

CFPES-CEMEA IDF

62, avenue de la République
93300 Aubervilliers

La transmission:

Un cocktail avec Olieve,

La rencontre de personnes toxicomanes et la production d'un savoir y faire

et savoir y être, dans un moment socio-culturel donné d'une équipe

Mémoire présenté par **NATALI SILVESTRI**
en vue de l'obtention du DEES

Juin 2002

C'est vrai, je me suis toujours reconnu, qu'il s'agisse de la vie ou du travail de la pensée, dans la figure de l'héritier- et de plus en plus, de façon de plus en plus assumée, souvent heureuse. A m'expliquer de façon insistante avec ce concept ou avec cette figure du légataire, j'en suis venu à penser que loin d'un confort assuré qu'on associe un peu vite à ce mot, l'héritier devait toujours répondre à une sorte de double injonction, à une assignation contradictoire : il faut d'abord savoir et savoir *réaffirmer* ce qui vient "avant nous", et que donc nous recevons avant même de le choisir, et de nous comporter à cet égard en sujet libre. (...) Un héritier n'est pas seulement quelqu'un qui reçoit, c'est quelqu'un qui choisit, et s'essaie à décider.

Jacques Derrida[1]

(...) La charge affective qui fait que, ce que représente Marmottan, ce que représente le Professeur Olievenstein dans cette histoire, ce que représente tout ce que vous avez fait ensemble, cela ressemble un petit peu à une famille. Une famille avec ses pères, ses fils, ses cousins éloignés, ses divorces, ses familles recomposées... Une famille avec toutes ses qualités et tous ses atouts. C'est-à-dire la transmission des savoirs, la transmission des valeurs, la solidarité, mais aussi des déchirements, des conflits, des choses très douloureuses, qui ne sont pas nécessairement très compréhensibles pour ceux qui n'appartiennent pas à la famille.[2]

Nicole Maestracci
Présidente de la MILDT

“Demain ne pourra être préparé que si les spécialistes cherchent à établir entre eux-mêmes et les personnes qu’ils soignent **un lien de réciprocité**, sans rien abandonner de leurs opinions tirées de leurs acquis scientifiques. Ils doivent respecter le sujet. Faute de quoi, ils seront au mieux subis (surtout si on leur amène leurs patients de force) au pire considérés comme des charlatans et vomis en tant que tels. Alors il ne restera plus qu’à s’armer de mitraillettes de part et d’autre.

Mais pourquoi faire nous dira-t-on, établir ce lien de réciprocité. Et n’y a-t-il pas folie à valoriser une telle situation limite au détriment des forces saines de la nation ?

Nous pensons, que cela plaise ou non, que la situation des toxicomanes est aujourd’hui réellement exemplaire : au Moyen-Age il y avait la lèpre, dans les temps modernes : la folie, demain la toxicomanie. Si nous n’y prenons garde, nous allons rejeter, enfermer à nouveau, tout un groupe social dont le crime est de n’être pas dans la norme du moment. Mais en le faisant, c’est nous-mêmes que nous assassinerons car il s’agit tout banalement de nos fils”

C. Olievenstein : Editions universitaires : 1970

Un lieu : l'accueil, des accueillants, des accueils, une équipe

... Car les approches qui marchent dans nos métiers vis-à-vis des toxicomanes, c'est là où passe un peu d'intensité, là où il reste un murmure de l'incommunicable, là où, à l'intime de l'intime, on ne peut pas tout sentir si on ne peut pas passer la main sur les cheveux de quelqu'un, si on ne peut pas lui dire un mot d'affection parce que tu es sujet comme moi et que je voudrais que tu sois sujet comme moi.

Claude Olievenstein[3]

Le type d'alliance que nous avons pu soutenir avec nos clients depuis trente ans rejoint nombre de revendications très actuelles sur la citoyenneté et le droit des patients, sur l'humanisation de l'hôpital, bref, sur le fait que le souci de l'humain ne soit pas éclipsé par la nécessité technique du traitement des maladies.

Marc Valleur[4]

Théories et Pratiques

En toxicomanie, mais aussi en psychiatrie, et de fait en médecine, la pratique clinique, pour sa grandeur plus que pour sa misère, relève de l'art plus que de la science. Théoriser les pratiques, ce qui devrait être l'objectif des cliniciens et l'une des bases d'évolution thérapeutique, est le contraire de l'application de techniques issues des laboratoires de recherche.

Pour mettre en mots ce qui relève avant tout de l'intersubjectivité, les cliniciens, de façon manifeste ou implicite, recourent à des modèles syncrétiques, qui empruntent à des disciplines très diverses.

Marc Valleur^[5]

De la réduction des risques à l'addictologie : Une politique budgétaire de santé publique

(...) La fin du millénaire est marquée d'une évidence : le problème n'est plus de savoir comment la collectivité peut combattre les drogues, mais plutôt comment elle pourra les intégrer. L'usage de substances psychoactives est tantôt marqué du sceau de la mode, de la performance, de l'adaptabilité, tantôt de la transgression ou de la révolte.

Il garde la part de tabou et de sacré qui s'attache à une pratique éternelle de l'extase, de la sortie de soi. Mais il convient aussi de se dégager du statut anthropologique extraordinaire du toxicomane, toujours considéré par la législation à la fois comme un délinquant et comme un malade.

Parallèlement, jamais les maladies de la dépendance n'ont occupé une si grande place dans le discours médical. Intervenir en toxicomanie ou en addictologie, c'est donc participer d'une clinique dont la fonction sociale mérite toujours d'être interrogée.

Michel Hautefeuille et le comité d'organisation coordination scientifique. [\[6\]](#)

Dédicace

J'ai voulu dans ce mémoire rendre hommage à Claude Olievenstein, en décrivant Marmottan^[7] qui m'a permis de lier la sensibilité et la pensée et m'a offert de devenir plus libre.

J'y ai trouvé de la liberté de travail et la possibilité d'y faire des études, ce qui pour ma formation d'éducatrice en cours d'emploi n'était pas simple avec l'administration hospitalière qui, elle, a du mal à comprendre qu'un agent d'entretien spécialisé puisse faire des études pour se spécialiser en "entretien". Je dois remercier Pierre Selleret qui a longtemps discuté avec celle-ci pour qu'elle finisse par accepter sans comprendre.

La démocratie psychique se trouve là. S'il doit y avoir du renoncement à être à la marge, vous trouvez un espace d'où l'on peut s'autoriser à rêver et à réaliser des choses que vous vous interdisiez d'espérer.

Malgré des différents qui nous ont opposés je tiens à lui dire :

“Merci Olieve et bonne retraite”

Introduction

Je travaille à Marmottan depuis 12 ans. Durant la période de ma formation d'éducatrice, le fondateur de Marmottan Claude Olievenstein est parti à la retraite, en juin 2001.

