire de la prévention : à conjuguer à tous les temps

Pr. Gérard BROYER, ex - Président du CJB p 16

Exercer comme psychologue clinicien en POINT ECOUTE

Richard DURASTANTE, Psychologue au CRJB p 20

Accueillir la souffrance des adolescents :

les " nouvelles " postures de l'hospitalité

Pr. Pascal ROMAN, Président du CJB p 26

Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances

Catherine MIACHON, Directrice du CIRDD Rhône-Alpes p 30

Evolutions et perspectives

Patrick PELEGE, Directeur du CRJB p 32

Existe - t - il une prévention spécifique du suicide ?

Jacques VEDRINNE, Vice - Président du CJB p 33

BIBLIOGRAPHIE p 36

Introduction

Un an tout juste après la célébration des 20 ans de l'association du Centre Jean Bergeret, nous sommes heureux de pouvoir mettre à la disposition de tous, administrateurs, salariés et partenaires, la plupart des textes issus des interventions qui ont jalonné ce temps d'échanges, tout à la fois sérieux et chaleureux, qui nous a réuni le 23 juin 2008 dans le cadre du grand amphithéâtre de l'Université Lumière-Lyon 2.

Nous souhaitons que chacun puisse trouver, au travers de ce document de témoignages et de réflexions, de quoi nourrir sa propre compréhension des enjeux qui traversent et organisent les différents pôles d'activité mis en oeuvre dans le cadre de notre association.

La parution de ce document est aussi l'occasion de remercier tous ceux qui, à un titre ou à un autre, à une période ou à une autre, ont contribué ou contribuent aujourd'hui, malgré vents et tempêtes, à la vitalité de ce bel outil de prévention qu'est le Centre Jean Bergeret, au service de la connaissance et de l'accompagnement des problématiques liés aux addictions et aux conduites à risque. Il ne reste qu'à souhaiter longue vie au Centre Jean Bergeret !

Professeur **Pascal ROMAN**
Président du Centre Jean Bergeret

Jean BERGERET, Psychiatre, Psychanaliste, Professeur émérite de psychologie à l'Université Lumière Lyon 2, Président d'honneur du CJB.

CNDT, première étape

Nous sommes réunis pour célébrer la vie au C.N.D.T. de **1988 à 2008**, c'est-à-dire C.N.D.T. seconde étape et C.J.B. depuis le Centre Berthelot, au quai Jean Moulin, tel qu'il a été géré, singulièrement développé et approfondi par le Professeur Gérard BROYER.

J'évoquerai rapidement ici le **C.N.D.T. première étape**.

En **1975**, nous partions du Laboratoire de Psychologie Clinique à l'U.E.R. de Psychologie de l'Université Lyon 2 (sous la direction de Jean GUILLAUMIN) et dans le cadre de l'ARISH (Paul FUSTIER) avec le « noyau dur » initial de notre première équipe de travail, c'est-à-dire avec Huguette et Guy JOURNET.

Nous nous penchions sur l'adolescence et ses crises, sur la dépression et la violence, ce qui nous a conduits à aborder le « problème drogue ».

En 1975, un premier contrat de recherche a été conclu avec le CRESSA et l'INSERM (Docteur DEFAYOLLE), renouvelé en 1979 pour aboutir à la publication aux P.U.L. de notre premier ouvrage. Notre tracé s'est poursuivi avec Huguette et Guy JOURNET puis Chafic SALIBA.

En **1976**, sous le ministère Raymond BARRE, je rencontre Madame PELLETIER, déléguée à la Drogue, puis Mademoiselle MAMELET et son adjoint, le Docteur Pierre COMBREDT au Ministère de la Santé.

Une première convention est conclue entre l'ARISH et le Ministère de la Santé qui aboutit à la création du C.N.D.T., chargé de la documentation, de la formation et de la prévention en matière de pharmacodépendances.

En **1978**, une nouvelle convention est conclue entre le C.N.D.T. et le Ministère de la Santé. Madame Simone PAQUET vient alors dynamiser et organiser notre équipe spécifiquement C.N.D.T. qui s'étoffe peu à peu, secondée en 1982 par Madame Annick MENARD.

Nos nombreuses activités s'étendent. Ce sont des interventions organisées en France. A Lyon, à la demande de la Préfecture, du Rectorat, des Directions de la Santé, des Associations de parents, lycées et écoles, etc... puis dans différents centres d'intérêts parisiens et régionaux : Bourg-en-Bresse, Grenoble, Clermont-Ferrand, Marseille, Nice, Toulouse, Bordeaux, Montpellier, Strasbourg, etc... où nous avons divers correspondants locaux.

Jean BERGERET, CNDT, première étape.

En effet, nous rencontrons dès nos débuts d'autres organismes déjà en place mais surtout centrés sur l'écoute et les soins tournant autour des toxicomanies.

A Lyon, au Pavillon N de l'Hôpital Edouard Herriot avec le Professeur Marcel COLIN et ses collaborateurs et le Professeur Jacques VEDRINNE. Ils inspiraient l'« APUS » regroupant des praticiens coordonnés par le tandem PONTDEVIE - ALBOUT. D'autre part, en ville, fonctionnaient les « 3 A » avec Véronique VINCENT et Alain ODDOU.

A Paris, nous opérons en collaboration avec, bien sûr, notre ami le Professeur Claude OLIVENSTEIN, ancien lyonnais, venu faire une thèse de Sociologie à notre Université avec le Professeur VINCENT.

Et n'oublions pas de citer ici notre opposant du moment à tous, permanent et tenace : le « Patriarche » ENGELMEYER, soutenu pendant quelque temps par des parlementaires un peu naïfs que nous nous sommes employés à détromper.

Nos impératifs étaient très clairs. Il s'agissait :

1. A partir d'une très large et très ouverte documentation sur l'ensemble des problèmes en cause dans les différentes formes de dépendances, et surtout chez les jeunes, de faire passer l'information nécessaire sous une forme claire et utilisable permettant de préciser nos messages.
2. Un toxicomane n'est d'emblée et à priori ni un malade ni un délinquant. Mais il peut toujours plus ou moins le devenir. D'où la nécessité d'engager le plus tôt possible des mesures préventives.
3. Ne pas considérer qu'il n'y a qu'une variété de « toxicomanes », quel que soit le produit utilisé. Outre les usagers passagers, on ne peut pas avoir la même attitude, et curative et préventive, s'il s'agit d'une personnalité psychique de nature psychotique (cas particulièrement graves relevant de la psychiatrie) ou bien de cas (de beaucoup les plus fréquents) reposant sur une situation affective dépressive plus ou moins sérieuse.
4. Nous n'avons jamais cessé d'attirer l'attention sur le fait que si l'opinion publique a toutes les raisons de s'émouvoir de l'importance des dégâts causés par les toxicomanies, il ne faut pas pour autant perdre de vue les conséquences d'autres désordres pouvant survenir également souvent chez des adolescents tels que l'alcoolisme, le tabagisme, les désordres alimentaires, les violences comportementales, les conduites directement ou indirectement suicidaires, etc... Toutes ces difficultés également graves peuvent également reposer sur un fond de profond désarroi affectif et de dépression tout comme les toxicomanies. Par voie de conséquence, il paraît peu opportun de séparer la prévention des toxicomanies de la prévention, surtout chez l'adolescent, des autres désordres affectifs qui peuvent avoir souvent le même sens.

Pour dialoguer sur de tels principes, le C.N.D.T. s'est montré très actif en écrivant de nombreux articles parus dans des revues françaises et étrangères, en faisant la promotion ou en collaborant à des rencontres, colloques, congrès en France et à l'étranger animés par nos équipes plus haut citées.

On peut mentionner particulièrement les manifestations suivantes :

- En **1978**, à Menton avec Madame PELLETIER
- En **1981**, à Dijon avec les psychanalystes
- En **1984**, à Lyon, colloque international « Violences et violences »
- et surtout **1989** à Varsovie (où l'Est et l'Ouest étaient réunis pour la première fois), des spécialistes de l'Europe où le C.N.D.T. était représenté par Huguette et Guy JOURNET et moi-même.

Jean BERGERET, CNDT, première étape.

Par ailleurs, nos équipes sillonnaient l'Europe et j'effectuais, au titre du C.N.D.T., plusieurs missions en Amérique :

- En Amérique du Nord (congrès de Washington et trois séjours au Canada) avec un ouvrage commun : « *Le Traité des Toxicomanies* » ;
- En Amérique du Sud (Argentine, Uruguay, Brésil) patronnées par l'Alliance Française ayant pour thème « *Violence et Toxicomanies* » dans plusieurs établissements d'enseignements français).

De **1979 à 1984**, je représentais la France au titre du C.N.D.T. au sein du comité des experts en toxicomanie auprès du Conseil de l'Europe à Strasbourg.

C'est à partir de ce comité d'experts qu'a été fondé, sur l'initiative du C.N.D.T., l'I.R.E.F.R.E.A. (Institut de Recherches Européen sur les Facteurs de Risques chez l'Enfant et l'Adolescent). Le président en était le Professeur DE FAZIO de Modène. J'en assurais le secrétariat scientifique basé au C.N.D.T. Le Professeur Gérard BROYER devait par la suite en être élu président. Cet organisme est toujours actif. Sa direction est actuellement espagnole.

Le C.N.D.T., sous ma direction rédactionnelle, a publié aux P.U.F., aux P.U.L., chez MASSON, chez DUNOD, chez PAYOT et chez ODILE JACOB, sept ouvrages ayant connu une large diffusion.

Nous avons également participé au montage de deux films :

- A Lyon, aux « Films du Plateau » : « TOXICO QUOI ? » en collaboration avec le Pavillon N et les « 3 A » ;
- Un autre film d'information (en italien) tourné en partie à Rome (CINE CITA) et en partie au Centre cinématographique de l'Université Lyon 2.

C'est en **1988** que devant l'augmentation de nos tâches (et leurs complexités administratives) et donc de nos collaborateurs, que nos locaux universitaires deviennent trop étroits.

Nous nous installons donc au Centre Berthelot dans de beaucoup plus vastes locaux obtenus par Madame PAQUET auprès des autorités locales et c'est mon collègue et ami, le Professeur Gérard BROYER, qui prend alors la direction du C.N.D.T.

Avec ses collègues et tous ses collaborateurs, il aura à opérer une plus précise focalisation des zones géographiques d'opération du centre. Mais il saura en conserver les principes et développer ou approfondir fort pertinemment les actions dans des conditions nouvelles. Ce qui va maintenant nous être rappelé.

Alain ODDOU, Médecin Psychiatre, Vice-Président du CJB.

Du CNDT au Centre Jean Bergeret

Il est difficile pour moi de retracer **une histoire du CNDT / CJB** sur la période référencée sur votre programme. En effet, autant avant 1988 j'y ai été un acteur extrêmement impliqué, pas toujours de façon directe mais toujours intervenant en son nom et au nom des partenaires « lyonnais » qui développaient une éthique et un angle d'attaque de la réflexion sur les toxicomanies dont il faudra peut-être un jour faire une analyse particulière. C'est dans cet esprit que je suis encore là aujourd'hui malgré mes questionnements parfois critiques sur les réalisations du CNDT / CJB à partir de 1988.

En effet, j'ai assumé la **direction de l'association A3** jusqu'en 1996, et à plusieurs reprises, nos interventions se sont croisées voire superposées. Tant il est vrai que les réalisations du CNDT / CJB depuis 1988 se sont rapprochées, de façon progressive vers le soin. En effet, les accords, uniquement fondés sur la parole donnée, au moment de la création du CNDT, en limitaient la mise en œuvre de façon claire. Par contre, à partir du moment où le CNDT ouvrait un espace d'accueil aux personnes, en particulier les jeunes dans les dernières années 80, il entrait dans le domaine d'une clinique qui en principe n'était pas son domaine d'intervention propre. L'accueil des parents d'usagers de drogues, puis la mise en place des PAEJ, des plages santé pour les usagers de substances illicites et enfin les consultations Cannabis en sont des exemples. Tant la place du CNDT / CJB me paraît pertinente en matière de prévention (dite primaire dans les textes fondateurs et historiques du CNDT), dans la recherche, la mise en lien des différents professionnels spécialisés et un pôle ressource documentaire, et surtout la formation. En cela, il me paraît fondamental de défendre **l'existence du CIRDD** qui dans l'évolution de l'histoire du secteur aujourd'hui dit des addictions, est la reproduction régionale de l'ancien CNDT des origines avec des pôles de ressources en méthodologie, de documentation et de réponses fédératives des différents types d'intervention dans le domaine des addictions.

Revenons donc à nos moutons, je vais tenter de retracer **20 ans d'histoire**, mais pour cela je ne pourrai m'empêcher de faire un détour sur les origines déjà évoquées par le professeur Jean Bergeret. Je vous prierai donc de m'excuser des redites mais sans ces premiers pas, le sens des choses ne me paraîtrait pas cohérent.

A ce titre, je reprends les têtes de paragraphes d'une note de service adressée aux centres de soins et d'accueil pour toxicomanes, aux médecins des services d'urgence, et aux médecins chefs de secteur psychiatrique, le 8 novembre 1978 : Que peut vous apporter le CNDT ?

1. Faire **se rencontrer** toutes les personnes qui travaillent sur ces problèmes,
2. Une **documentation scientifique** à votre disposition,
3. Une animation de sessions de **formation**, améliorer et développer **l'information** sur ce sujet,
4. Enfin, vous donner **des conseils** et toutes sortes de **renseignements pratiques**.

Alain ODDOU, Du CNDT au Centre Jean Bergeret.

A partir de 1976, J. Bergeret avait obtenu une convention pour la décentralisation d'une unité ministérielle de la santé chargée de la question des toxicomanies, vers l'Université de Lyon 2, via l'I.R.I.S.H., laboratoire de psychologie clinique, basé à Bron. Une des premières réalisations concrètes a été la mise en place de «sessions de réflexion du Sud-Est sur les toxicomanies». Elles ont démarré les 10, 11 et 12 mai 1977 à Saint Hugues de Biviers dans l'Isère, puis en novembre de la même année à Brannoux les Taillades dans les locaux de la post-cure des Blannaves. Au rythme de deux sessions par an, une réflexion pluridisciplinaire s'élabore et prend forme autour de la question des dépendances, des soins et des prises en charge. La volonté de ne pas créer une spécialisation « toxicomanie » demeurait cependant très nette, même si tout le monde partageait l'idée d'une formation adaptée aux problèmes spécifiques rencontrés. En effet, aux côtés de professionnels de qualifications très diverses foisonnaient des «intervenants» sans qualification particulière, issus du volontariat et de la cooptation. Des personnalités parisiennes, d'autres régions de France et d'autres pays, sont intervenues dans ces rencontres de deux journées, organisées par les structures accueillantes.

Les 9 et 10 octobre 1979, durant une session de formation du C.N.D.T. aux Lutins Cévenols de Saint Baudille du Putois près de Montpellier, quelques professionnels se rencontrent et posent les principes d'un regroupement national. Les parisiens ont échoué à deux reprises dans cette voie. M. Debout et d'autres, réussissent à donner les bases d'une rencontre constituante qui se tiendra à Saint-Etienne. Une charte est élaborée qui en donne les grands principes. Ainsi est née l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie A.N.I.T. Elle réunit des personnes physiques qui interviennent auprès de personnes «distinguées» toxicomanes. Lors de journées nationales de Nantes en 1982, Martine Lacoste en rappelle les bases statutaires, « l'A.N.I.T. est un moyen de rencontres, d'échanges et d'expressions des intervenants en toxicomanie, elle veille à la reconnaissance du toxicomane en tant que personne dans tous les lieux décisionnels où il en est question, et affirme et défend la conception selon laquelle le phénomène toxicomanie ne peut être isolé du contexte social, idéologique et de civilisation dans lequel il s'inscrit ».

Par ailleurs, le C.N.D.T. a mis en place les premiers jalons d'une coordination nationale de la prévention et de la formation, d'où a découlé le «groupe de Lyon», composé des représentants des centres régionaux de France chargés de la formation permanente des personnels en la matière. La première journée d'étude et de réflexion s'est tenue à Bron le 22 juin 1979 sous la présidence de Mademoiselle M.R. Mamelet, à l'invitation du Ministère de la Santé et de la Famille. Etaient présents entre autres les docteur Olievenstein, Orsel, les professeurs Fontan de Lille, Kammerer de Strasbourg et Serisé de Bordeaux. Ce groupe «expert» a servi de lieu d'élaboration de la politique sanitaire et sociale jusqu'en 1988. Il délimitait, entre autres, trois niveaux de formation : le Niveau 1 ; stages destinés aux personnes qui ayant à connaître des problèmes liés aux toxicomanies ont besoin de recevoir une formation théorique sur ce problème, le Niveau 2 ; stages réservés aux personnels des structures d'accueil et de soins pour toxicomanes qui doivent permettre un approfondissement de leurs connaissances et le Niveau 3 pour la formation des formateurs dont une session fondatrice s'est déroulée à Dijon.

Alain ODDOU, Du CNDT au Centre Jean Bergeret.

Un service de documentation avec achat d'ouvrages, abonnement à des revues spécialisées et à la presse nationale, recueil de thèses et travaux, débute timidement. Cette branche documentaire prendra forme sous l'intitulé de « **Toxibase** » en 1984 avec un soutien massif de la MILT/DGLDT. En effet les avancées considérables en informatique et bureautique sont prometteuses, et les banques de données informatisées se développent. La surface nationale du CNDT de cette époque paraissait pertinente pour mettre en place ce dispositif. (Je me souviens avoir accompagné Bernard Poulet avec Hubert Pfister pour convaincre le président de la MILT (Karsenty ?) de l'époque du financement de cette banque de données). Mais Toxibase sera au croisement de nombreux enjeux tant politiques, que financiers, territoriaux, d'influences et de pouvoir. Après d'étonnantes tractations et des alliances dont l'histoire gardera ses secrets, Toxibase sera séparée du CNDT et sommée comme lui de s'appuyer administrativement sur une association loi 1901, tout en continuant à être des très proches voisins puisque pendant plusieurs années ils seront logés dans les mêmes locaux du 14 avenue Berthelot avant d'en être chassés par l'extension du Musée de la Résistance, en 2000.

Pendant ce temps, une réponse écrite est faite de façon systématisée aux divers courriers qui y parviennent à propos de questions sur les drogues et la toxicomanie. Deux films ont été réalisés avec « Les films du plateau », Georges Combe, assistant d'Ottavi, pour le premier, et Bernard Smith, pour le second. Le premier, en 1979, traite d'informations générales pour tout public, « *Toxico-Quoi ?* », il est réservé aux présentations effectuées par au moins un membre des équipes d'information et pour précéder une discussion auprès d'un public ayant déjà profité d'une sensibilisation psychosociale. Ceci reste un principe fondamental qui sera défendu jusqu'à aujourd'hui, et souligne la notion de durée des actions préventives dans le temps, le souci d'une participation large des différents protagonistes de l'action préventive et l'idée qu'une simple information n'est pas préventive. Le second, en 1981, est destiné aux médecins, « *le médecin face au toxicomane* ». Ce dernier, du fait de l'aide financière d'un laboratoire pharmaceutique, fut très utilisé dans le cadre de la formation médicale. Un troisième a été réalisé en 1980, intitulé « *Après la cure* ». Enfin, une brochure d'information pour le grand public est réalisée et largement diffusée au niveau national, « *Toxicomanies Toxicomanes* », au moins 500.000 exemplaires en furent tirés. C'était la première d'une grande série qui seront distribuées aux plans national, régional et local.

Une recherche, sous l'égide de l'I.N.S.E.R.M., sous la direction de J.Bergeret, avec la participation du CRESSA, ayant pour hypothèse : existe-t'il une « *drogabilité* » et une personnalité spécifique des toxicomanes ? , est menée de 1975 à 1980. Elle débouche sur la publication aux Presses Universitaires de France, du « *Toxicomane et ses environnements* », et aux Presses Universitaires de Lyon, de « *Toxicomanie et réalités* ». Ces ouvrages ne connaissent pas un grand succès de librairie, et, surtout, sont boudés par les parisiens. Pourtant ces travaux ont bien montré les liens entre les environnements des sujets, particulièrement la déstructuration des liens intra-familiaux, le rôle de la dépressivité liée à l'Ennui, la non-intériorisation de la loi symbolique, et l'appartenance des dépendants aux structures psychiques classiques, déjà rencontrées dans les pathologies mentales. Elle devait déboucher sur la création d'une « *unité de recherche* » avec des « *chercheurs* » attirés, mais ce projet n'aboutira pas.

Alain ODDOU, Du CNDT au Centre Jean Bergeret.

En 1981, le docteur Bernard Poulet est embauché, il y restera jusqu'en 1988 avec la fonction de directeur à partir de 1984. Une passerelle vers l'université est mise en place pour permettre aux non diplômés du dispositif de prise en charge des toxicomanes, d'acquérir une qualification validée, dans le cadre d'une formation par la pratique (DUPP). En octobre 1985, le collectif de professionnels du champ de la toxicomanie du Sud Est, organisateur de la formation est dissout. Un collège organisateur est constitué, il comprend 3 représentants des intervenants (un éducateur, un psychologue, un psychiatre), 3 représentants des responsables de structures dispensant des soins (P.Prat, A.Oddou, H.Pfister) et 3 représentants spécialistes de la formation (A.Salla, G.Broyer, P.Fustier). Pierre Guette, psychologue au sein de l'équipe du pavillon N, est alors responsable de la formation en 1986.

Le bulletin de liaison du C.N.D.T. verra le jour en 1983, très modestement, sa rédaction est confiée à tour de rôle à une structure qui trouve là un moyen de s'exprimer et de développer ses réflexions propres. Une parution irrégulière mais constante se fera jusqu'en 1995. Quelques titres évocateurs et particulièrement précurseurs dans la réflexion de l'abord théorique des questions de dépendances sont à noter : « *Violence et violences* » dans les suites du colloque sur ce thème et les travaux de Jean Bergeret sur la violence fondamentale, en 1984 ; en 1986, « *Réflexion sur la prévention primaire des toxicomanies* » qui est souvent désignée comme un mythe fondateur ; en 1988, « *Presse, Toxicomanie, Opinion Publique* » premier cahier thématique avec les actes du colloque dont un texte passionnant de René Kaes sur les alliances inconscientes , « *Sports, toxiques et dépendances* » en 1990 qui reprend les communications d'un colloque organisé à Lyon sur la question anticipée du dopage ; en 1991, « *SIDA, prévention et soins, données internationales* », précédé de la publication du Cahier thématique en 1990 de « *Toxicomanie et SIDA* », ils seront largement référencés dans les publications spécialisées .

A la suite d'un mémoire sur l'injonction de cure de désintoxication dans le cadre d'une attestation universitaire de droit médical que j'avais effectuée avec le Professeur Louis Roche, dès 1984, est mis en place, sous l'égide du C.N.D.T., un groupe de travail articulé autour de la loi et les usages de substances psycho actives licites et illicites, dit « groupe loi ». Il réunit pendant onze ans des personnes volontaires, issues de tous les niveaux d'intervention en matière de toxicomanie (policiers, douaniers, personnels pénitentiaires, soignants de tous horizons, avocats, magistrats, éducateurs de prévention, travailleurs sociaux, élus, administrateurs publics, agents de l'Etat ou de collectivités territoriales, usagers et ex-usagers de drogues, économistes, philosophes, etc.). Nous réussissons à élaborer un langage commun autour d'une question dont la complexité n'est plus à démontrer. Ce groupe loi s'est reconstitué après quelques années d'interruption, et fonctionne toujours, sous l'égide des trois associations départementales qui gèrent des CSST.

Ainsi, durant les années 80, le C.N.D.T. (Centre National de Documentation sur les Toxicomanies) et le «groupe de Lyon», et, l'A.N.I.T. (Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie), alors basée à Saint-Etienne, regroupent l'essentiel de la réflexion à propos de toxicomanies sur le territoire national. Claude Orsel et l'Abbaye, ainsi que Marmottan et Olievenstein avaient bien occupé ce terrain dans les années 70. Cette position locale ne convient pas à tout le monde en France, et, la Direction Générale de la Santé et la Direction des Actions Sociales, probablement influencées par

Alain ODDOU, Du CNDT au Centre Jean Bergeret.

l'arrivée de personnes très préoccupées par la progression de l'épidémie de SIDA chez les toxicomanes, et d'anciennes velléités parisiennes, dénoncent la convention avec Lyon 2, et somment le CNDT de se doter d'un outil de gestion administrative associatif.

Le **19 janvier 1988**, en assemblée constituante, et le 4 février, pour la préfecture du Rhône, le C.N.D.T. prend la forme juridique d'association loi 1901, tout en conservant des liens avec l'Université Lyon 2 via l'ARISH. Il faut souligner l'originalité de l'intitulé associatif déposé de façon statutaire : « association Centre National de Documentation sur les Toxicomanies et autres difficultés de la jeunesse ». Le professeur Jean Bergeret en sera le président jusqu'à sa démission en mai 1988. Le Professeur Gérard Broyer, élu pour sa succession, assumera la présidence jusqu'à nos jours.

Mais le démantèlement n'est pas terminé, en **décembre 1988**, la DGS retire au CNDT la fonction de centre coordonnateur de la banque de données TOXIBASE qui, à son tour, prend forme d' **association Toxibase**, et devient ainsi autonome. C'en est terminé de la convention ministère de la santé/IRISH puis ARISH-Lyon 2. Malgré tout, le CNDT puis le CJB continueront à être centre serveur associé de Toxibase jusqu'à sa mort officielle en 2007, et nous ignorons encore à ce jour ce qu'il adviendra de « son cadavre ».

Les mouvements de moyens financiers et des personnels seront compliqués. Le directeur du CNDT, Bernard Poulet, est licencié en novembre 1988, le financement de son poste sera transféré à Toxibase. Au **1er janvier 1989**, Gérard Broyer assure la présidence de l'association et la Direction Générale du Centre, Pierre Guette, sur mise à disposition de la DDASS, est Directeur adjoint de la responsabilité scientifique, Simone Paquet assure la Direction Administrative et comptable. Une convention est alors passée entre le CNDT et la DDASS du Rhône pour assurer son fonctionnement.

A l'évidence, le CNDT est attaqué (et je pense que le mot est faible) sur sa dimension N = national. Le groupe de Lyon passe d'une tutelle de la Direction Générale de la Santé (D.G.S) à la tutelle de la Direction des Actions Sociales (D.A.S.) qui est chargée de la prévention et de la formation. En pleine fournaise de la progression du VIH/SIDA dans la population des toxicomanes, des positions tranchées des uns et des autres sur les traitements de substitution aux opiacés, des luttes de pouvoir sur la formation (Didier Touzeau et l'ANIT montent des programmes de formation en dehors du cadre de ce groupe), des luttes d'influence des différentes approches cliniques, en particulier l'approche médicale, et très probablement l'association du CNDT à une pensée psychanalytique « formatée » pour qui la substitution serait une hérésie, les différentes composantes du groupe de Lyon explosent et aboutissent à sa disparition brutale par un rapatriement dans la capitale qui signe sa fin concrète. Le CNDT sera bien présent dans la future et éphémère France Formation Toxicomanies, mais cette dernière ne trouvera pas les ressources pour se pérenniser dans la durée.

Cependant, le CNDT conserve des dimensions internationales via l'IREFREA, et ses liens tissés durant les années antérieures. Plusieurs Bulletins de liaison du CNDT sont consacrés à des pays de la communauté européenne, en 1988, l'Italie en bilingue, en 1990, l'Allemagne, en 1995, le Québec et le Canada, et les pays nordiques. A ce titre, par exemple, je suis invité, avec Pierre Guette,

Alain ODDOU, Du CNDT au Centre Jean Bergeret.

au premier Colloque marocain sur les drogues en novembre 1995, où de fait je présente une étude sociologique réalisée sous l'égide de l'association A3. Durant celui-ci, d'autres paroles, très médicales, se font entendre et préconisent une substitution élargie, à l'américaine, pour diminuer les incidences de mortalité mais aussi financières des pathologies somatiques des toxicomanes. Dans un contexte scientifique international très marqué par les épidémies de VIH et les virus des hépatites chez les toxicomanes, les traitements de substitution aux opiacés deviennent une panacée de leur prise en charge. Dans une perspective de réduction des dommages (harm reduction) ou de réduction des risques en France, il est vrai que les approches cliniques et théoriques sous tendues par la pensée générale de l'époque n'ont pas résisté à ces pressions.

Par ailleurs, les différents responsables du collège de formation sous l'égide du CNDT, vont constituer des pôles autonomes de formation et de recherche dans leur région réciproque. Le grand Sud Est se réduit ainsi à Rhône Alpes, où il faut compter sur les dispositifs de formation déjà existant, en particulier celui de l'ANIT et la progression des formations destinées à la mise en œuvre des réseaux de médecins généralistes (REVIH-STIS en Savoie, GT69 dans le Rhône). Le CNDT continuera à organiser une à deux fois l'an, et pendant de très nombreuses années, ce que nous désignons par « Stages DDASS » de formation de base, qui pendant une semaine regroupaient, gratuitement, des enseignants, des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux, des élus, des policiers et gendarmes, des magistrats, des responsables d'associations et encore d'autres membres de la société civile sur la prise en charge des questions de toxicomanies. Ceux-ci ont permis de tisser des liens très forts avec les utilisateurs des services du CNDT. Après quelques années d'interruption, il semblerait que l'idée rejaillisse dans le présent.