Bien que nous ne soyons pas dans l'Histoire de ce départ, mais dans le moment présent, j'ai eu envie de faire et refaire le parcours de mes années passées à son contact et dans l'institution qu'il a créée. J'ai tenté dans ce mémoire de décrire comment, grâce à lui, à l'équipe qui s'est constituée autour de lui, et aux toxicomanes rencontrés, j'ai pu évoluer, apprendre, comprendre et intégrer ce savoir y faire, mais surtout ce savoir y être. Une démarche, un cheminement.

Même si Olieve ne m'a pas tout transmis directement, ceux qui l'ont fait avaient reçu cette transmission de lui. Je ne suis pas une fan inconditionnelle d'Olievenstein, mais j'ai eu la chance de pouvoir travailler avec un grand personnage, comme ceux qui ont travaillé. avec Fernand Oury ou son frère Jean, Fernand Deligny, Maud Mannoni,

J'ai utilisé la méthodologie du récit de vie professionnelle :

“La pratique de l'histoire de vie repose sur l'idée que l'individu peut se réapproprier son histoire et lui donner un sens. (...) c'est venir y réécrire mon histoire, la projeter hors de moi, la redécouvrir à travers le regard des autres. (...) Là où il n'y avait que des histoires, c'est introduire la vie. Là où n'était que de la vie, c'est en écrire l'histoire pour se l'approprier.”^[8]

J'utilise le terme de **transmission**, action de transmettre, de faire passer, faire parvenir, communiquer (ce qu'on a reçu), par opposition à enseignement : action d'enseigner, de transmettre des connaissances (...) une manière d'agir, de penser^[9].

Mes études de psychologie, le travail de terrain, les discussions de couloir ou en réunion avec l'équipe, la supervision clinique que m'apportait Marc Valleur et les pistes de réflexions cliniques, sociétales et politiques que nous amenait Claude Olievenstein ont formé un tout dans le savoir-faire et le savoir-être, dans mon travail **d'accueillante** à Marmottan. Cette réflexion menée de cette place et sous cette forme, n'a, à ma connaissance, jamais été faite.

Dans ce travail développé en quatre parties, je vais :

- Dans la première partie raconter mes débuts à Marmottan, présenter une biographie d'Olievenstein et l'histoire de Marmottan et du système de soin à partir de la loi du 31 décembre 1970. Olievenstein a été un élément essentiel dans la prise en charge des toxicomanes en France.

- Dans la deuxième partie, décrire le travail de l'accueil et mettre en relation la fonction d'accueillante et le métier d'éducateur spécialisé.

- Dans la troisième partie, énoncer les apports théoriques et cliniques avec lesquels nous travaillons à Marmottan. Si je parle davantage de la clinique de l'intensité que des autres théories que je cite, c'est qu'elle me semble être la base et peut-être même la spécificité du travail de l'accueillant, à cause de la confrontation permanente à laquelle nous sommes soumis. La démocratie psychique, elle, s'applique à l'ensemble de l'institution et aux toxicomanes afin que la drogue ne règne pas en maître à Marmottan ou dans leur vie. L'ordalie est une théorie de compréhension de la toxicomanie et l'intentionnalité de soin et l'alliance thérapeutique sont des concepts cliniques, que nous utilisons tous et tous les jours dans nos prises en charge. Il m'apparaît impossible de réfléchir et d'écrire sur l'ensemble de nos activités, de nos pratiques, et les théories et les concepts qui les sous-tendent.

- Dans la quatrième partie, discuter les approches actuelles de la réduction des risques, la substitution et le désengagement des pouvoirs publics par la libéralisation de la prescription des produits de substitution.

Beaucoup de structures ont été créées à partir d'anciens de l'institution. Les associations d'usagers de drogues, avec les militants de la réduction des risques, ont tenu des propos violents à l'égard d'Olievenstein et du système de soins. Mais il me semble que c'est à partir de la volonté affichée d'Olievenstein de mettre le toxicomane au cœur de ce système (en le questionnant et en le testant en permanence), qu'ils ont mené leurs propres réflexions et qu'ils ont pu prendre en main leur destin et exprimer leurs demandes.

Je n'ai pas eu envie dans ce mémoire de faire une critique d'Olievenstein et de l'institution, car il me semble qu'il y a suffisamment de personnes qui ne connaissent ni Olievenstein ni Marmottan pour le faire de l'extérieur.

Olievenstein a été novateur en son temps. A nous de prendre la relève, sans pour autant nous sentir obligés de tuer le père pour nous sentir exister. Evoquer ce "paternalisme" est d'autant plus supportable que nous avons franchi des étapes à partir d'une position où il était nécessaire d'aller au-delà de la personnalisation de ce type de réflexions. L'effort pour théoriser est, en soi, déjà un début de dépassement et "tuer le père" consiste simplement à pouvoir s'en passer.

Olievenstein nous a transmis un héritage clinique et théorique, à nous de le faire vivre, de le transformer et de le faire évoluer avec notre temps pour qu'il ne devienne pas lettre morte. C'est cette histoire que je souhaite vous transmettre.

Tout commença, à peu près, ainsi

Mes débuts à Marmottan

En juillet 1988, j'avais 24 ans, j'étais à Paris depuis trois ans, quand des amis, accueillants à Marmottan, m'ont proposé d'y travailler pour remplacer une de leurs collègues en congés maternité. Ce remplacement dura huit mois.

A cette époque, je travaillais comme assistante de direction dans une ancienne entreprise intermédiaire. Je m'y ennuyais. J'acceptais donc de changer de travail, même pour un remplacement.

J'étais souvent venue à Marmottan chercher deux anciens accueillants, par le passé, mais pour la première fois, ce 1^{er} juillet 1988, je venais y travailler.

J'étais très impressionnée de voir tous ces gens, croisés maintes fois dans les couloirs sans jamais leur prêter attention, devenir des collègues et le Dr Olievenstein qui s'adressait à moi comme si je faisais déjà partie de l'institution ! Le Dr Olievenstein est un homme qui aime les plaisirs de la table avec l'embonpoint qui sied à ces personnages. Il a le sourire poupin, la coupe de Bozzo le clown, son regard est celui des grands hommes, qui donne l'impression à ses interlocuteurs que le contact se mérite. C'est du moins comme ça que moi, "petite chose" je le percevais.