Toujours dans **la fin des années 80 et début des années 90**, localement, chacun essaie de stabiliser l'existant, et subit, plutôt que prend à son compte, la médicalisation des co-morbidités somatiques, même si le secteur toxicomanie reste très présent dans le débat et met en place quelques mesures appropriées : une consultation somatique en lien avec le service du Professeur Trépo à A3, le groupe SIDA-Toxicomanie régional, géré par A3, au sein duquel était intégrée la psychologue chargée de la coordination départementale et des questions de la prévention du VIH chez les usagers de drogues au sein du CNDT, l'embauche d'un médecin somaticien au pavillon N, la participation aux formations des médecins généralistes volontaires et le développement du futur GT69. La Ville de Lyon avec le docteur Gignoux met en place un groupe de travail sur le SIDA et un autre pour la Toxicomanie où Pierre Guette et moi-même sommes présent comme conseillers techniques et scientifiques. Il faudra trois ans de négociations pour installer trois échangeurs distributeurs de matériel d'injection. Lyon s'inscrit dans le mouvement de grandes villes européennes pour la réduction des risques. La municipalité de Lyon jouera un grand rôle dans la création en 1996 du premier centre de post-cure du département, A3-La Fucharnière à Saint-Didier-au-Mont-d'Or. Le maire de Vénissieux pilote un groupe parlementaire pour l'élaboration d'un projet de loi sur les toxicomanies, intégrant ces dimensions nouvelles. Il a été, avec le Docteur Vignat de l'Hôpital Saint Jean de Dieu et une personnalité politique de Saint-Fons, à l'origine du centre NEMO, «interface toxicomanie», financé par le C.D.P.D. (politique de la Ville) et une subvention de

Alain ODDOU, Du CNDT au Centre Jean Bergeret.

l'Assemblée Nationale. La mairie de Villeurbanne prend une autre voie, suite aux travaux de réflexion et actions de prévention sur le terrain menés sur son territoire avec A3, mais également l'A.N.I.T. et le C.N.D.T. Elle crée «un point écoute», orienté vers les difficultés des jeunes et des adultes en relation avec eux, intégré au Service d'Hygiène et de Santé de la ville, qui deviendra un modèle du genre par la suite. Il sera animé par la psychologue chargée de la coordination SIDA qui n'a pas été conservée au sein du CNDT. Il est intégré dans le cadre des PAEJ lors de la parution de la circulaire qui en propose la création en 1997. La même année, Vaulx-en-Velin crée, avec le CNDT, le Centre Albert Camus, comme lieu d'accueil spécifique «drogue», après avoir auditionné les professionnels du secteur. Il sera suivi après son démantèlement par le « lieu écoute ressources adolescence » géré dans un premier temps par l'ACPS (Centre Lamaze) puis l'association « écouter et prévenir » en 2003. Rillieux-la-Pape essaie de construire un dispositif d'accueil spécifique qui n'aboutira pas du fait d'une complexité locale tout à fait particulière. A3 avait été sollicité suite à un travail de prévention des conduites à risques de longue haleine au collège des Semailles ; action qui lui avait permis d'obtenir un premier prix national UAP pour l'originalité de la réalisation. Le CNDT était déjà présent sur le terrain mais il faudra attendre 2001 pour qu'il parvienne à y installer un PAEJ.

Durant toutes ces années, Pierre Guette et l'équipe du CNDT seront les maîtres d'œuvre de nombreux projets et réalisations de prévention primaire. Pierre défend l'idée qu'un clinicien n'est pas toujours pertinent pour faire de la prévention dans le domaine des dépendances. Les réflexions avec l'Education Nationale se poursuivent après la disparition des médiateurs, adultes relais et équipes ressources au sein de l'institution éducation nationale. Le CNDT avait accompagné de façon très intensive la mise en œuvre du dispositif avec l'aide du docteur Mailly, médecin conseiller technique auprès du recteur, à laquelle succèdera le docteur Dominique Butreau, toujours présente à ce poste. Les comités d'environnement social qui deviendront plus tard Comités d'éducation à la santé et la citoyenneté se mettent en place dans les établissements scolaires. La police nationale (la sûreté urbaine sur Lyon) et la gendarmerie nationale sont chargées à partir de 1992, de faire de la prévention/information à grande échelle dans les établissements scolaires et auprès de publics très divers. Le décret de juin 1992 met fin à plus de 20 ans d'expérimentation des structures d'accueil et de soins des toxicomanes, il supprime totalement la possibilité des CSST de réaliser des actions de prévention dite primaire sur leurs budgets de fonctionnement sauf à trouver les fonds pour ça. Le CNDT peut alors utiliser et développer toute son énergie et ses acquis dans ce champ.

La compagnie Tenfor avec le soutien de Léo Lagrange, en collaboration avec le CNDT, diffuse à partir d'avril 1991 « *Fringale d'étoiles* », sur le principe du théâtre forum interactif. Cette formule sera réutilisée pour d'autres problématiques par de nombreux acteurs. En 1992, en collaboration avec la MJC de Bourg en Bresse, le CNDT réalise l'exposition « *Toxicomanie = dépendance : sortir du tunnel* » qui sera présentée pendant plusieurs années sur le territoire national, et aura beaucoup de succès. L'idée du tunnel symbolise la question de l'enfermement. Le travail d'accompagnement du CCPD (Conseil Communal de Prévention de la Délinquance) de Valence depuis 1984, aboutit en 1988 à l'ouverture d'un espace Santé-Jeunes, le Point Relais Oxygène. En 1993, le CNDT est participant à la mise en place du Bus Info Santé, impulsé par la ville de Lyon.

Alain ODDOU, Du CNDT au Centre Jean Bergeret.

En 1994, le CNDT est associé avec le CCPD de Saint Etienne à un stand « *Sport et toxicomanie* » au salon Etudiants et Perspectives. Dans cette lignée, à partir de 1993, le CNDT développe des missions préventives dans les classes de CM2 qui se perpétuent encore à ce jour. Une série d'outils de prévention voient le jour, certains sont remarquables et toujours utilisés. Je ne peux qu'en faire une liste probablement non exhaustive. En 1998, l'exposition « *on ne badine pas avec l'amour* », travail sur la relation à l'autre ; en 1999, édition d'une brochure « *La drogue : guide de l'élus* » ; puis l'exposition « *Il était une fois une famille : être parent d'adolescents* » ; en 2001, participation à la brochure « *Faire parler la teuf* », la création de « *Histoire de dire* » jeu de cartes, validé par la MILDT et plébiscité encore maintenant ; « *L'arbre à paroles* » support d'animation, « *Trente ans avec sursis* » avec la compagnie des arpenteurs ; l'exposition en 2003 « *Vivre l'adolescence : mes ressources* » ; en 2004, « *Paroles de mères* » ; en 2005, l'exposition « *C'est juste une question d'équilibre* », suivie de « *La serrure* » avec les jeunes de la Duchère ; et enfin la collaboration contemporaine avec Denis Lafontaine et l'exposition photographique sur la prévention spécialisée illustrée de textes de Patrick Pelège.

Pendant ces mêmes années, Chafic Saliba poursuit tranquillement plusieurs recherches épidémiologiques dont une sur la santé des jeunes dans les départements de l'Ain et de la Haute-Savoie publiée en juin 1989 en collaboration avec Annick Ménard. Chafic continuera ses travaux jusqu'à sa disparition brutale et douloureuse pour nous tous.

Courant 1994, Simone Paquet quitte la direction administrative puis **fin 1996**, Pierre Guette quitte le CNDT. Il sera remplacé par Patrick Dessez, psychologue clinicien de l'équipe Toxicomanies du professeur Jean Marc Elchardus au pavillon N à l'hôpital Edouard Herriot, mis à disposition par les HCL.

Les attaques sur le N=national continuent, nous devons envisager de changer de nom, mais aussi de braquet (en langage cycliste). La toute fin du N ne se fera qu'en 2004 où naîtra le CJB, Centre Jean Bergeret. Cependant la MILDT nous fait remarquer que le CNDT, futur CJB, est doté d'un budget de fonctionnement « colossal » par rapport à ses « concurrents » régionaux, et, que nous n'avons plus de mission nationale. Mais les différentes actions menées en direction des jeunes et l'accueil de parents en difficultés avec leur enfant toxicomane ou usager de drogues permettent aux tutelles de proposer la pérennité des financements moyennant la mise œuvre d'un Point Accueil Ecoute Jeunes à Lyon, dans la mesure où il y a continuité de ligne budgétaire toxicomanie. En 2001, un autre suivra à Rillieux la Pape. En 2002, ce sera le tour de Saint Priest, puis une convention de mise à disposition d'une psychologue avec celui de Meyzieu en 2007, qui se poursuit encore aujourd'hui, en 2008, vers Chavanoz. La précarité des financements débouche sur une diversification des actions et des projets. Patrick Dessez avec l'aide de Gérard Broyer poursuit la construction d'un dispositif gigogne. En 1997, le CNDT avec Catherine Miachon, associé avec Tempo à Valence, engage une recherche financée par la Région Rhône Alpes sur les manifestations musicales des jeunes en Rhône Alpes. A partir de 1998, grâce au soutien du professeur Védrinne, administrateur du CNDT/CJB depuis 1989, et, très impliqué dans les questions autour du suicide, le CRPCS, Centre Ressource et de Prévention des Conduites Suicidaires, développe des actions, dont l'accompagnement d'un groupe de personnes endeuillées. D'emblée d'envergure régionale, le CRPCS deviendra fin 2007, CRRPCS, Centre Régional de Ressources et de Prévention des Conduites Suicidaires.

Alain ODDOU, Du CNDT au Centre Jean Bergeret.

Dès 1999, dans le cadre des Contrats Départementaux d'Objectif Santé Justice, commencent « les plages santé » destinées à accueillir, en alternative aux poursuites pénales, les usagers de substances illicites. Dans la foulée, en 2005, et en convention avec l'APUS, Association des Praticiens de l'Urgence Sociale, la consultation dite « cannabis » prend forme, elle est maintenue à ce jour et redistribuée dans les PAEJ gérés par l'association Centre Jean Bergeret. La pratique de ces deux cadres respectifs est évaluée de façon très positive par les tutelles concernées, en particulier la Justice. Plus récemment, la mise en place des stages de sensibilisation payants, prévus dans les textes de loi du 5 mars 2007 n'a pas été acceptée par le Conseil d'Administration du CJB.

En 2001, suite aux propositions de la MILDT, le CIRDD (Centre d'Information et de Ressources sur les Drogues et Dépendance) d'abord interdépartemental Ain, Loire, Rhône. Sous son égide est organisée une journée interdépartementale sur la prévention des addictions en novembre 2002 à Bron. En **2006**, après de nombreuses interrogations, discussions et tractations de couloir, le CIRDD s'étend à l'ensemble de la Région, il se décline Centre d'Information Régional sur les Drogues et Dépendances Rhône Alpes. Selon les exigences de la MILDT, face à l'intégration depuis 1999 du CNDT/CJB à l'ERSP Espace Régional de Santé Publique, il prendra forme d'une nouvelle structure autonome, gérée par l'association CJB. Catherine Miachon en assure la direction pour constituer une équipe, stabilisée à ce jour, et performante dans ses missions. Ces dernières ont des affinités nettes avec celles du CNDT des origines proposées en 1978 ; à l'écoute, recueil de témoignages, d'expériences, mise en lien des acteurs, recueil des travaux et recherches, organisations de sessions de formation ou de colloque, édition de plaquette et brochures d'information et enfin conseils et renseignements pratiques de toutes sortes.

Il ne me paraît pas possible de conclure ce regard de **20 ans sur le CNDT/CJB**, alimenté d'une gestation de longue durée de 1976 à 1988 qui en a posé les bases et l'infrastructure.

En effet l'association CJB est intégrée au Groupement d'Intérêt Economique Espace Régional de Santé Publique ERSP aux côtés de l'ORS, de la FRAES et du CRIPS. Elle regroupe à ce jour deux entités administratives. D'une part, le CRPCR, Centre Régional de Prévention des Conduites à Risques, dirigé par Patrick Pelège, avec en son sein les PAEJ qui mettent à disposition de la MDA, Maison Départementale des Adolescents, quelques heures de psychologue, le pôle Santé Justice (plages santé), un pôle formations études et recherches, un pôle ressources souffrance des jeunes (outils, actions en milieux scolaire et étudiant, actions CFA et en éducation populaire), et enfin le CRRPCS Centre Ressource Régional de Prévention des Conduites Suicidaires.

D'autre part le CIRDD, dirigé par Catherine Miachon, qui, en deux ans, a réussi à s'installer et prendre sa vitesse de croisière dans la région Rhône Alpes. Ces structures sont évolutives, élastiques et adaptatives, difficiles à faire fonctionner car très soumises aux aléas des politiques publiques qui auraient tendances, comme avec beaucoup d'autres dispositifs associatifs, à nous instrumentaliser pour mettre en œuvre leur projet. Les réussites, mais aussi les ratages, du CNDT/CJB sont le fruit d'un ensemble de personnes toutes motivées qui mettent en œuvre leurs

Alain ODDOU, Du CNDT au Centre Jean Bergeret.

compétences avec le plus grand sérieux et respect de la personne humaine. Ils ont donné beaucoup d'énergie, et il en fallait beaucoup, pour survivre dans le paysage loco-régional, après la suppression des missions nationales et internationales de l'ex-CNDT. Je les remercie ici, j'en ai connu beaucoup, j'ai travaillé avec eux, j'ai souvent utilisé leur savoir faire précieux durant ma carrière professionnelle, je regrette que certains ne soient plus ou pas là, mais je suis très fier de participer aujourd'hui, à cette aventure. Je sais que j'ai oublié bien des choses dans ce retour dans le passé, n'ayant pas été toujours présent au sein du CNDT, voire même dans une position concurrente parfois lorsque j'étais directeur de l'association A3. Mais j'espère bien être encore là au 50ème anniversaire du CJB en 2038 ! Je vous remercie de votre attention.

Gérard BROYER, Professeur émérite de psychologie Université Lumière Lyon 2, ex-Président de l'association CJB,

Faire de la prévention : à conjuguer à tous les temps

Après trente années passées dans le domaine de la prévention, je voudrais vous faire part de quelques remarques personnelles. Un constat s'est tout d'abord imposé : dans le domaine de la prévention et plus particulièrement dans la question des toxicomanies, la distinction doit obligatoirement être faite entre le traitement clinique et le traitement social des problèmes. En effet, chacun d'eux engage des modes d'analyses et des modes d'intervention spécifiques.