A mes débuts je voyais passer ce qu'on appelait les anciens clients. Ils étaient trois ou quatre et me paraissaient vieux du haut de leurs 35 ou 40 ans. Ils n'étaient pas reluisants et avaient fait l'ouverture de Marmottan. Ils étaient pour la plupart des clients d'Olievenstein, mais surtout ils venaient nous voir. J'étais étonnée de l'attention qu'Olievenstein leur portait encore et la façon dont les anciens de l'équipe se souciaient d'eux. Il y avait beaucoup de complicité, de respect et d'amitié entre eux et certains membres de l'équipe. Un jour en discutant avec Olievenstein de l'un d'eux, il m'expliqua, avec plein de tendresse, que sa vie avait été une suite de malheurs et que si aujourd'hui il pouvait encore lui apporter un peu de soulagement, alors, il faisait le travail qu'il avait voulu faire en créant Marmottan. J'aimais cette façon d'être à la fois dans la confrontation et dans l'empathie.

Il n'y a pas de recette, le travail s'apprend sur le terrain. Donc le premier jour, comme tous ceux qui sont passés avant moi, la deuxième phrase que l'on m'ait dite après bonjour, a été quand un nouveau client s'est présenté :

“ - Tu veux travailler ici, alors vas-y ! ”

Très impressionnée par celui-ci, j'interrogeais :

“ - Toute seule ! ”

J'entends encore quelqu'un me dire que c'est la meilleure façon d'apprendre. Je me vois ravalant ma salive et m'installant dans un bureau, avec une seule question en tête “mais qu'est que je vais bien pouvoir dire ? ”.

Une des choses qu'Olievenstein m'avait dite sur le travail d'accueillant concernait la difficulté de

celui-ci. Il fallait entamer une formation pour ne pas rester “coincé” sur ce poste d'accueillant. En 1988 pendant les huit mois où je travaillais, je m'étais donc inscrite à des cours de design publicitaire. J'avais envie de savoir dessiner, créer de mes mains.

En décembre 1988, je terminais le remplacement, je fus embauchée début 1990 à Marmottan pour un contrat à durée indéterminée. Je passais l'ESEU [10] et un DEUG de psychologie.

En 1998 je passais les sélections pour faire la formation d'éducatrices spécialisées en cours d'emploi.

Olievenstein, un personnage, un établissement, deux Histoires

Olievenstein[11] Claude Sami, médecin psychiatre des Hôpitaux de Paris, fondateur du Centre Médical Marmottan, est considéré comme un des principaux artisans de la prise en charge des toxicomanes en France.

Né à Berlin en 1933, il est très tôt confronté aux problèmes de racisme et à la persécution des minorités. Réfugié en France avec sa famille, il connaît, pour fuir le nazisme en Allemagne, les affres de l'occupation. Olievenstein était un enfant caché de la France Libre où il a, entre autres, de bons souvenirs d'une gentille crémière lui offrant des fromages bons comme dans le temps !

Après un passage aux jeunesses communistes dont il sera exclu, il devient un des dirigeants de l'Union des Etudiants Juifs de France (U.E.J.F.) A travers le judaïsme, il se posera la question du sens ou du non-sens de l'Histoire et celle de la définition de la liberté. Méfiant vis-à-vis des ordres établis, durant ses études de médecine qu'il qualifie lui-même de “ médiocres ”, il s'intéresse aux groupuscules et à la marginalité. Il s'inscrit dans la vision critique, issue de l'antipsychiatrie, selon laquelle les psychiatres ne devaient pas être “ les chiens de garde de la société ”. Il est influencé par les mouvements de contre-culture californiens.

C'est une réflexion sur ces mouvements qui l'amène à se pencher sur les problèmes des toxicomanes en tant que marginaux. Selon l'approche qu'il développe, le toxicomane est “ à la fois malade et non malade ” dépositaire d'une expérience qui doit être abordée comme positive. Dans cette approche, une place importante est aménagée à l'éprouvé, au plaisir et au souvenir de ce plaisir, toujours recherché.

Olieve (c'est comme ça que nous l'appelons à Marmottan) est la figure emblématique du service, personnage respecté et admiré par l'équipe. Si, à Marmottan comme dans beaucoup d'établissements, tout le monde se tutoie, lui vouvoie tout le monde et tout le monde le vouvoie.

Si le personnage d'Olieve était pour moi quasiment mythique, je ne garde pas un souvenir prégnant de notre premier entretien.

Il ne fait pas partie de ces gens que l'on rencontre à la première entrevue. Je dirais même de façon un peu caricaturale, qu'Olievenstein ne s'attache pas aux discours convenus et formels.

Tout comme dans sa clinique et l'organisation de celle-ci, c'est avec le temps que la relation, les ressentis et les questionnements, le lien et le débat se créent. C'est donc avec le temps que, d'une part, ma relation avec lui s'est créée et que, d'autre part, j'ai pu recevoir de façon particulière la transmission de cette clinique. Le principe d'une transmission est qu'elle se fait au contact et dans la vie... Nous l'intégrons en fonction de notre vécu personnel et de notre questionnement

En plus de l'intérêt intellectuel qu'il avait en se penchant sur un nouveau problème médico-social, il y avait entre Olieve, l'équipe qui le suivait et les toxicomanes une véritable dialectique. Tout le monde avait à apprendre des uns comme des autres. Même si avec le temps nous n'avons pas totalement pu échapper à la conformisation de l'institution, au début, et de manière très active, Olieve voulait que Marmottan soit d'abord un endroit de liberté d'expression pour les marginaux, de critique de la société tant pour l'équipe que pour ses clients. La comptabilisation des heures ne se faisait pas, le personnel venait autant vivre là qu'y travailler.

Cette façon de travailler a trouvé ses limites, dans le risque de s'y perdre, mais les toxicomanes et l'équipe étaient, politiquement, du même monde. Les années 1980, avec la paupérisation de la population et l'arrivée du sida, ont profondément séparé ces deux mondes : nous étions devenus des professionnels face à une population consultante.

Olieve, en créant Marmottan comme un sas entre la société et ceux qui ne pouvaient ou ne voulaient pas y participer, a été le maître d'œuvre de ce qu'on appellera plus tard l'école française de soins en toxicomanie. Elle aura pour caractéristique le refus du scientisme et du réductionnisme d'une personne à un produit. Celle-ci a été très critiquée, à tort et à raison dans les années 85/90. A tort parce que dès les années 1985, Olieve s'indignait de l'immobilisme politique face à l'épidémie de sida. A raison car il a porté le débat à un niveau politique que l'urgence de la situation ne pouvait pas entendre.

Aujourd'hui encore nous essayons d'une autre manière et dans une autre époque de faire vivre cette idée de sas et d'échange.