Tout au long de ces trente années d'existence du CNDT/Association du Centre Jean Bergeret, d'évidence le balancier a oscillé d'une position solipsiste de départ, à visée davantage centrée sur l'aide à apporter aux toxicomanes eux-mêmes, à une position plus sociale du traitement du problème. C'est ainsi qu'il faut lire, je pense, l'évolution de la qualité des différentes directions qui se sont succédées : de Bernard Poulet, le premier directeur, psychiatre de formation, à Patrick Pelège, sociologue, nous sommes passés par Pierre Guette, psychologue clinicien, et Patrick Dessez, psychologue clinicien et thérapeute familial.

1. Nous allons faire de la prévention

Il faut bien se rendre compte de la petite bombe que Jean Bergeret fit éclater lorsqu'en ce mardi des années 70, avec son enthousiasme habituel, il annonça en conseil scientifique de l'Institut de Psychologie, qu'avec le CNDT nous allions nous lancer dans la prévention ! Mais pas n'importe quelle prévention : la prévention primaire intégrée, seule prévention authentique pour Jean Bergeret. Le travail de prévention se concevait alors sous trois aspects à savoir : la prévention primaire, c'est à dire celle qui s'intéressait à l'étude de facteurs de risques encourus par les individus avant qu'un

Gérard BROYER, Du CNDT au Centre Jean Bergeret.

désordre affectif ou relationnel ne se soit encore manifesté ; la prévention secondaire, c'est à dire les remèdes à apporter aux difficultés déjà matérialisées, et la prévention tertiaire, c'est à dire les mesures destinées à la réintégration sociale de ceux qui sont sortis de leurs anciennes difficultés et ne doivent pas y retomber.

Outre le bouleversement institutionnel qu'une telle idée implique, nous allons être obligés de créer une association de loi 1901 : l'ARISH (Association de Recherche et d'Intervention en sciences Humaines) ; merci à Paul Fustier le président fondateur, et merci également aux Présidents d'Universités qui nous ont accompagnés et suivis tout au long de notre parcours : Maurice Bernadet, Philippe Lucas, Michel Cuzin, Eric Froment, Bruno Gelas, Gilbert Puech et enfin Claude Journès. Au moment où l'on ne parlait pas encore de « recherche-action », Jean Bergeret nous lance dans cette aventure d'un laboratoire de recherche d'université qui s'engage dans de l'action en sciences humaines avec des crédits autres qu'universitaires ! Du « comprendre » devra découler du « faire », et de « l'agir ». Et comme le faisait remarquer Françoise Facy lors du colloque de L'ANPAA de la semaine dernière, le domaine de la recherche clinique diffère totalement du domaine de l'ambulatoire. Un monde les sépare.

A cette époque, la compréhension du phénomène « toxicomanie » est d'abord l'analyse d'une souffrance individuelle. Pour les auteurs-phares de l'époque, tels J.Bergeret (1982,1990) ou P.Jeammet (1990) pour n'en citer que quelques-uns, il apparaît que les comportements addictifs ont pour principale fonction de permettre au sujet dépendant de fuir les situations anxigènes, dues en grande partie à l'incapacité d'élaborer psychiquement ses propres tensions pulsionnelles, en transférant sur un objet partiel sa dépendance afin d'éviter la dépression. La clinique de ces conduites de dépendances met, de fait, toujours en évidence des carences narcissiques sérieuses et précoces, sinon précocissimes, caractéristiques des états limites, carences entraînant des vécus dépressifs contre lesquels il s'agit de lutter « à la fois par le comportement et par le corps » (J.Bergeret 1990). C'est ainsi qu'une sorte « d'économie psychique parallèle » peut se lire, où, selon J.-L. Pédielli (1997), plusieurs facteurs apparaissent comme les noyaux durs de l'addiction : « l'existence d'une initiation à l'origine de ce comportement, la répétition, la dépendance (contrainte interne et impossibilité de remettre en cause le comportement), l'utilisation de l'addiction comme solution à tous les problèmes (solution commune, systématique et stéréotypée), le recours prévalent à l'agir au préjudice de l'élaboration (psychique), la production de sensations corporelles au détriment des émotions et la présence directe ou indirecte de la mort » (id.).

Toutes les actions de prévention entreprises, vont alors viser à la diminution de cette souffrance, renvoyée à un fond dépressif et aux formations réactionnelles qu'il entraîne, notamment à l'isolement et aux conduites agressives.

Je voudrais réévoquer une de ces actions non suffisamment mise en exergue à mon sens, et de plus, trop vite avortée (par manque de moyens matériels faut-il préciser) : le « Musée des enfants », autre association de loi 1901 créée à l'initiative de J.Bergeret, et quelques autres fidèles de la première heure, (citons aussi les autres membres fondateurs : Mmes S.Paquet et M.Drevon), prémices, ou première amorce de nos outils de prévention actuels. Rappelons le but de départ : à l'occasion de la découverte émerveillée d'objets techniques et insolites par les enfants,

Gérard BROYER, Du CNDT au Centre Jean Bergeret.

permettre une réinscription culturelle et le rétablissement d'un dialogue parents/enfants sinon adultes/enfants. Vous l'avez compris, cette prévention primaire découle du fait que nous savons qu'il y a lieu d'intervenir non seulement avant que des troubles évidents n'apparaissent chez un sujet à risques, mais aussi qu'il y a lieu d'intervenir « in situ », dans le cadre environnemental et interactionnel de l'enfance, et en particulier de la petite enfance. C'est à dire dans le cadre familial, scolaire, éducatif et social dans lequel évolue l'enfant très tôt, au milieu des carences ou des agressions diverses dont se trouve victime le sujet à ce moment narcissique initial et si important de son évolution affective.

On ne pouvait que souscrire à la justesse de ces intuitions cliniques. Mais comme je le signalais en préambule, le traitement clinique du problème est différent du traitement social, or, les demandes de la société civile (entendons : attribution de crédits !), visant plus souvent le second aspect, le social, furent souvent difficiles à entendre pour des cliniciens. Ce fut un des premiers moments de crise du CNDT, crise autant épistémologique que politique.

Comment concilier les deux points de vue ? Répondre au politico-social sans oublier l'individuel ? Ce fut le deuxième temps du CNDT avec le passage à la structure associative.

2. Nous faisons de la prévention

Nous allons évoluer vers une compréhension plus systémique de l'action de prévention pour mieux prendre en compte l'environnement du jeune et de son milieu de vie. C'est aussi le moment d'une plus grande ouverture sur l'Europe dans le cadre de l'IREFREA avec les grandes recherches comparatives entre villes européennes initiées par la DGV des communautés Européennes :

- *Drogue et Genre* : coordonnée par l'Italie et notre collègue Paulo Stocco
- *L'usage des drogues récréatives et des nouvelles drogues* coordonnée par l'Espagne et notre collègue Amador Calafat
- *Drogue et famille* coordonnée par le Portugal et notre collègue Fernando Mendès et moi même pour la France.

Pour le CNDT, l'orientation des actions préventives, outre la création des PAEJ (Point Accueil Ecoute Jeunes dont nous allons ouvrir un des premiers en France), va viser la valorisation des compétences psychosociales des jeunes eux-mêmes et/ou de leurs familles, notamment les compétences parentales : un de nos outils de prévention « *Vivre l'adolescence, atelier d'expression sur les compétences psychosociales* » est encore le support qui tourne le plus en 2008.

(Je renvoie également à l'excellent montage vidéo sur les outils de prévention réalisé par J.Rastello). Tout le mérite de cette évolution en revient à Patrick Dessez, et le travail de prévention usera et visera plus le travail de la dynamique des groupes, bien étudiée et analysée par notre collègue René Kaes. Un des outils de prévention-phare de l'époque sera bien sûr « Il était une fois une famille ; Etre parent d'adolescent » qui sera victime de son succès et rendra l'âme en 2006 (merci à Annick Ménard qui en a été la cheville ouvrière).

Gérard BROYER, Du CNDT au Centre Jean Bergeret.

3. Nous devons toujours et encore faire de la prévention

Nous sommes entrés dans le monde Internet depuis longtemps. Mais la révolution informatique qui date des années 80 pour l'industrie et 90 pour les services et l'enseignement, est particulièrement en retard en ce qui concerne le domaine de la santé, et les TIC (Techniques de l'Information et de la Communication), en tant qu'apports de nouveaux moyens techniques d'aide aux soignants, sont encore largement ignorées, sinon dédaignées. Question de générations, certainement !

Quoiqu'il en soit, nos enfants ou nos petits enfants ont une maîtrise prodigieuse de ces nouveaux outils qui deviennent autant de sources de facteurs de risques. Outre les mauvaises rencontres que l'on peut faire, et qui se multiplient dans ce monde de la toile, (autre dénomination d'Internet qui image bien le côté un peu glauque de l'araignée), mauvaises rencontres sociales mais aussi mauvaises rencontres de produits ou de conduites (notamment suicidaires), le risque de la banalisation du virtuel est non des moindres. Lorsque l'on sait l'importance de la rencontre avec le réel et l'importance de la loi dans l'ontogenèse infantile, on se rend compte qu'il faut désormais considérer le traitement du « réalo-virtuel » du monde de l'Internet comme une priorité pour la mise en ordre du monde fantasmagorique des être en devenir que sont les enfants. Engouement pour la fiction, jeux de rôles, films d'épouvantes et autres rituels sataniques pour flirter avec ces forces mystérieuses et non moins sataniques font florès. Le centre a d'ores et déjà organisé une journée de réflexion sur ce phénomène : c'est une des tâches que le centre Jean Bergeret, s'est fixée pour 2008, que de parfaire son organisation informatique afin d'inclure cet outil au sein de la pratique des salariés, ceci de façon à ce que le CRJB soit à même de s'inscrire, avec talents et pertinence, au sein de ces nouvelles techniques de l'information et de la communication, et continuer de transmettre de manière plus contemporaine l'éthique de ses convictions et améliorer la clinique sociale de ses modes d'écoute et d'implication.

Conclusion

Au terme de cette lecture, nous le concédons, tout à fait personnelle et rapide, survol de trente années de prévention et de 20 années d'existence de notre association, on peut dire que le combat pour la prévention, qui fut et reste une conception sinon révolutionnaire, du moins extrêmement novatrice pour l'époque, voie sur laquelle nous a engagée Jean Bergeret, est loin d'être gagné.

Au regard de l'analyse du bilan que le journal Le Monde consacre à la Santé dans son cahier du 18 juin 2008, ce combat ne fait même que commencer pour le plus grand nombre.

Partis d'un traitement clinique et individuel du problème de la prévention primaire intégrée, nous arrivons sous la pression de la demande, à un traitement social qui, aujourd'hui encore, prévaut. Il convient donc non seulement de ne pas perdre de vue mais de réaffirmer le bien fondé et la nécessité de l'orientation du départ telle que nous l'a transmise et rappelée ce soir Jean Bergeret : à savoir la clinique, le travail sur le cadre familial, scolaire, éducatif, le travail sur le social dans un environnement large et ne pas perdre de vue ce défi humain qui se doit d'être éternel : celui d'une société soucieuse d'offrir la garantie pour chacun d'être entouré, tout au long de sa vie, des meilleurs soins possibles : diminuer la souffrance, d'abord psychique, et améliorer la qualité de vie des personnes qui en ont besoin. La prévention est un humanisme, nous a transmis Jean Bergeret, humanisme où devront sans cesse s'équilibrer et se compléter, indissociablement intriqués, la technique et le relationnel.

Richard DURASTANTE, Psychologue clinicien au CRJB.

Exercer comme psychologue clinicien en Point Ecoute

Le psychologue clinicien dans un Point Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ), est amené à recevoir, entre autres, des adolescents et post-adolescents (entre 12 et 20 ans environ), pris dans diverses formes de mal-être, dont l'addiction et les conduites à risques en sont les formes habituelles. La plupart du temps orientés par des partenaires représentant des institutions où ils ont leurs repères, ces jeunes se présentent au PAEJ sans demande explicitement formulée, portés par le souci des adultes, avec une représentation d'eux-mêmes délabrée, oscillant entre normalité et folie, relative à une place en famille et en société qu'ils ne parviennent plus à situer, perdus qu'ils semblent être dans une temporalité confuse. L'approche clinique va porter sur le lien que le psychologue va pouvoir tisser avec le jeune, susceptible de réparer un lien insécure qui marque la famille et le générationnel et qui est prégnant dans la manière dont l'adolescent entre en relation, avec des modalités de transfert « trop chaud » et « trop froid ». Le cadre instaure un lien qui doit être suffisamment souple pour devenir appropriable, ce qui permet à l'adolescent de se relier à sa propre histoire avec laquelle il va pouvoir ainsi à la longue, se réconcilier.

La spécificité du psychologue clinicien dans les PAEJ du Centre Jean Bergeret tient dans l'écoute groupale/familiale du symptôme de l'adolescent, qui vient toujours figurer des zones traumatiques de l'histoire de la famille qu'il a réactivées, au moment où, pris dans la nécessaire réorganisation identitaire qu'entraîne le pubertaire, il est venu re-questionner le lien familial et les places de chacun. A ce titre, nous recevons des parents désorientés qui, débordés par leurs propres souffrances passées qui refont surface, s'agrippent à l'adolescent, le désignant souvent comme cause de la désorganisation familiale. Le but de l'accompagnement psychologique qui se met en place est de les aider à reprendre confiance en eux, à ré-investir une place légitime, par le fait de réinstaurer progressivement en famille une loi symbolique synonyme de clarification des statuts familiaux, point d'orgue du processus de séparation-individuation.

Le psychologue clinicien en PAEJ, pris entre soin et prévention, doit sans cesse re-questionner sa place et son rôle, avec la nécessité de respecter la complémentarité avec les institutions de soin classiques afin d'éviter toute ambiguïté. Par certains aspects, la frontière est mince, voire artificielle, dans la mesure où les accompagnements psychologiques qu'il met en place, à partir de la relation transférentielle et contre-transférentielle qui s'instaure, s'inscrivent dans un registre de soin psychique qui lui est propre, et qui constitue son cadre interne s'étayant sur sa formation analytique. Mais cette apparente dichotomie entre soin et prévention prendrait plus son sens dans les nécessaires différences institutionnelles que constituent ces deux approches afin de les rendre complémentaires, entre ce qui est de l'ordre de la psychiatrie et ce qui ne l'est pas. Il s'agit en tout cas de ne pas psychiatiser une souffrance adolescente.

Richard DURASTANTE, Exercer comme psychologue clinicien en Point Ecoute.