Création de l'établissement et les débuts de la prise en charge des toxicomanes

La création de Marmottan est directement liée à la naissance du système de soin en toxicomanie suite à la loi du 31 décembre 1970. Il m'est par conséquent impossible de ne pas me référer à l'Histoire de ce secteur dans ce mémoire.

Le centre médical Marmottan a été créé par le Dr C. Olievenstein au lendemain de cette loi à la constitution de laquelle il a participé dans le cadre de la commission ministérielle d'élaboration de cette dernière.

Il commence à recevoir des toxicomanes dans un service psychiatrique de Villejuif où il était assistant. Dès 1969 le Dr C. Olievenstein travaille à la création d'un service adapté à la population toxicomane, qui visiblement ne trouve pas sa place à l'intérieur du système de soin existant.

Le contexte socio-politique et l'opinion publique l'y ont aidé. La France dans les années soixante-dix doit faire face à une vague de toxicomanie jamais vue jusqu'alors. L'opinion publique fut très touchée par la mort par overdose de jeunes gens, événement largement diffusé par les médias. Ce phénomène échappe en partie au système judiciaire, et complètement aux repères médicaux, cliniques et institutionnels de l'époque.

L'histoire de la prise en charge des toxicomanes s'est faite sur le mode de la rupture. Rupture avec le système de soin en général, mais surtout rupture avec le système psychiatrique qui n'a pas voulu ou n'a pas pu prendre en charge ces patients indisciplinés, échappant aux cadres nosographiques habituels. Les toxicomanes eux-mêmes refusaient d'être pris en charge par l'hôpital qu'ils jugeaient inadapté. Rupture avec la loi sur la sectorisation difficilement applicable à cette population qui à cette époque bouge beaucoup. Rupture avec les habitudes de la relation médecin-patient, où l'un détient le savoir et l'autre s'y soumet. Le toxicomane en sait autant si ce n'est plus sur les produits, leur mode d'action et l'effet de certaines associations. Enfin rupture avec une terminologie médicale classique, les médecins prenant en charge des toxicomanes dans les années soixante-dix se refusent à les appeler des patients mais plutôt des "clients" bien que les soins soient gratuits. Volonté affichée de ne pas s'adresser aux toxicomanes comme à des malades psychiques ou physiques.

Ce système de soins naissant s'appuie entre autres sur le versant thérapeutique de la loi du 31/12/70 qui garantit l'anonymat, la gratuité et le volontariat. Aujourd'hui encore le projet thérapeutique de Marmottan réécrit en janvier 1999 commence par citer en première page cet aspect de la loi comme fondamental dans la mise en œuvre d'outils de prise en charge.

Dans les années 70, deux centres ouvrent simultanément : l'Abbaye par le Dr C. Orsel et le Centre Médical Marmottan par le Dr C. Olievenstein.

Le centre médical Marmottan se trouve dans les beaux quartiers du 17^{ème} arrondissement de Paris, près de l'Arc de Triomphe. Il fait partie des donations immobilières de Paul Marmottan, tout comme le musée qui porte son nom.

Ce bâtiment était un hôpital d'urgences chirurgicales fermé car trop coûteux. C. Olievenstein n'a pas choisi ce lieu qu'il décrit lui-même comme : "hideux et parfaitement incommode", immeuble en briques rouges des années trente. Il raconte qu'avec l'accord tacite du ministre d'alors, il a forcé l'ouverture de ce centre en déclarant à la presse qu'à cet endroit allait s'ouvrir le premier centre médical expérimental pour toxicomanes. Il a fallu organiser dans ce bâtiment une consultation qui ne devait rien avoir de commun avec un dispensaire et une hospitalisation à la fois chaleureuse et où devait exister une certaine qualité professionnelle. La loi institutionnelle comme le fonctionnement s'est construite empiriquement. En revanche, dès le début existait l'idée d'un contrat qui était : le respect mutuel, pas de prise de drogue dans l'établissement, pas de violence sous toutes ses formes. En contre-partie le toxicomane a le choix du thérapeute, bénéficie d'une large disponibilité et le respect de ses choix de vie. Les différentes règles se sont imposées en réponse aux problèmes rencontrés.

C. Olievenstein a tout de suite opté pour une équipe mixte faite de professionnels et d'anciens toxicomanes ou de personnes connaissant le terrain, les voyages, ayant rencontré des toxicomanes sans l'avoir été eux-mêmes et partageant une culture, un langage et un idéal social communs.

Aujourd'hui nous sommes un Centre de Soins Spécialisé en Toxicomanie (CSST) qui comprend quatre pôles :

Un accueil sans rendez-vous pour toute personne ayant des problèmes d'usage de stupéfiants.

Une hospitalisation recevant uniquement des personnes ayant un problème lié à des prises de produits et où se pratiquent des activités telles que la relaxation, le sauna, le massage, le dessin, la musique.

Une consultation de médecine générale pour tous les problèmes de santé rencontrés par les toxicomanes mais également lieu de mise à disposition de matériel d'injection et de préservatifs

Un pôle recherche et formation pour nous permettre de continuer à réfléchir et évoluer.

Marmottan et la loi de 1970

La législation en vigueur en matière de toxicomanie est basée sur la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 (J.O. du 2 janvier 1972), dite la loi Mazeaud.

Cette loi comporte deux volets, l'un pénal, l'autre sanitaire. Pour créer le délit d'usage privé, elle s'est inspirée de deux textes de loi. Le premier datant du 19 juillet 1845 vise à limiter la liberté de vente des substances vénéneuses, pour diminuer les crimes par empoisonnement. La réglementation est mal précisée et ne vise que l'opium médical (ingérable) et non l'opium fumable.

A la fin du 19ème siècle suite à la montée des mouvements hygiénistes, et de l'inquiétude face à la baisse de la natalité, des voix toujours plus nombreuses s'élèvent, au sein de l'Assemblée Nationale, pour exiger un contrôle légal de l'usage de divers produits que l'on suspecte d'induire des dégénérescences de la race. Ce sentiment est aiguïté par une croisade internationale contre l'opium, venue des mouvements puritains américains. Ce qui a débouché sur la ratification par de nombreux pays de deux conventions internationales contre les drogues. La presse parle de fléau, d'épidémie induite par ces drogues. Un nouveau texte de loi est voté. Ce deuxième texte datant lui, du 12 juillet 1916 introduit un nouveau délit ; l'usage en société. Il vise les fumeurs d'opium nombreux à cette époque. Certains parlementaires ont voulu, dès ce moment, réprimer l'usage privé et abusif, mais cette mesure a été jugée liberticide et anticonstitutionnelle. Toutefois elle pénalise la détention sans motif légitime, crée le fameux tableau B (tout produit classé comme stupéfiant, est mis dans ce tableau), qui impose des mesures contraignantes de prescription (carnet à souche, limitation à sept jours). Elle est venue durablement limiter le recours aux opiacés dans le traitement de la douleur.