Ces remises en question qui s'imposent au psychologue clinicien de PAEJ, individuellement et en équipe, pour inconfortables qu'elles soient, ouvrent un espace clinique qui n'est pas figé et qui est porteur de créativité. Si sur le plan étymologique, la prévention contient l'idée de venir près et de venir auprès, elle sous-entend le risque de venir trop près, ou de rester trop loin. S'ouvre alors une réflexion constructive sur la limite, qui rejoint la problématique de ces jeunes et de ces familles que le clinicien reçoit. Cette réflexion sur la limite nous a permis, comme nous allons le voir, d'avoir mis en place un cadre sur mesure et malléable¹, susceptible d'être accepté et intériorisé par le sujet accueilli, là où il en est, parfois bien en amont de toute demande expressément formulée. La spécificité du PAEJ serait ainsi d'offrir un espace transitionnel, resituant le sujet dans une temporalité et dans une histoire spécifique.

La diversité des demandes institutionnelles nous engage parfois dans des voies tout à fait inédites, qui nous poussent à nous référer aux fondements éthiques et déontologiques mêmes de notre profession, avec la question sous-jacente : qu'est-ce qu'être psychologue clinicien ? et ceci, afin de conserver nos repères quant à notre identité de base. Ainsi l'articulation avec la Justice conduit les PAEJ à recevoir au cours d'une seule rencontre obligatoire des jeunes consommateurs de substances psychoactives, orientés par les instances judiciaires, dans le cadre d'alternatives aux poursuites. Cette articulation si elle est l'occasion de prendre en compte le sens des actes que l'adolescent vient poser sur la scène du social à défaut de pouvoir verbaliser son mal-être, pose la question de l'obligation. Notre rôle de passeur d'une loi sociale à une loi symbolique nous oblige à être clair et sans ambiguïté avec le dispositif mis en place. Il s'agit de faire de l'obligation préalable, une préoccupation d'adulte, et de mettre parfois des limites à une mise en danger agie. Il s'agirait de travailler avec précision la clinique d'une seule rencontre, qui nous contraint à interroger, avec beaucoup de modestie, nos attentes narcissiques, afin de faire émerger chez l'adolescent une demande d'accompagnement qu'il fera peut-être ailleurs et avec d'autres, à partir du moment où il ne s'est pas senti trahi la première fois. La clinique de PAEJ est assurément une clinique à la limite et de la limite.

Notre souci en équipe a porté sur l'élaboration d'un cadre suffisamment adéquat pour traiter les problématiques addictives rencontrées tant chez les adolescents que dans le milieu familial, avec la prise en compte des traumatismes générationnels aux effets désorganisateurs.

Dans mes travaux de recherche², j'ai proposé un dispositif que j'ai nommé « dispositif en tuilage » constitué de plusieurs éléments. Tout d'abord un cadre malléable qui offre à l'adolescent un lieu de passage susceptible de le faire émerger de la répétition traumatique que constitue l'addiction, à partir du moment où la capacité du clinicien à résister à sa destructivité, peut permettre au jeune de s'approprier le cadre. La malléabilité s'appuie sur notre tolérance à supporter l'absence et le comportement en rupture de certains jeunes, l'important nous paraissant être de leur signifier que nous restons à leur disposition. Notre tolérance à l'absence leur ouvre un espace de liberté. Nous devons donc développer notre capacité à lâcher prise, à ne pas tout savoir, à ne pas tout tenir et parfois à accepter de ne plus les voir, supportant par là-même de n'être qu'un maillon de la chaîne que constitue le processus de soin qui pourra se poursuivre ailleurs et avec d'autres, à partir du moment où l'adolescent ne s'est pas senti emprisonné et passif dans un cadre qui lui aurait été

¹ BERGER M.,(1990), Des entretiens familiaux à la représentation de soi, Paris, Apsygée.

² DURASTANTE R.,(2008), Les addictions à l'adolescence : de la transmission psychique transgénérationnelle à la figuration du traumatisme cumulatif, Thèse de Doctorat, Lyon 2. et JOUBERT C., DURASTANTE R.,(2008), Le cadre en tuilage, place et reconnaissance de l'adolescent en famille, in Le Divan Familial, 21, 67-80

Richard DURASTANTE, Exercer comme psychologue clinicien en Point Ecoute.

imposé d'emblée. Le travail psychique autour de l'absence et de la rupture, constitue donc la pierre angulaire de notre travail. Concrètement, la discrétion a été privilégiée : le PAEJ se situe dans un appartement, sans indication extérieure visible de loin, ce qui permet à l'adolescent l'anonymat de la démarche. Nous nous montrons très disponibles dans les prises de rendez-vous qui sont donnés quelques jours après la demande (il convient en effet d'être assez réactif face à la demande d'un adolescent), restant très disponibles en soirée. Je propose pour ma part au sujet trois rendez-vous consécutifs, que sont renouvelés au fur et à mesure, lui laissant ainsi la possibilité de se séparer de moi à l'issue de la série de ces trois entretiens. Il me semble que cela permet à l'adolescent un espace de jeu et de liberté vis-à-vis du cadre qui se co-construit, sans que le jeune se sente pris et dépendant d'un suivi dont il ne verrait pas l'issue. Il ne se sent donc pas pris dans la représentation d'un suivi éternel dont il ne verrait pas l'issue. Mais malléabilité ne signifie pas mollesse, laisser-faire ou silence. Nous avons pu remarquer qu'à partir du moment où le jeune prend confiance, le cadre devient progressivement fixe et il n'a parfois plus besoin de la série des trois rendez-vous.

Après la malléabilité, j'évoquerais la suffisante familiarité relative à la bonne distance. C'est le fait d'être proche d'un adolescent sans pour cela transgresser la règle d'abstinence. Une familiarité bien tempérée, permet d'activer des processus d'identification afin que, sur le plan fantasmatique, le clinicien puisse être mis à une place parentale ou grand-parentale bienveillante. Pour s'identifier au clinicien, le jeune et sa famille ont besoin de sentir un peu de « même » par le fait d'être accueillis avec humanité et chaleur, ce qui les renvoie à des positions de sujets. Quant à l'adolescent, il a besoin avant tout du contact vrai et authentique avec un adulte qui doit transparaître derrière le professionnel, un adulte qui, capable de verbaliser son souci et ses mises en garde lorsque le jeune se met en danger, lui renvoie la loi et la limite.

Il nous paraît aussi important d'aller-vers les adolescents, sur les lieux habituels où ils ont leurs repères. Ainsi avons nous mis en place, à la demande de certains chefs d'établissements scolaires, des permanences-accueil au sein d'un collège et d'un lycée notamment, ne disposant pas de personnel médico-scolaire. Lorsque l'on connaît l'importance de l'école comme lieu de mise en scène de leur mal-être, ces accueils permettent une première rencontre où des mots peuvent commencer à émerger sur des souffrances agies.

Autre point important du dispositif en tuilage : le travail partenarial en réseau qui constitue un maillage de liens intersubjectifs. Avec d'autres professionnels (médico-scolaire et enseignants, éducateurs de prévention, travailleurs sociaux de l'UDAF ou d'AEMO, de CMP, et dispositif de PRE, entre autres), nous avons mis en place un réseau à partir du souci commun que nous nous faisons pour tel ou tel jeune et sa famille. Ce réseau de partenaires, matérialisé par des rencontres entre nous, a été pensé comme une enveloppe familiale où chacun est à une place différenciée et complémentaire. Ce dispositif permet de faire exister la personne reçue, en tant que sujet, membre d'une groupalité bienveillante. Certains adolescents utilisent ce réseau quand ils vont mal, s'adressant à tel ou tel interlocuteur et lui demandant de se mettre en lien avec les autres. Le fait que certains adolescents verbalisent les positions parentales dans lesquelles ils nous ont placé, sur le plan imaginaire, montre bien que se restaure sur le plan psychique, à travers des représentations imagoïques, une enveloppe familiale effractée, et que le lien se tisse à nouveau, et pour l'adolescent, et pour la famille en souffrance.

Richard DURASTANTE, Exercer comme psychologue clinicien en Point Ecoute.

Cas clinique.

Lili est une jeune adolescente de 13 ans lorsqu'elle s'est présentée au PAEJ, il y a quelque années, accompagnée par un éducateur de prévention spécialisé avec lequel j'ai l'habitude de travailler. Le collègue a repéré chez Lili des comportements sexuels à risques, la mettant en danger de sombrer dans la prostitution, ainsi qu'une chute scolaire importante. Elle a déjà rencontré la coordinatrice sociale de la gendarmerie, et le planning familial. Une plainte a été déposée par la mère. En attendant une mesure de protection de l'enfance, elle a été prise en charge sur le plan éducatif. Pour la protéger, elle est placée dans un internat, loin de son lieu d'habitation.

Je demande à Lili si elle souhaite que l'éducateur participe à l'entretien. Elle accepte, en disant qu'il pourra dire des choses qu'elle même ne peut pas verbaliser. Nous faisons donc un premier entretien en binôme. Lili a une soeur ainée de 15 ans et deux frères plus jeune de 11 ans et 8 ans. Elle ne peut expliquer ses comportements à risques qui ont pris la forme d'agirs sexuels addictifs, verbalisant certaines choses liées à des angoisses autour de la sexualité et de la maternité. Elle ne connaît rien de l'histoire des parents qu'ils n'ont jamais voulu évoquer, à part le fait qu'ils se sont connus lorsque sa mère avait son âge, et qui laisse apparaître chez la mère une sexualité précoce.

Le suivi sera irrégulier, mais cependant constant dans l'engagement et les rencontres. L'inscription de Lili dans un nouvel établissement ne me permettra pas de la revoir régulièrement. Face à son important mal-être, je lui ai donné mes coordonnées téléphoniques professionnelles, lui proposant de m'appeler quelques minutes de l'internat, avant l'entretien suivant, pour me donner de ses nouvelles lorsqu'elle se sentirait très mal (il s'agit de l'un des éléments qui caractérise la malléabilité). Nous décidons de nous revoir à chaque vacances scolaires. L'éducateur se propose alors de lui rappeler ces rendez-vous et de l'accompagner. Elle me téléphonera à certains moments, entre autres lorsqu'elle se sent envahie par des bouffées d'angoisses ayant donné lieu à des crises tétaniformes ou lorsqu'elle a envie de fuguer. A ces moments-là, elle me demande de prendre contact avec l'éducateur pour le tenir informé, lorsqu'elle n'a pu le faire elle-même. Elle lui fera la même demande lorsqu'elle ne parvient pas à me joindre. Entre temps la mère vient me voir, afin que je la tienne informée du dispositif mis en place. J'évoque la possibilité d'un travail psychologique pour elle-même. Elle hésite, assez mutique et honteuse vis à vis des agirs de sa fille. La mère ne veut pas rencontrer pour l'instant de psychologue, je l'oriente alors vers une travailleuse sociale en qui j'ai confiance, avec la proposition que cette professionnelle me fait d'engager un travail qui pourrait permettre à cette mère de faire une démarche vers un psychologue, à un moment donné. Quelques mois plus tard, la mère m'appelle pour prendre rendez-vous. Etant chargé du suivi de sa fille, je demande à ma collègue psychologue au PAEJ de la prendre en charge (voici un autre élément de la malléabilité).

Je reçois Lili de temps en temps. De temps à autre nous faisons le point entre professionnels des diverses institutions qui suivent les membres de la famille. Ces temps de rencontre prennent la forme d'intervisions, où chacun émet son point de vue de sa place, sans qu'un point de vue soit d'emblée prédominant sur les autres. Lili inquiète tout le monde : L'éducateur m'annonce qu'elle serait enceinte – il s'avèrera plus tard que ce n'est pas le cas – elle aurait un secret qu'elle ne peut pas me dire mais qu'elle me dira un jour. Au bout de quelques mois, elle peut venir seule.

Richard DURASTANTE, Exercer comme psychologue clinicien en Point Ecoute.

A un moment donné, elle me dit son secret : il s'agit d'une agression sexuelle dont elle a été victime au cours de l'une de ses fugues lorsque ses problèmes ont commencé. Elle a pu puiser le courage de déposer plainte plusieurs mois après. Lili parvient de plus en plus à se protéger et à s'autonomiser.

Ses résultats scolaires sont à nouveau bons, elle va mieux, s'est apaisée au collège. Elle peut à présent mettre des mots sur son mal-être de l'époque. Elle est cependant préoccupée par sa sœur aînée sur laquelle le symptôme semble s'être déplacé. Cette dernière est à son tour aux prises avec des conduites à risques sur le plan sexuel. Elle a avoué à Lili être enceinte (cela confirmerait des angoisses autour de représentations traumatiques liées à la sexualité). Elle dit à Lili qu'elle aimerait « rencontrer Richard » (c'est mon prénom, car l'éducateur, lorsqu'il est dans cette famille, ne nommait ainsi. Si cette familiarité m'a dérangé au début, il m'a semblé qu'elle pouvait être pensée comme « suffisante familiarité », et laisser à la famille la possibilité de me toucher d'assez près, tout en respectant la règle d'abstinence). La mère me téléphone et appuie la demande de ses filles. Lili accompagne sa sœur Emilie, elle lui a précédemment fait rencontrer chez les éducateurs spécialisés, et a pris rendez vous pour sa sœur au planning familial (je remarque comment Lili s'appuie à ce moment-là sur le réseau mis en place, et comment la sœur accepte cette aide dans la mesure où la confiance s'est précédemment établie entre Lili et le réseau).

Je fais donc un entretien avec Lili et Emilie car elles ont voulu entrer ensemble. Cette dernière est en grande souffrance, se disant exclue de la famille. Son père est rejetant et quelque peu maltraitant. En ce qui concerne ses conduites à risques, elle dit qu'elle n'a que ce qu'elle mérite (verbalisant par là-même le fait qu'elle aurait retourné sur elle-même la violence qu'elle a pu vivre de s'être sentie rejetée, ayant pu donner lieu à un noyau de culpabilité primaire³).

Emilie acceptera de revenir.

Le suivi psychologique de la mère met progressivement l'accent sur son vécu faits de traumatismes autour de la maltraitance, où apparaissent beaucoup de non-dits et de secrets et qui sont réactivés par les passages à l'acte de ses filles.

Nous voyons donc comment toute la famille entretient inconsciemment le symptôme de ces adolescentes, directement relié à des zones d'ombre, muettes, traumatiques de l'histoire familiale. Les conduites à risques de Lili et de sa sœur ont pour fonction de tenter de figurer leur trop plein de tensions traumatiques, de mettre à distance un persécuteur interne lié à l'intrusion du transgénérationnel⁴, et certainement d'alerter la famille et l'entourage, et de mettre en scène l'impact traumatique d'une histoire familiale douloureuse qu'elles questionnent par leur mise en danger. Le réseau est alors convoqué par les adolescentes et par la mère, dans son rôle d'enveloppe contenante et protectrice. D'autre part, c'est au moment où la mère s'est autorisée à faire des liens avec sa propre histoire que ses filles ont pu s'approprier une démarche personnelle.

³ ROUSSILLON R.,(1991), Paradoxes et situations limites de la psychanalyse, Paris, PUF.

⁴ DUEZ B., DURASTANTE R.,(2008), De la paranoïa à l'adolescence, in Adolescence, 65, p. 597-612.

Richard DURASTANTE, Exercer comme psychologue clinicien en Point Ecoute.

En conclusion, je mettrais l'accent sur deux spécificités au moins du PAEJ :

- **L'écoute groupale**, à savoir la prise en compte de la famille en tant qu'appareil psychique spécifique. L'appareil psychique familial⁵ est susceptible d'articuler les psychés individuelles de ses membres, cet appareillage reposant sur un fond symbiotique commun qui n'est jamais élaboré, et qui détermine les places de chacun dans l'ensemble familial (ce fond symbiotique est fait de traumatismes de l'histoire familiale qui se transmettent de génération en génération et qui constitue le socle même des liens narcissiques.). Cet aspect de l'écoute permet d'entrer en empathie avec chacun, afin de permettre de déculpabiliser les parents et d'entendre la souffrance de l'adolescent, lui permettant ainsi de reprendre une place plus appropriée.

- **Le dispositif « en tuilage »** qui s'adapte au sujet là où il en est. Le cadre malléable respecte le rythme propre de chacun, ce qui le rend plus facilement appropriable. La prise en compte de la famille dans la perspective où le symptôme est groupal et tenu par tous, permet un travail sur le lien, et donne l'opportunité à l'adolescent de mettre en mots et en sens sa souffrance psychique au regard des enjeux familiaux lui ayant désigné une place de manière aliénante. Ainsi l'adolescent se dégage progressivement de son symptôme dans la mesure où il peut signifier par la parole ce qui ne va pas et la solitude dans laquelle il se trouvait au regard de sa souffrance psychique, jusqu'alors difficile à verbaliser et à partager. Il va pouvoir ainsi s'en dégager progressivement, par le fait même, d'un symptôme qui prend moins de place dans sa vie et dont il n'a plus besoin pour exprimer un mal-être. La démarche de soin est certainement plus efficace lorsque la famille est ainsi prise en compte.

⁵ RUFFIOT A., (1981), La thérapie familiale psychanalytique, Paris, Dunod.

Pascal ROMAN, Psychologue, Professeur à l'Université de Lausanne,
Président du Centre Jean Bergeret.

Accueillir la souffrance des adolescents : les "nouvelles" postures de l'hospitalité

Je vais essayer de tracer en quelques mots ce qu'il pourrait en être des enjeux cliniques de l'accueil de la souffrance des adolescents, dans des lieux, des espaces, des dispositifs tels que ceux que le Centre Jean Bergeret fait vivre.

Il s'agira de proposer quelques pistes pour tenter de penser ces enjeux, sans prétention à les aborder de manière exhaustive, pour mettre l'accent sur la manière dont la rencontre avec l'adolescent nous mobilise dans des postures singulières, dont il convient de décrypter les ressorts.

1. La souffrance des adolescents : comment la qualifier ?

Nous ferons un détour par quelques rappels généraux sur l'adolescence et ses enjeux pour commencer... L'adolescence et l'adolescent confrontent à des mouvements de dé-liaison. Cette dé-liaison se trouve inaugurée par la poussée pulsionnelle, que Ph. Gutton¹ identifie comme un véritable traumatisme (le « traumatisme pubertaire »), et elle modifie l'économie psychosomatique de l'adolescent (son corps bien sûr, mais également le régime de ses émotions et de ses affects), et elle tend à envahir l'ensemble des secteurs de la vie psychique de l'adolescent. On connaît les vacillements identitaires et les remaniements identificatoires engagés par ce temps du développement, qui font de l'adolescent par définition pourrait-on dire un sujet en souffrance. On sait aussi de quelle manière ces vacillements ouvrent sur un risque pour l'adolescent...

Cette souffrance est à entendre dans une double acception, du point de vue de l'affect de souffrance, mais aussi de la contrainte à la passivité qui place l'adolescent au coeur de vécus d'abandon (en souffrance, comme l'on peut dire d'un colis qu'il est en souffrance). Et c'est sans doute à partir de l'identification de cette souffrance (identification à cette souffrance ?) que l'on peut penser un espace pour les pratiques de prévention, à partir d'une posture d'accueil inconditionnel susceptible de soutenir une re-liaison des engagements pulsionnels. C'est l'inconditionnalité de cet accueil qui autorise l'adolescent à jouer avec le là/pas là, la présence et l'absence... sans risquer de rencontrer l'une des figures de l'insupportable à l'adolescence comme le montre bien P. Jeammet : l'abandon ou l'intrusion....

Mais cette souffrance de l'adolescent, est aussi à entendre dans sa dimension sociale, au travers du grand écart qu'impose un environnement économique et culturel qui propose un message paradoxal : à la fameuse injonction paradoxale « sois spontané ! » décrite par l'école de Palo-Alto, fait écho une forme actuelle que l'on pourrait identifier autour d'un « soit libre ! ». Cette injonction contient tout à la fois une invitation à une jouissance sans fin et à l'inscription dans des dépendances aliénantes. La contrainte à consommer s'inscrit dans ce contexte, contrainte qui ne fait qu'exacerber les enjeux de dépendance/indépendance qui traversent l'adolescent et qui vont se déployer dans les espaces de rencontre qui lui sont proposés. La contrainte à consommer vient par ailleurs buter sur une inaccessibilité des objets convoités, entraînant des formes de dépendance transgressive...

¹ Gutton P. (1996), Le pubertaire, Paris, P.U.F

Pascal ROMAN,

Accueillir la souffrance des adolescents : les “nouvelles” postures de l’hospitalité.

2. La place de la souffrance dans le déploiement de la vie psychique et dans les institutions

Mais quelle est la place de la souffrance de l’adolescent dans les institutions ? Comment celle-ci s’exprime-t-elle ? De quelle manière la souffrance rencontre-t-elle les institutions en charge des adolescents, particulièrement dans le champ de la prévention ?

On pourrait définir la démarche de prévention à partir de l’actualisation d’une préoccupation pour l’adolescent, dans des configurations cliniques et/ou institutionnelles au sein desquelles la rencontre avec l’adolescent est marquée par une absence de demande.

On sait à présent (après avoir longtemps dénié la spécificité de l’économie psychique adolescente et/ou narcissique, de manière plus large... et s’être rendu coupable/complice de véritables non-assistance à personne en danger), on sait à présent les risques qu’il y aurait à méconnaître la part implicite contenue dans des formes détournées de demande, adressées par l’adolescent aux fins que l’on prenne soin de lui... et l’on a appris, au fil du temps, à se démarquer d’une considération névrotique de la demande. On pourrait dire que la prévention s’inscrit à cette place, celle des limites que revêt une conception de la demande qui prendrait appui sur une capacité de l’adolescent à reconnaître sa souffrance et à la porter dans un acte de parole. Car à défaut d’acte de parole, ce sont des actes agis que l’adolescent vient mettre sur le devant de la scène.

En effet, on peut considérer que les agirs adolescents, qu’ils se présentent sur un mode auto- ou hétéro-agressif, sur un mode somatique et/ou sur un mode déficitaire viennent interroger l’adulte / le professionnel dans sa potentialité soignante (potentialité à prendre soin / potentialité à soigner). La question de l’explicitation de la demande devient alors une question superflue, ou à tout le moins secondaire, au regard de la fonction d’adresse nécessairement contenue dans l’expression de l’agir.

L’enjeu tiendrait alors, en premier lieu, dans la capacité d’accueil de cette adresse par les professionnels de l’adolescence (enseignants, éducateurs, soignants...) et dans la reconnaissance de la dimension de souffrance qu’elle contient. Ce premier enjeu est un enjeu paradoxal s’il en est, tant les attaques contenues dans l’agir adolescent tendent à mettre à mal, d’emblée, les potentiels d’accueil de l’environnement.

Sans doute convient-il de préciser ici que je considère que la souffrance psychique appartient à l’humain, qu’elle est partie prenante de sa singularité et de ses potentiels créatifs, et qu’il ne s’agit en aucune mesure de prétendre en éradiquer toute forme expressive, particulièrement à l’adolescence. Cette souffrance, c’est celle de la rencontre avec le manque, de la rencontre avec la part du nécessaire inachèvement et de la nécessaire incomplétude auxquels nous renvoie notre expérience de sujet de la pulsion (sujet désirant), et qui se trouve exacerbée à l’adolescence dans l’alternance entre les mouvements de toute-puissance / toute-impuissance qui traversent l’adolescent.

Pascal ROMAN,

Accueillir la souffrance des adolescents : les “nouvelles” postures de l’hospitalité.

Se positionner dans un projet d’éradication de la souffrance reviendrait à se situer, en quelque sorte, en miroir des mouvements qui traversent la vie psychique de l’adolescent : ne pas manquer au risque de (se) perdre... avec son cortège de stratégies de colmatage que l’on connaît chez les adolescents, parmi lesquelles les consommations de toxiques se trouvent en bonne place, tout aussi bien que les autres formes d’addiction qui prennent le corps comme objet (troubles alimentaires, auto-mutilation, sexualité compulsive...).

Dans cette perspective, la souffrance de l’adolescent doit pouvoir être accueillie comme signe, comme indicateur d’une adresse qui ne peut se dénommer comme telle : on pourrait dire que la souffrance constituerait une forme d’en-creux de la demande, que cette souffrance s’exprime par la violence et/ou par des manifestations de retrait plus ou moins destructeurs. P. Jeammet insiste sur la forme d’agir que représente la passivité chez l’adolescent : se rendre activement passif, pour échapper à la contrainte à la passivation à laquelle l’émergence pulsionnelle à la puberté confronte l’adolescent...

En avançant encore d’un pas, on peut entendre de quelle manière l’accueil de la souffrance de l’adolescent peut constituer un levier pour l’investissement d’une relation de soin. C’est bien dans l’articulation entre le prendre soin (au sens de la préoccupation maternelle décrite par D.W. Winnicott) et le soigner (au sens de la transformation et des réaménagements psychiques) que peut se déployer cet accueil... alors que les institutions se trouvent bien souvent confrontées, dans l’accueil des adolescents, à la pauvreté des potentiels d’adresse d’une demande de soin... souvent au moment même où la souffrance de l’adolescent trouve une expression aiguë dans l’explicite des manifestations d’agirs auto- ou hétéro-agressifs.

3. L’hospitalité : une figure pour tenter de rendre compte des enjeux de l’accueil de la souffrance de l’adolescent

On peut entendre l’expérience paradoxale à laquelle renvoie l’accueil de la souffrance de l’adolescent, et, en particulier, la manière dont cet accueil vient faire écho au paradoxe adolescent dans le lien : trop près, c’est l’intrusion, trop loin, c’est l’abandon.

Du point de vue du professionnel (et des institutions), c’est bien au plan de l’éprouvé transférentiel et du maniement des positions transférentielles que les choses vont se jouer. Comment le professionnel, l’institution va-t-il (elle) pouvoir accepter, et à quel prix, d’accueillir et de loger en lui une part de la souffrance de l’adolescent, pour permettre une transformation de celle-ci ? Comment le professionnel, l’institution, va-t-il (elle) survivre à la confrontation à ce paradoxe du trop près = intrus, trop loin = abandonnant et à la violence qu’il génère ?

Pascal ROMAN,

Accueillir la souffrance des adolescents : les “nouvelles” postures de l’hospitalité.

Je propose de penser ce paradoxe à partir d’une double figure, la figure de l’otage d’une part et celle de l’hôte d’autre part².

En effet, la figure de l’otage manifeste une première face de ce paradoxe dans le lien transférentiel. Dans une acception générale, le dictionnaire Robert nous apporte deux pistes d’explicitation du terme d’otage, à la fois au plan étymologique et au plan sémantique :

- au **plan étymologique**, la racine latine hospes renvoie à l’idée du logement, de la demeure, avec ses prolongements bien connus d’hospice, d’hôpital et d’hospitalité,

- au **plan sémantique**, le terme d’otage désigne, historiquement, non pas tant le sujet pris dans un lien complexe au regard de l’exécution d’un projet (l’otage d’un vol à main armée), mais bien plutôt l’accueilli, celui que l’on invite dans sa maison (prendre en otage signifie alors prendre chez soi) comme une caution (comme une garantie) de l’exécution du contrat ou de la promesse, sur fond des enjeux de dépendance noués entre don et dette.

De manière implicite ou explicite, la figure de l’otage mobilise ainsi un triple enjeu : celui de la dépendance à l’autre, celui d’une forme de violence dans d’actualisation de la dépendance, et celui de la survie du narcissisme, dans la mise en jeu d’une continuité identitaire entre une parole et celui qui la porte, en appui sur la notion de contrat (on peut penser au syndrome de Stockholm, qui désigne les manifestations de fraternisation des otages avec leurs geôliers).

On peut alors considérer que le jeu du transfert, dans le cadre de la rencontre de l’adolescent, va se trouver pris dans cette figure de l’otage. On peut en mesurer la trace dans les effets d’aliénation, qui peuvent se nouer dans le lien à l’adolescent, et qui se manifestent particulièrement dans l’exacerbation de l’investissement des mouvements de séduction, présents dans l’attention que le professionnel - adulte déploie vis-à-vis de l’adolescent (cf le fantasme de séduction : mais que me veulent ces adultes ? pourquoi s’intéressent-ils à moi ?

L’autre face du paradoxe du lien soignant peut être décrit autour de la figure de l’hôte, que l’on peut entendre comme l’autre face de la figure de l’otage. La position d’hospitalité permettrait de garantir, face à la mobilisation de la violence dans le lien transférentiel, les conditions d’un accueil de l’adolescent et de sa souffrance. Cette position d’hospitalité peut être pensée en lien avec la philosophie de l’hospitalité défendue par E. Lévinas. En effet, E. Lévinas³ propose d’aborder l’hospitalité à partir de la position de l’homme à l’égard de la demeure :

« L’homme se tient dans le monde comme venu vers lui à partir d’un domaine privé, d’un chez soi, où il peut, à tout moment, se retirer. Il n’y vient pas d’un espace intersidéral où il se posséderait déjà et à partir duquel il aurait, à tout moment, à recommencer un périlleux atterrissage. Mais il ne s’y trouve pas brutalement jeté et délaissé. Simultanément dehors et dedans, il va au-dehors à partir d’une intimité » (p. 162).

² voir à ce sujet : Roman P. (2003) « La figure de l’otage – Les organisateurs inconscients de la violence en institution », Paris, Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe, 39, p. 181-195 et Roman P. (2001), « La violence du contre-transfert : des positions paradoxales dans le lien de soin », (Paris) Souffles, p. 18-25

³ Lévinas E. (1961), Totalité et infini, tr. fr. , Le livre de poche, 1990

Pascal ROMAN,

Accueillir la souffrance des adolescents : les “nouvelles” postures de l’hospitalité.