C'est donc sur les fondements de la loi de 1916 qu'est édifié un nouvel arsenal législatif qui renforce l'incrimination de l'usage.

La loi de 1970 va considérer le toxicomane à la fois comme un délinquant et un malade. Toutefois, avant de développer ces deux aspects, je souhaite m'attarder un peu sur le côté anticonstitutionnel de cette loi et la manière dont le législateur a détourné le problème.

Ainsi que nous l'avons vu, pour la loi de 1916 réprimer l'usage privé posait un problème constitutionnel. La création d'un tel délit s'opposait aux articles quatre, cinq et huit du préambule de notre constitution :

_ L'article 4 dit que "La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui".

– L'article 5 stipule que "La loi n'a le droit de défendre que les actions nuisibles à la société".

- L'article 8 précise que "la loi ne peut établir que des peines strictement et évidemment nécessaires".

Or l'usage privé ne nuit pas à autrui, et ne peut être reconnu comme nuisible à la société. Par conséquent, la peine encourue pour cette infraction ne peut pas paraître comme "évidemment nécessaire" au sens défini par la Constitution. Ces considérations n'ont pas échappé au législateur lors du vote (à l'unanimité) de cette loi. Il décide alors de considérer qu'il est normal que la société ait un regard sur les comportements individuels puisqu'elle en supporte les frais par l'assurance maladie. Il déclare alors : toute drogue est dangereuse.

La loi de 70 crée, avec la pénalisation de l'usage individuel et privé, un délit inconnu jusqu'alors. Elle prévoit tout de même une exemption de poursuites pénales pour le toxicomane "simple" qui accepte de se soumettre à une cure de désintoxication.

Dans son volet sanitaire, tout usager de drogues, s'il fait spontanément une demande de soin (volontariat), a le droit à la gratuité des soins et, s'il le désire, à l'anonymat. Comme le garantit l'article L-627 de ce code et constitue ainsi notre principal cadre légal de travail. C'est à partir de cet article, y compris dans la délivrance de Subutex®[\[12\]](#), que nous avons pu aider nombre de personnes toutes ces années. Aujourd'hui encore, l'anonymat nous permet de nous occuper par exemple des personnes sans papier et sans ressource. Celui-ci ne peut pas être levé en vue ou au cours d'une poursuite judiciaire. En onze ans, je n'ai vu que deux à trois fois un juge, par commission rogatoire, ordonner une obligation de lui présenter nos dossiers. Il s'agissait à chaque fois de personnes mortes par overdose et dans un cas, nous n'avons trouvé aucun dossier à ce nom. Nous connaissons la personne mais sous un pseudonyme.

La plupart du temps, nos relations avec l'autorité judiciaire se font au travers de l'injonction thérapeutique. Bien qu'un juge puisse nommer le centre ou le médecin, en réalité la personne choisit le centre spécialisé où elle veut être suivie pendant cette injonction.

L'injonction oblige le toxicomane à fournir des attestations de soins, certificat du suivi établi par le centre de soins. La plupart des magistrats savent que l'injonction thérapeutique est davantage une mise en relation d'un toxicomane avec un centre au cas où il aurait envie de s'occuper de ses problèmes avec les produits, plus que thérapeutique en elle-même. Si la justice appelle récidiviste un individu interpellé plus d'une fois pour un délit identique, tel que l'usage de stupéfiant, nous n'intervenons pas à proprement dit dans la prévention de la récurrence. Nous sommes plutôt là pour prévenir les rechutes en conseillant à quelqu'un de revenir le plus vite possible s'il reprend de la drogue ou de continuer avec lui de faire et refaire ce qui peut apparaître comme étant le même chemin : hospitalisations à répétition, préparation de départs en postcure qui n'aboutissent pas tous, des mises en place de traitement de substitution, en sachant que le plus souvent ce chemin n'est jamais identique et que la personne toxicomane avance à son rythme, et selon ses difficultés vers un devenir qui lui paraît plus supportable pour lui.

La mise en place de la substitution, qui par ailleurs offre un intérêt certain pour les toxicomanes, permet à la justice un suivi plus sûr de ceux-ci, surtout lorsqu'ils sont sortants de prison ou condamnés avec sursis. La nécessité pour eux de trouver un centre délivrant le produit qu'on leur donne en prison devient essentiel. Il en va de même pour le sursis, la certitude d'avoir un

opiacé qui en plus les protège de l'incarcération est vitale. Nous verrons plus tard dans la polémique sur les dénominations (utiles ou stigmatisantes) que la toxicomanie ne se résume pas à un produit.

La question que nous pouvons nous poser est de savoir dans quelle mesure la substitution n'a pas permis au législateur de maintenir le volet répressif de cette loi, en répondant aux professionnels et aux associations d'usagers, tout en conservant les votes des électeurs dont les politiques pensent qu'ils sont contre la dépénalisation de l'usage. Le volet répressif, un des plus drastiques d'Europe, s'est encore durci depuis le nouveau Code Pénal. Le trafic n'est plus considéré comme un délit, mais comme un crime puisqu'il relève de la Cour d'Assises et non plus de la Correctionnelle. Il permet de placer les toxicomanes sous le même régime que les terroristes, notamment pour la garde vue. Du point de vue des pratiques quotidiennes, à Marmottan, nous ne répondons jamais aux courriers que nous adressent les services sanitaires chargés de la surveillance d'une injonction thérapeutique ou d'une obligation de soins. Notre seule action dans ce dispositif est de remettre en main propre, à la demande de l'intéressé, des certificats de prise en charge ou d'hospitalisation pour faire et valoir ce que de droit.

A mon sens, la substitution entrave les marges de liberté que nous avons toujours eues entre les toxicomanes et nous-mêmes.

Prenons l'exemple d'une personne prise en charge dans notre service avec une délivrance de Subutex®. S'il entre en prison, le service médical de la maison d'arrêt nous appelle pour avoir une confirmation de cette prise en charge et le dosage du produit. Si nous répondons, le principe d'anonymat est rompu. Face à de tels problèmes, s'oppose la détresse d'une incarcération et généralement nous répondons. Mais le problème du contrôle social reste présent. Une des libertés que nous avons pu sauvegarder, est de délivrer le Subutex® anonymement et gratuitement (remise de la main à la main). Il faut faire là une différence très nette entre prescription et délivrance hospitalière. La prescription est l'ordonnance faite par les médecins. La délivrance est l'acte de donner ces médicaments à ce patient, cette dernière peut être faite par un infirmier suite à une prescription médicale. C'est le système utilisé lors d'une hospitalisation classique.

La création, à partir de cette loi, de la chaîne thérapeutique

A la suite de cette loi et jusqu'en 1972, ce sont principalement des centres d'accueils qui sont créés. Les quelques lieux de séjour sont le fait d'initiatives communautaires très marquées idéologiquement. La plus connue était "la Boère" de L. Engelmayer, fondateur du "Patriarce". La première post-cure verra le jour à Sartrouville en 1973 et fermera mais une voie sera ouverte, permettant la création et l'agrément des post-cures telles que nous les connaissons aujourd'hui. Les premières furent celles des "Blannaves" et du "Peyry" en 1974. L'idéologie qui prévaut à la création de ce système de soin spécialisé consiste à proposer un cadre de prise en charge globale et personnalisée des toxicomanes.

Suite à la "Mission Pelletier" au Québec en 1977 entre autre, et à la prise de position de Mme S.

Veil, ministre de la santé, qui se montre hostile à toutes pratiques normalisantes (punitives, brimades, humiliations, etc.), la notion de programmes standardisés sur le mode anglo-saxon, s'attachant trop au superficiel, au symptôme, et pas assez au sujet, à ses souffrances et à ses conflits internes, est rejetée par les intervenants français. Ce fait est assez rare pour être souligné. La même ministre a interdit les thérapies comportementalistes dans la prise en charge des toxicomanes. Je connais peu de secteur où cela se soit produit.

Un système de prise en charge adaptée va être mis en place permettant d'accompagner le "client" tout au long de sa trajectoire. C'est ainsi que sera définie "la chaîne thérapeutique", comme nous l'appelons, incluant les centres d'accueils, les centres de postcures, les appartements thérapeutiques. La plupart des lieux de séjours n'étaient pas médicalisés. Toute la profession, médecins compris, s'accordait à reconnaître que l'important dans ces prises en charge était le relationnel, l'expérience satisfaisante que pouvait faire le toxicomane au cours de ses séjours dans des lieux de vie comme les post-cures.

Mon inscription dans Marmottan

Quand nous arrivons dans une institution, il y a toujours des événements qui nous inscrivent dans son fonctionnement ou au contraire nous en font partir.

Trois choses ont participé à mon inscription et mon implication dans Marmottan.

- La première a été l'étalement de mes horaires sur la semaine pour des raisons personnelles. Ceci m'a permis de voir beaucoup de clients et de suivre leurs parcours. De travailler avec pratiquement tous les médecins vacataires, de nombreux infirmiers et tous ceux que nous appelions les permanents : les praticiens hospitaliers, les surveillants, les assistants sociaux, et du temps pour converser avec Aimée Le Manac'h, une des secrétaires du service.
- La deuxième sont les erreurs de jeunesse et la recherche d'interlocuteur pour les comprendre.
- La troisième a été la préparation d'une communication pour le 20^{ème} anniversaire de Marmottan en 1991. Si elle a été discutée et travaillée avec Marc Valleur, c'est avec Aimée qu'elle a été écrite pour être publiée dans les actes du colloque.

En fait, les trois choses sont liées les unes aux autres. Voyant beaucoup de clients, j'ai commis très vite des erreurs et mon envie de faire une communication sur mon travail à l'accueil m'ont entraînée vers cette quête d'apprendre, de comprendre. Quelle était cette chose qui flottait dans l'air ? J'ai trouvé Marc comme "superviseur". Avec d'autres, nous avons passé de longues heures à refaire le monde à "l'annexe". Ils m'ont soutenue dans des moments difficiles. J'aimais les discussions philosophiques et théoriques argumentées par la pratique que nous continuions, Marc et moi, semaines après semaines, à avoir pour pouvoir exprimer et écrire : drogue et plaisir, le thème de ma communication. Depuis, je continue d'entretenir avec certaines personnes de l'institution ce

type de relation.

A part pour ce qui est éthiquement, déontologiquement inacceptable, Olieve avait l'habitude de nous dire "faites mon petit, l'erreur n'est pas grave, il faut faire des erreurs pour apprendre". Il ne disait pas : "faites n'importe quoi". Il disait de faire ce qui nous semblait être la chose la plus humaine à faire. Nous l'analyserions après.

L'erreur qui m'a le plus marquée, a été l'incident avec ce client qui me demanda de le recevoir pour "tuer l'attente". Il me raconta une histoire de sévices sexuels subis dans l'enfance. J'écoutai sans savoir quoi faire, à la fois gênée et flattée d'être l'élue de cette confiance. Je me sentis, comme la situation, confuse. L'entretien fini, nous retournâmes dans l'accueil. Abdel alla directement dans les toilettes. Au bout de dix minutes ne le voyant pas sortir, je commençai à m'inquiéter. Je tapais à la porte, lui demandant si ça allait, puis, je lui ordonnai de sortir. Les autres membres de l'équipe s'étaient regroupés car ces situations peuvent devenir violentes. Nous étions tous là. Il resta si longtemps dans les toilettes que le doute n'était plus permis, il était en train de s'injecter quelque chose. Quand il finit par sortir, je dus lui dire qu'il était tricard[13] de l'accueil pendant quelque temps. Si tout le monde était d'accord avec cette décision, c'était à moi de lui annoncer, de par ma position d'accueillante. Mais j'avais été, en plus, l'oreille d'une confession d'une partie de sa vie. Je ne pense pas qu'il ait inventé cette histoire. Les choses étaient pour lui plus complexes. La question était de savoir si je me plaçais en tant qu'accueillante ou en tant que "thérapeute". C'est la question qu'il me posait : "Oseras-tu me virer après ce que je viens de te dire ?"

S'il y a des tricardages pour nous protéger de la trop grande violence de certains et pour le faire savoir, la très grande majorité d'entre eux ont un but pédagogique et comme je l'expliquerai plus tard, ce problème pose forcément la question de justice et d'injustice

Evidemment, j'étais mal à l'aise et très en colère contre lui, mais surtout contre moi. Je l'ai dit, ce qui m'a valu des blagues pendant quelque temps : "Tu es en colère" ou "tu vas te mettre en colère". Après une discussion sur ce qui s'était passé, j'essayais de comprendre cette attitude. Marc Valleur m'aida à y voir plus clair, sur le rôle que l'on nous fait jouer si nous n'y prenons pas garde, sur l'intérêt d'être vigilant quant aux secrets que l'on peut nous faire porter, cette manière que certains clients ont de raconter leur vie à des gens qui ne sont pas leur thérapeute et qui ne peuvent rien en faire. Il a mis aussi l'accent sur la difficulté que peut ressentir un client face au regard de celui qui sait et qui n'est pas dans l'intime, dans le secret qu'offre le cadre d'un bureau et d'une relation psychothérapique. Nous, les accueillants, intervenons dans le cadre de la vie quotidienne des clients et, même si le secret professionnel partagé existe, nous ne sommes pas en charge et ne pouvons pas être dépositaires de ces blessures de l'existence. Quand ils entrent dans le bureau avec leur médecin, s'ils savent que c'est de ça dont il va s'agir, il peut leur être insupportable de croiser le regard d'un accueillant ou d'un infirmier qu'ils savent au courant. Au bout d'un moment il n'y a plus de place pour eux dans l'institution où ils se sentent "transparents".