L’enjeu du maintien de cette position d’hospitalité dans le lien transférentiel, posture contre-transférentielle d’hospitalité pourrait-on dire, serait à entendre comme contrepoint au risque de l’aliénation portée par la figure de l’otage, dans une capacité du clinicien à assurer cette position de va-et-vient entre deux espaces d’intimité, afin de se dégager des positions mortifères dans le lien dont les effets de répétition à l’adolescence sont les témoins.

La référence conjointe, intriquée aux figures de l’otage et de l’hôte trouve ici sa pertinence. C’est bien en acceptant (en prenant le risque) de loger en lui quelque chose de la violence et de la souffrance, d’en faire son intime et de l’investir dans le lien transférentiel, que le clinicien sera en mesure d’accompagner les mouvements de transformation l’adolescent, mais aussi ceux de l’équipe, de la famille qui l’entourent, en se garantissant suffisamment des enjeux de violence et de destruction qui infiltrent le lien, dont témoignent les répétitions des agirs adolescents (répétition traumatique, répétition addictive...).

Il s’agirait donc que le professionnel puisse accepter, résolument, et en pleine conscience des enjeux qui y sont attachés, d’être pris en otage afin de maintenir ce que P. C. Racamier⁴ nomme une position « d’ambiguïté ». Au fond, cette position d’ambiguïté me semble pouvoir définir la position de la prévention : un espace indécidable, entre prendre soin et soin, entre prise en otage et hospitalité.

Catherine MIACHON, Sociologue, Directrice du CIRDD Rhône-Alpes.

Centre d’Information Régional sur les Drogues et les Dépendances

Ce **Centre ressources**, validé par la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie en 2006, s’adresse aux professionnels et aux décideurs de la région concernés par les addictions, dans les milieux : soignant, éducatif, préventif, judiciaire, politique de la ville...

Il fait suite aux activités qui ont fondé l’association CNDT (Centre National de Documentation sur le Toxicomanie) devenue Association Centre Jean Bergeret.

Ses principales missions s’organisent autour de la mise à disposition des ressources documentaires et des observations sur les conduites addictives, afin de renforcer la méthodologie pour la mise en œuvre des orientations nationales concernant la prévention, les soins et le rappel à la loi des usages de produits psychoactifs, sur le territoire de la région Rhône-Alpes.

⁴ Racamier P.C (1970), Un psychanalyste sans divan, Paris, Payot

Catherine MIACHON,

Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances.

Une équipe de **six professionnels spécialisés en sciences humaines** - documentalistes, sociologues, philosophe appliqué au travail social, graphiste - assure l'accueil du public, le conseil méthodologique à la recherche d'information, à l'élaboration de programmes de prévention, au recueil de données d'observation et à l'analyse de situations.

Pour travailler avec les professionnels et les décideurs sur le thème des **drogues et des dépendances** nous nous appuyons sur la notion « d'addiction » définie de façon généraliste comme étant un phénomène caractérisé par la rencontre entre un sujet, en prise avec des conduites addictives, dans des contextes (espace et temps) spécifiques. Nous reprenons, ici, l'héritage de Claude Olivenstein en accordant une attention particulière aux contextes des pratiques addictives.

Pour nous, l'analyse de ces contextes est un point extrêmement important pour comprendre le sens que les usagers attribuent à leurs pratiques. Cela répond à l'oubli trop fréquent de prendre en considération la sociabilité qui accompagnent les usages et les pratiques du consommateur (quel qu'il soit : consommateurs de produits psychoactifs, de jeux d'argent, de jeux en ligne, etc....).

Lorsque les conduites addictives se développent, nous devons nous interroger sur le sens de ce qui fait du lien dans le groupe social et plus largement dans la société. Il s'agit donc bien de recontextualiser la question des addictions dans notre société contemporaine.

C'est à partir de ces fondements que le **CIRDD Rhône-Alpes** travaille en privilégiant le niveau régional et l'inter ministérialité :

Le niveau régional permet d'enrichir les échanges entre partenaires et de rationaliser les moyens d'intervention en mutualisant les demandes, pour contribuer, au final, au développement de nouveaux réseaux.

De son côté l'approche interministérielle nous semble être un enjeu important sur la thématique « des drogues et dépendances ». Elle permet une ouverture à l'interdisciplinarité et un travail d'interface entre les décideurs et les professionnels relevant des différents ministères représentés au niveau régional (Direction régionale de la jeunesse et des sports ; Direction régionale de la protection judiciaire de la jeunesse ; Direction régionale du travail de l'emploi et de la formation professionnelle Direction inter régionale des services pénitentiaires d'insertion et de probation ; Direction régionale des affaires sanitaires et sociales ; Rectorats de Lyon et Grenoble ; services de police, de gendarmerie et des douanes).

A ce jour, les perspectives du CIRDD Rhône-Alpes sont de **développer l'observation et la compréhension des phénomènes d'addiction**. La problématique des addictions en milieu professionnel sera privilégiée tant pour sensibiliser les adultes aux questions des pratiques addictives que pour prendre en considération les liens entre conditions de travail et addictions. Il s'agira également d'initier des formations régionales de formateurs relais sur les thématiques telles que l'organisation de la prévention sur des territoires ou les conduites dopantes par exemple.

De fait, en tant que centre ressource le CIRDD est au service des professionnels et des décideurs dans une démarche de co-construction et de problématisation des approches préventives.

Patrick PELEGE, Sociologue, Directeur du Centre Ressources Jean Bergeret.

Evolutions et perspectives

Une brève intervention en trois temps pour évoquer le CENTRE RESSOURCES JEAN BERGERET, centre de prévention des conduites à risque à dimension régionale :
Des principes ; Des pratiques ; Une nouvelle organisation.

DES PRINCIPES

Rappelons tout d'abord que nous sommes dans des missions de services publics, auprès de publics qui méritent écoute, accueil, soutien et accompagnement dans la diversité de leurs parcours, de leurs âges, de leur genre et la pluralité de leurs facultés, et difficultés. Ces publics sont jeunes, adolescents mais aussi jeunes adultes, mais aussi adultes, parents, familles et professionnels de l'éducation, du travail médico-social, parfois du soin confrontés à la gestion des risques, dans des moments cruciaux de l'existence, où le sens de l'existence se dérobe parfois dans l'agir et le réagir, l'action et la réaction.

Il nous appartient de concilier notre indépendance associative (non libérale) et de nous adapter aux demandes en évolution, tout en développant nos propres prestations à l'appui des compétences acquises.

Garder le souci de l'équité et fonder nos pratiques singulières au de là des personnalités sur des règles communes ; le directeur étant là pour garantir une éthique fondée sur la justice inspirée des travaux et des éclairages du Pr Jeammet (Eduquer est la meilleure des préventions), P.Ricoeur (ce qui est juste s'ajuste) et d'Hannah Arendt (préférons une autorité qui augmente à celle qui ajoute ou accumule) ; acceptons la symbolique de l'inter-diction (interface, interstice, intervention, intermédiaire) à l'esclavage et à l'obstruction de l'addiction...

DES PRATIQUES

Nos pratiques doivent rester souples, mais aussi rigoureuses, créatives et inventives, voire audacieuses ; ce qui suppose une certaine mobilité psychique, mais aussi physique et sociale, dans la mesure où la prévention signifie être auprès de, aller-vers mais aussi venir après - coup (cher à Freud) , voire venir après les coups...

Il nous appartient de mettre en synergie et en reliance des pratiques de façon à orchestrer en harmonie, pour dissiper les dissonances et permettre à chacun et chacune de jouer au mieux de son instrument, pour produire de la diversité, de la pluralité, mais aussi du métissage, de façon à donner corps et non pas corporatisme.

UNE NOUVELLE ORGANISATION

Le CRJB comprend pour les PAEJ une équipe formée de 10 psychologues cliniciens et de deux médiatrices sociales, un psychologue coordinateur sur la prévention des conduites suicidaires, d'une documentaliste, un pôle administratif constitué d'une assistante de direction, d'une comptable, de

Patrick PELEGE, Evolutions et prospective

2 secrétaires, et pour les autres programmes d'un animateur, d'une formatrice, mais aussi d'une dizaine de vacataires réguliers qui tous interviennent en milieux éducatifs et une dizaine d'étudiants en sciences humaines qui apportent aux permanents leur indispensable regard et souffle nouveaux.

Une organisation nouvelle qui a commencé en 2008 à se mettre en place, s'appuyant sur une délégation d'autorité mais aussi une responsabilisation des cadres de notre part pour accompagner, soutenir une équipe qui va dorénavant sur ses 30 ans en s'appuyant pour les 10 ans à venir sur de la transmission, de la consolidation, de la promotion, de la sanction si nécessaire, avant de s'effacer à notre tour.

Nous souhaitons que le CRJB soit un lieu ressource (de source et de ressources), d'aide et de soutien, de recherche également auprès de celles et ceux qui souffrent de manière plus ou moins passagère ou plus ou moins intense dans ces âges passages essentiels à notre humanisation.

Je suis persévérant dans mon souhait de passer de l'âge de l'adolescence, voire de l'adulescence à celui de la maturité ; finalement entrer dans cette perspective d'un renforcement de nos liens avec le CIRDD d'une part et au sein du GIE ERSP d'autre part, de façon à ce que l'équipe puisse d'ores et déjà envisager une trentaine féconde et forte en promesses ; c'est en tout cas au bout des 18 mois de ma prise de fonction tout le désir que je tiens à transmettre.

Jacques VEDRINNE, Psychiatre, Médecin légiste, Professeur honoraire des Universités, Vice-Président du CJB.

Existe - t - il une prévention spécifique du suicide ?

La prévention du suicide peut-elle être envisagée selon le modèle de la prévention d'autres maladies ou comportements humains basée soit sur la mise en œuvre de mesures concrètes d'ordre sanitaire dans un cadre collectif, soit sur un choix plus individuel portant sur l'hygiène de vie (ainsi en matière de consommation d'alcool, de tabac, de drogue etc...) ?

Si la mise en œuvre de stratégies de prévention dans le domaine de la délinquance, des dépendances est ancienne, celle concernant le suicide est beaucoup plus récente et on peut dire qu'elle n'a véritablement débuté il y a environ une quinzaine d'années, même si le groupement d'études et de prévention du suicide (GEPS) avait été fondé il y a 40 ans. Les demandes d'aide et de prévention n'étaient formulées qu'avec une certaine réticence par les familles ou les institutions contrairement aux autres déviances, ce qui est déjà un premier élément de réponse au fait de savoir s'il existe une prévention spécifique du suicide. Par ailleurs les suicides mobilisent chez l'intervenant, professionnel

Jacques VEDRINNE, Existe - t - il une prévention spécifique du suicide ?

ou non, des pulsions archaïques avec lesquelles il n'est guère à l'aise, car en effet la mort, et plus encore la mort volontaire, constituent un tabou qui rend toute réflexion difficile. Et pourtant toutes les grandes disciplines de l'esprit et des sciences se sont essayées à cerner le problème du suicide : la philosophie avec le libre arbitre et le droit à la mort volontaire, la religion et ses interdits, la sociologie avec ses différentes typologies, la biologie avec les neuro transmetteurs cérébraux et plus récemment la génétique, enfin et surtout peut-être finalement la clinique issue de la rencontre avec le suicidant, et les entourages de suicidés qui ont permis de mieux comprendre la dimension psychologique relationnelle et partant, de proposer des pistes pour la prévention.

S'il est toujours important de repérer les déterminants collectifs et les facteurs sociaux (sexe, âge, catégories socioprofessionnelles, état matrimonial, religion etc...) en tant que facteur de risque, il convient d'éviter de taire ce qui fait du sujet un être distinct, libre et responsable.

En effet, la confrontation avec le suicide nous engage autant sinon davantage en tant que personne qu'elle ne mobilise notre savoir. Et c'est justement là que réside l'une des principales difficultés pour la mise en œuvre de la prévention. En prenant l'exemple du médecin, la tentation est grande pour ce dernier de se mettre à l'abri, soit en hospitalisant le sujet suicidaire, ou en se précipitant sur l'ordonnance, ce qui permet de faire l'économie d'une position d'écoute patiente et attentive de la souffrance du sujet. Le malaise de ce médecin est d'ailleurs également perceptible devant les difficultés à évoquer devant un client déprimé des idées de suicide, comme si le fait d'en parler était déjà une façon de passer à l'acte...

Ainsi les allusions du genre « penser à mal », « faire des bêtises », « mauvaises idées » sont-elles plus volontiers employées de manière à ne pas trop soulever la lourde chape de silence qui enveloppe et évacue la question du suicide. En outre, la proclamation, au nom d'une conception extrémiste des libertés individuelles, d'un droit au suicide, ajoutent à la confusion d'une situation déjà passablement angoissante pour le praticien et risquent de renforcer une attitude démissionnaire ou d'évitement.

Le retard à considérer la prévention du suicide comme un problème de santé publique renvoie également au poids du doute sur l'efficacité de cette prévention. Si l'attitude de résignation ne date pas d'aujourd'hui, il faut bien reconnaître qu'elle est réactivée régulièrement en particulier par Baechler qui dans son gros ouvrage « *Les suicides* » reprend à son compte la thèse selon laquelle toute prévention se révèle vaine. Selon lui le phénomène étant inélastique, la prévention ne peut avoir d'influence favorable sur le taux des suicides mortels qui reste à peu près constant. Ce fatalisme est-il seulement l'héritier d'un déterminisme sociologique immuable ou bien plus profondément le signe de la culpabilité plus ou moins masquée entourant encore le geste suicidaire ? Si elles sont actuellement moins visibles, les attitudes démissionnaires doivent être décryptées, car elles aboutissent à l'abandon de toute assistance, par une dénonciation de toute intervention comme étant un refus de l'inéluctabilité de la mort. Cette optique démobilisatrice paraît d'autant plus dangereuse qu'elle accrédite et amplifie les sentiments de désespoir et de renoncement vécus par le suicidant.

En fait vouloir aider un sujet suicidaire suppose que l'on ait clarifié notre position face à cette conduite si l'on veut favoriser l'expression la plus authentique possible de ce désir d'auto destruction.

Jacques VEDRINNE, Existe - t - il une prévention spécifique du suicide ?

Trop souvent le suicidaire se heurte à des « fins de non recevoir » évidentes ou déguisées, au lieu d'un « répondant » lui donnant l'opportunité d'élaborer par la parole une détresse qui ne pouvait se dire jusque là.