Je me souviens de Kader, longtemps plus tard. Je le connaissais bien, il faisait partie des gens qui m'avaient appris mon travail. Je m'occupais souvent de lui, une relation à côté. Je savais par Marc, que, sous ses airs de dur, il était profondément traumatisé par des histoires d'enfance. Un jour que

j'étais à la consultation de médecine générale, je le vois dans un bureau porte ouverte. Il était en larmes, il était assis, moi debout à côté de lui, j'essayais de le consoler. Il me prit dans ses bras et me serra très fort, alors il voulut tout me raconter. Je l'en ai empêché. J'aimais bien Kader et je savais que notre relation l'avait souvent empêché de faire des bêtises irréparables : bagarres, deal et d'autres. Je ne voulais pas perdre ce contact que je n'aurais plus été en mesure de tenir. Je lui ai demandé de se taire et d'en parler avec Marc. Kader a pleuré encore un peu, puis apaisé, il est aller voir Marc pour faire un entretien et non des confidences. Je ne l'ai pas repoussé, je l'ai consolé, mais avec l'expérience et par respect pour Kader, j'ai refusé de prendre la place de Marc parce que je passais par-là. J'ai appris et affiné mon travail d'accueillante à Marmottan. Je ne pense pas qu'il y est des travaux nobles (médecins, thérapeutes) et d'autres subalternes (accueillante/éducatrice, infirmière). L'important est d'être bien à sa place et de la rendre créatrice pour devenir l'outil dont une personne a besoin à un temps T.

Bien des années après, lorsque je l'ai revu, il allait bien. Mais plus tard, un client, Christophe me dit qu'il allait le voir en prison, et que Kader me passait le bonjour. Il me demandait si j'avais un message pour lui. Je lui ai demandé de dire à Kader «qu'il n'était qu'un con et que je l'attendais », car au fond de moi j'ai de l'amitié pour lui.

J'ai appris au cours des années, que l'on pouvait à son insu avoir des effets thérapeutiques à condition de penser à l'autre dans son ensemble sans pour autant revendiquer la place de thérapeute. Nombre de clients nous rappellent un jour une phrase, un événement qui les a marqués, qui les a fait réfléchir sans pour autant nous voir comme des thérapeutes.

Plus tard Marc et moi avons pris l'habitude de travailler ensemble. Il me demandait parfois, en cas d'absence imprévue, de voir un de ses clients en me disant : « je l'ai mis sous traitement, vois si ça va et donne lui l'enveloppe contenant ses médicaments jusqu'à demain ». Un jour où il me dit cela il s'agissait d'une jeune femme québécoise seule à Paris. Je vis la jeune femme et me rendis compte que le traitement que Marc lui avait donné ne la calmait pas du tout. Troubles du sommeil, fuite des idées, état maniaque, rien ne s'était calmé. En l'écoutant, je me disais qu'il fallait changer de traitement pour qu'elle dorme un peu. Je pensais à un médicament précis. Mais, je me suis dit en moi-même : « Tu n'es pas médecin, passe encore pour les traitements standard de sevrage, mais là il s'agit d'une prescription psychiatrique, tu ne dois pas faire seule même si Marc t'a demandé de la voir et d'aviser. » J'ai demandé à un médecin de la voir avec moi. Elle lui a prescrit le traitement auquel je pensais. Ces situations apprennent à être là, mais aussi à connaître les limites de nos interventions. Elles nous obligent à nous positionner quant à la manière de soulager une souffrance psychique, sans perdre de vue notre champ d'intervention. Par la suite avec le temps, j'ai appris dans ce type de situation, si les troubles ne sont pas trop invalidants, à passer un contrat ou établir un programme jusqu'au prochain rendez-vous, au lieu de faire changer le traitement. Je m'engage à les revoir avec leur médecin, pour voir comment cela a fonctionné. Je suis là, présente, pour qu'ils ne ressentent pas une trop grande frustration de ne pas voir leur thérapeute, calmer leur angoisse par mon engagement à se revoir avec le médecin, en assurant ainsi une continuité.

Petit à petit mes interventions dans des situations difficiles m'ont appris à me spécialiser en repérant les cas psychiatriques. Je m'étais fait cette place, spécialisée dans les cas limites psychiatriques, mais aussi celle de bien connaître le fonctionnement institutionnel dans lequel j'y ai un "réseau". La constitution de ce réseau tient aux années passées à travailler ensemble et aux liens tissés autour de

situations complexes. J'ai aussi un réseau extra-muros, qui, par ma formation d'éducatrice spécialisée a été élargi.

Voici un cas d'entretien avec une jeune fille que, "pour ne pas faire de diagnostic hâtif", nous qualifierons de limite psychiatrique et pour laquelle il fallait une attention toute particulière, afin de ne pas s'engager dans un suivi que nous ou cette cliente ne pouvions pas tenir.

Je reçus cette jeune fille, Jenny, qu'une éducatrice d'un centre de prévention spécialisée m'avait demandé de recevoir. Jenny, bien que touchante, cochant tous les items à la manière du DSM4[14] relevant d'un problème psychiatrique. Elle avait fait de nombreuses hospitalisations dans son secteur de psychiatrie d'origine, dont certaines de plus d'un mois. Les psychiatres lui avaient quasiment toujours donné des neuroleptiques. Ses principaux produits de défoncé étaient les différents médicaments qui lui avaient été prescrits dont un neuroleptique.

Elle s'automutilait. Il ne s'agissait pas d'automutilations graves, mais tout de même. Elle se décrivait comme impulsive, violente surtout envers elle-même mais aussi envers les autres. Tout ce qui n'est pas toléré dans l'institution.

Sa première demande concernait des informations sur l'hospitalisation. Elle était lointaine, parfois absente. Elle ne voulait ni voir de médecin, ni préparer d'hospitalisation, juste avoir des renseignements. Elle avait peur.