Pendant il convient de prendre en compte l'ambivalence à l'égard du suicidaire qui peut aussi traduire l'angoisse de ne pas être à la hauteur de la demande d'aide. Les suicidaires appellent à l'aide des personnes en qui ils ont confiance ; il s'agit de leur part d'un choix qui signifie que ces personnes sont parmi les mieux placées pour apporter une aide. Dès lors il est important qu'elles y répondent personnellement, quitte à se faire aider si elles se sentent trop touchées ou trop angoissées pour faire face à la situation : depuis le médecin généraliste, voire le psychiatre, jusqu'à l'hôpital, en passant par le centre médico psychologique ou une association de prévention du suicide, il y a tout un réseau d'aides possibles auxquelles l'on peut recourir pour être étayé ou même pour confier la personne en risque de suicide, si cette solution est préférée ; mais il faudra alors s'en expliquer : « je suis touché par ta confiance, mais je ne me sens pas capable de t'apporter l'aide dont tu as besoin ». Dire son incapacité ou ses limites, c'est aussi faire preuve de responsabilité. L'aide a une personne en risque de suicide, c'est une place faite à un autre dans une situation de vérité humaine où il est surtout question de l'essentiel ; faire place à un autre est de l'ordre d'un don de vie, même lorsque cet autre ne peut pas s'en saisir, puisque c'est parfois inévitable.

Cette prévention s'appuie sur des stratégies de communication qui doivent être élaborées avec l'objectif de sensibiliser sans caricaturer, d'aider sans stigmatiser, de fournir des repères nouveaux, issus des données actuelles des sciences sociales, psychologiques, médicales, sans ignorer les repères anciens, sur lesquels se fondent les fonctionnements souterrains et les défenses collectives. Le suicide est une spécificité humaine (Axel Kahn) et « l'engagement dans la lutte contre le fléau du suicide constitue bien, pour une société une pierre de touche de sa capacité à produire du sens. Mais peut-on injecter par décret dans les rapports sociaux de la solidarité, du lien, de l'attention portée à autrui ? » (D. Leguay).

Fort d'une longue expérience clinique de l'écoute et du soin psychologique auprès des jeunes et des familles, d'un savoir faire en matière de formation et de sensibilisation d'institutions sur les conduites à risques, le Centre Jean Bergeret a rapidement et naturellement participé aux manifestations annuelles de prévention organisées par l'Union Nationale de Prévention du Suicide dont il est devenu un des membres officiels grâce à l'initiative du précédent directeur du Centre. Ce travail se poursuit avec le Centre Ressources Régional de Prévention des Conduites Suicidaires animé par une nouvelle équipe soucieuse d'élargir le champ d'action de la prévention avec l'aide des autorités de tutelles garantes d'une inscription de la prévention du suicide dans le champ de la santé publique.

BIBLIOGRAPHIE - Classement alphabétique d'auteurs

1. ***
32ème congrès international sur l'alcoolisme et les toxicomanies, Varsovie, 3-8 septembre 1978.
Varsovie, Instytut Psychoneurologiczuy, 1978
2. **BAECHLER J.**
Les Suicides.
Paris, Calmann-Lévy, 1975
3. **BERGER M.**
Des entretiens familiaux à la représentation de soi.
Paris, Ed. Apsygée, 1990
4. **BERGERET J.**
Beaux rêves ou cauchemars : problèmes de drogue, problèmes de vie.
Paris, Seuil, 1995
5. **BERGERET J.**
La dépression et les états-limites : points de vue théorique, clinique et thérapeutique.
Paris, Payot, 1987
6. **BERGERET J.**
Les toxicomanes parmi les autres.
Paris, Editions Odile Jacob, 1990
7. **BERGERET J., LEBLANC J., *****
Précis des toxicomanies.
Paris, Masson, 1988
8. **BERGERET J.**
Toxicomanie et personnalité.
Paris, PUF (Que-sais-je?), 1982
9. **BERGERET J., CNDT, OLIEVENSTEIN C., MENARD A., PAQUET S., DEFAYOLLE M., ZAFIROPOULOS M., CROCQ L., BERTAUD M., SETTELEN D., KAES R. et al.**
Presse, toxicomanie, opinion publique. Colloque organisé à l'Université Lumière-Lyon 2 par le CNDT, 18-19 mars 1988.
Lyon, CNDT, 1988
10. **BERGERET J., CNDT, INSERM, INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE.**
Le toxicomane et ses environnements.
Paris, PUF, INSERM, 1979
11. **BROYER G., DUMET N., MOREAU C., PRECAUSTA N., CHARAVEL M., TALPIN J. M., COLIN V., DUCLOS K., AUPETIT D., PRIMELA., DESSEZ P., BRUNA., LEFEVERE F., MECHIN N.**
Cliniques du corps.
Lyon, Presses Universitaires de Lyon, 2002
12. **BROYER G.**
Socialité, sociabilité, socialisation : fantasme et réalité.
Bulletin de Liaison du CNDT, (N° Spécial), 1994
13. **BROYER G., IRISH, INSTITUT DE RECHERCHE ET D'INTERVENTION EN SCIENCES HUMAINES, BERGERET J., et al.**
Violence et violences. Actes du congrès international, Lyon, 10-11-12 mai 1984.
Bron, IRISH, 1984
14. **DURASTANTE R.**
Je t'aime... moi non plus. Entre parents et adolescents: du traumatisme à l'addiction.
Thèse de psychopathologie et de psychologie clinique, Université Lumière Lyon 2, 2003
15. **DURASTANTE R.**
Les addictions à l'adolescence : de la transmission transgénérationnelle à la figuration du traumatisme cumulatif.
Thèse de doctorat, Université Lumière Lyon 2, 2008
16. **DUEZ B., DURASTANTE R.**
De la paranoïa à l'adolescence.
(Paris), Adolescence, 65, pp.597-612

17. GUTTON P.

Le pubertaire.
Paris, PUF, (Quadrige), 2003

18. JEAMMET P.

Adolescences : repères pour les parents et les professionnels.
Paris, Fondation de France, Syros, 1999

19. JOUBERT C., DURASTANTE R.

Le cadre en tuilage, place et reconnaissance de l'adolescent en famille.
(Paris), Le divan Familial, 21, pp.67-80

20. LEVINAS E.

Totalité et infini.
Paris, Le Livre de Poche, 1990

21. MIACHON C., ASSOCIATION CNDT, ASSOCIATION TEMPO, MOGLIA A., BENSOUSSAN E., DESSEZ P., ODDOU A.

La prévention de l'usage et de l'abus des substances psychoactives et des comportements liés aux rassemblements musicaux.
Lyon, CNDT, 2000

22. MIACHON C., LE BRETON D., PELEGE P., MORELA., COUTERON J. P., JAMOULLE P et al.

Prévenir les addictions. Actes de la Journée interdépartementale sur la prévention des addictions, CIRDD Ain-Loire-Rhône, Lyon, Eurexpo, 14 novembre 2002.
Lyon, CNDT, 2002

23. ODDOU A., BOYER R., CARRY C., CHAILONICK P., FRIESS J., GEREY N., LECAMP M., RAGUIN G., ROME I.

Toxicomanies et lois : controverses.
Paris, L'Harmattan, 2002

24. ODDOUA., NACACHE L., ELCHARDUS J. M., DURET S., DEMAREST A.

Mission de liaison et de soins auprès des patients toxicomanes hospitalisés aux urgences médicales de l'Hôpital Edouard Herriot.
Lyon, Hôpital Edouard Herriot, 1998

25. OUGHOURLIAN J. M.

La personne du toxicomane : psychosociologie des toxicomanies actuelles dans la jeunesse occidentale.
Toulouse, Privat, 1978

26. PELEGE P., DESSEZ P., DE LA VAISSIERE H., SECOND-POZO A., PAVOUX M., COUM D., ASSAILLY J. P., LE BRETON D.

Adolescents et conduites à risque. Prévention et écoute.
Rueil-Malmaison, ASH, (ASH Professionnels), 2007

27. PELEGE P., PICOD C.

Eduquer à la sexualité. Un enjeu de société.
Paris, Ed. Dunod, 2006

28. PELEGE P.

Hébergement et réinsertion sociale : les CHRS. Dispositif, usagers, intervenants.
Paris, Dunod (Coll. Action Sociale), 2004

29. RACAMIER P.C.

Un psychanalyste sans divan.
Paris, Ed. Payot, 1970

30. ROMAN P.

La figure de l'otage. Les organisateurs inconscients de la violence en institution.
Revue de Psychothérapie Psychanalytique de groupe, 39, 2003, pp. 181-195

31. ROMAN P.

La violence du contre-transfert : des positions paradoxales dans le lien de soin.
(Paris), Souffles, 2001, pp.18-25

32. ROMAN P., ROUSSILLON R., CHABERT C., CICCONE A., FERRANT A., et al.

Manuel de psychopathologie clinique générale.
Issy-les-Moulineaux, Masson(Psychologie), 2007

33. ROUSSILLON R.

Paradoxes et situations limites de la psychanalyse.
Paris, PUF, 1991

34. RUFFIOT A.

La thérapie familiale psychanalytique.
Paris, Dunod, 1981

35. SALIBA C., CNDT, MAIGROT J.-C., BERGERET J.

Mode de fonctionnement familial et ses rapports avec la genèse des troubles de la conduite de l'adolescent.
Lyon, CNDT, 1990

36. SERVAIS E.

Prévention drogues.
Bruxelles, Editions Labor, 1988

37. VEDRINNE J., UNPS, UNION NATIONALE POUR LA PREVENTION DU SUICIDE, FACY F., ABEL O., HANNIER T., GUYOTAT J., BAUMANN F., BROSSIER A., SOUBRIER J. P., DEBOUT M.

Actes de la première Journée Nationale pour la Prévention du Suicide, mercredi 5 février 1997. (Paris), Laboratoires Lundbeck, 1997

38. VEDRINNE J., GEPS, GROUPEMENT D'ETUDES ET DE PREVENTION DU SUICIDE.

Epidémiologie du suicide : réalisation pratique, incidences prophylactiques. Réunion du Groupe-ment d'Etudes et de Prévention du Suicide, Le Mans, 5 mai 1973.
Paris, Masson, 1974

39. VEDRINNE J., LEJOYEUX M., POMME-REAU X., SEGUIN M., ABBAR M., ADES J., BRACONNIER A., CHOQUET M., DUMEL F., HARDY P., JEAMMET P. et al.

La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de Consensus, FFP, Fédération Française de Psychiatrie, Paris, 19-20 octobre 2000, Montrouge.
Paris, FFP, Ed. John Libbey Eurotext, 2001

40. VEDRINNE J., SOREL P., WEBER D.

Le geste ultime : essai sur l'énigme du suicide.
Lyon, Presses Universitaires de Lyon, 2003

41. VEDRINNE J., MINISTERE DE LA SANTE, COLIN Pr, GUIDEVAUX Dr, et al.

Le suicide : pour une politique de la santé.
Paris, La Documentation Française, 1975

42. VEDRINNE J., QUENARD O., WEBER D.

Suicide et conduites suicidaires : aspects cliniques et institutionnels.
Paris, Masson, 1982

43. VITARO F., MALIANOVITCH K., BOUCHARD C., GIRARD A.

Prévention de la consommation de psychotropes : programme de prévention de la consommation de psychotropes chez les jeunes, suivi à moyen terme. Psychotropes, 1998, 4, (3), pp.111-131

Brochures / outils de prévention

- classement chronologique

44. Toxic-Quoi : questions posées sur les toxicomanies.

1979, VHS, 25 mn
Producteur : CNDT Réalisateur : Les Films du Plateau

45. Après la cure : les Blanaves.

1980, VHS, 21 mn
Producteur : COPRA Films Réalisateur : PERSET A., Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale, CNDT

46. Le médecin face aux toxicomanes.

1981, VHS, 40 mn
Producteur : Les Films du Plateau Réalisateur : SCHMITT B.

47. CNDT, CENTRE NATIONAL DE DOCUMENTATION SUR LES TOXICOMANIES

Photoexpression : relation à l'autre, relation amoureuse.
1998, CNDT, ill.

48. CNDT, CENTRE NATIONAL DE DOCUMENTATION SUR LES TOXICOMANIES

Photoexpression : conduites à risque.
1998, CNDT, ill.

49. CNDT, CENTRE NATIONAL DE DOCUMENTATION SUR LES TOXICOMANIES

Photoexpression : relation à l'autre, relation amoureuse.
1998, CNDT, ill.

50. CNDT, MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, MILDT, CFES

Drogues : s'informer, prévenir, agir.
Paris, Ministère de la Jeunesse et des Sports, 1998, 76 p.

51. CNDT, CENTRE NATIONAL DE DOCUMENTATION SUR LES TOXICOMANIES

Il était une fois une famille... être parents d'adolescents.
2000, Exposition, Surface au sol : 54 m², hauteur 2,30 m, poids : 200 kg - Producteur : CNDT

52. 12 scénarios sur la drogue.

2000, VHS, 60 mn
Producteur : TELEMA, MP PRODUCTIONS, CRIPS ILE-DE-FRANCE CNDT, MEZCAL STUDIO

53. Histoire de dire.

2001, Jeu de cartes, 13 x 13 cm
Producteur, réalisateur : CNDT, STUDIO MEZCAL

54. Drogues et toxicomanies.

2002, VHS, 52 mn.
Producteur : ACET, AFPA Réalisateur : GUILLOT B.

55. CNDT, CENTRE NATIONAL DE DOCUMENTATION SUR LES TOXICOMANIES

L'arbre à paroles.
2002, Exposition - Réalisateur : CNDT, MEZCAL STUDIO, CAFE-CREME

56. CNDT, CENTRE NATIONAL DE DOCUMENTATION SUR LES TOXICOMANIES

Trente ans avec sursis.
2002, Exposition
Producteur, réalisateur : CNDT

57. CNDT, CENTRE JEAN BERGERET

Vivre l'adolescence. Mes ressources.
2004, Ateliers d'expression sur les compétences psychosociales proposés par le CNDT.

58. CENTRE JEAN BERGERET

C'est juste une question d'équilibre.
2005, Exposition, CD-Rom.
Producteur, réalisateur : Centre Jean Bergeret

59. CENTRE JEAN BERGERET, CIRDD INTER-DEPARTEMENTAL AIN-LOIRE-RHONE

Annuaire des acteurs de prévention "drogues et dépendances" de l'Ain.
Lyon, Centre Jean Bergeret, 2005, 39 p.

60. CENTRE JEAN BERGERET

Photoexpression : Bien-être, Mal-être. Prévention des Conduites Suicidaires.
2007, Centre Jean Bergeret, ill.

L'ensemble des documents est disponible dans notre Centre d'Information Ressources.

NOTES



ASSOCIATION CENTRE JEAN BERGERET

9 quai Jean Moulin - 69001 - LYON

CRJB

04 72 10 94 30

crjb@crjb.org

www.crjb.org

CIRDD Rhône-Alpes

04 72 10 94 32

cirdd@cirdd-ra.org

www.cirdd-ra.org