J'insistais sur le volontariat, sur l'accord contractuel entre elle et nous, sur les termes de cette hospitalisation et que, spéciale ou non, si elle voulait être hospitalisée ici et non en psychiatrie, cela impliquait des obligations de sa part. Si elle estimait que sa place n'était pas en psychiatrie, c'était qu'elle estimait être capable d'avoir un pouvoir de décision, et de se tenir de son propre chef au contrat passé avec nous. Je conclus l'entretien en disant que nous devions prendre le temps de la connaître avant de savoir si nous pouvions la prendre en charge ou si nous nous sentions inadaptés. Elle avait "l'air" de comprendre qu'il ne servait à rien de l'hospitaliser si nous devions la transférer dans un hôpital psychiatrique au bout de quelques jours.

Je n'ai fait aucune concession quant aux conditions de prise en charge. Je n'ai posé que des questions succinctes concernant sa famille et sa situation sociale. Je me suis intéressée surtout à ce qu'elle mettait en scène et ce qu'elle dégageait. La seule précaution que j'ai prise face à son passé psychiatrique a été que, au cas où elle reviendrait, l'équipe (le médecin, l'infirmier) et moi gardions la possibilité de nous déclarer incompétents pour cette hospitalisation.

Au jour et à l'heure du rendez-vous, elle était là pour préparer son hospitalisation. Elle avait diminué les médicaments comme je lui avais demandé, mais à tel point qu'elle était une vraie pile électrique sursautant au moindre bruit. Elle ne voulait voir que moi, pas de médecin, pas d'infirmier. Elle s'était aussi "gratté" les bras, rasé les tempes et la moitié des sourcils. Je recommençais mon laïus sur ses comportements qui relevaient plus du système psychiatrique que de notre service. Si elle voulait être hospitalisée ici, je lui expliquais qu'elle devait non seulement voir un médecin et un infirmier, mais aussi plusieurs intervenants, à cause des gardes et des roulements d'équipes, tenir compte des autres hospitalisés, et qu'elle devait être capable de supporter tout cela sans "péter les plombs". Je lui rappelais qu'elle était venue ici en disant qu'elle n'avait rien à voir avec la psychiatrie, et lui annonçais qu'en plus, partant en vacances dix jours après, je ne serais

donc pas là pour m'occuper d'elle pendant cette hospitalisation.

Elle a fait son hospitalisation sans le moindre problème bien qu'elle ait demandé un investissement émotionnel intense de la part de l'équipe infirmière. Elle est aujourd'hui en post-cure sans traitement.

Il ne faut pas se leurrer, cette jeune fille n'est pas sortie d'affaire. Il est une chose d'être en post-cure sans traitement, il en est une autre de l'être dans la vie courante avec son lot d'agressions qui ravivent des angoisses profondes et massives.

Mon intention pendant ce travail d'accueil qui s'est fait en trois entretiens, a été d'être très directe avec elle. Il n'était pas question de nier des troubles psychologiques ou psychiatriques existant chez cette jeune fille, mais de créer une relation de confiance entre elle et nous. Elle, en faisant sa demande de sevrage pour des problèmes de toxicomanie aux médicaments et de laisser sa présentation psychiatrique pour le CMP, et nous de tenir l'engagement de l'aider dans cette démarche. Une des choses qui m'ont laissé penser que nous pouvions nous occuper d'elle, c'était sa capacité à accepter mes remarques et mes doutes. Il y avait chez elle un espace psychique. Durant ces entretiens, je me suis attachée plus à ce qu'elle dégageait, à ce qu'elle présentait et à ce qu'elle disait, qu'à sa biographie. C'est en faisant cela que je lui ai appris à se servir de l'institution. Le reste de l'équipe et moi pourrions toujours reprendre avec elle le contrat que nous avons passé pour que nous puissions continuer à l'aider.

Dans d'autres cas cela ne se passe pas aussi bien. Je me souviens d'un garçon qui venait et revenait demander des médicaments antalgiques^[15] et des tranquillisants, sans but bien défini. Il n'avait pas pris d'opiacés depuis des mois et disait qu'il n'était pas dépendant. Il demandait aussi un hébergement, tout cela dans le désordre. Il avait vu un médecin qui m'avait demandé de le recevoir avec l'infirmière qui l'avait déjà vu, pour continuer à évaluer sa demande. Pour son problème d'hébergement je l'adressais dans un centre d'hébergement bas-seuil et, pour ses problèmes de douleur dorsale, je lui ai demandé de faire les radios prescrites. Il était confus. En discutant avec lui afin de savoir pourquoi il n'avait pas fait de radio de son dos, il m'expliqua que c'était inutile car il avait mal au dos depuis plusieurs années et que "le nerf se cachait devant la radio". L'infirmière me proposa de le réadresser à l'un des médecins qui l'avait vu, mais les consignes étaient claires : ce serait inutile sans savoir pour quoi faire. L'argument de l'infirmière était que s'il revenait, il était client de Marmottan. Mais je lui expliquais tout d'abord qu'il n'était pas toxicomane, que nous n'arrivions pas à créer un lien avec lui et ensuite qu'au mieux nous aurions pu lui proposer des neuroleptiques dont il ne voulait pas ou du Subutex® qui lui aurait donné l'illusion de calmer sa douleur dorsale, sans tenir compte de la dimension éminemment psychiatrique de cette douleur. Je demandai à ce garçon de trouver un hébergement puisqu'il n'allait pas à ceux que nous lui indiquions et de revenir, une fois posé, pour qu'on prenne le temps d'examiner ses problèmes afin de lui donner une réponse adéquate.

Il n'est jamais revenu.

Ces cas tentent de démontrer l'importance dans notre façon de travailler de ce qu'un jour où nous devisions avec un collègue nous avons nommé "le naturellement-pro" ; c'est-à-dire avoir des connaissances "psychopathologiques" et de institutionnelles, mais s'intéresser d'abord à la

personne, à ce qui nous est demandé et savoir répondre avec la même intensité et le même engagement que la demande qui nous est faite. La cause, les raisons de cette demande ne sont pas l'élément fondateur de la prise en charge mais plutôt l'intensité relationnelle qui s'en dégage, sans perdre de vue la nécessité de connaissance professionnelle afin de ne pas nuire ou d'emmener dans une impasse thérapeutique les personnes que nous nous engageons à suivre.

Le pôle accueil

L'accueil se situe à droite sous un porche, de l'autre côté se trouvent le CMP et l'hospitalisation de notre service.

Celui-ci s'étend sur trois étages. Au rez-de-chaussée, au bout d'un couloir, se trouve à droite la salle d'accueil et à gauche le bureau des accueillants comprenant un lit de repos en cas de besoin. Au premier étage il y a le secrétariat, le bureau des assistantes sociales, celui du Pr. Olievenstein et deux autres bureaux de consultations. Au second, la salle informatique, le bureau du nouveau chef de service, le Dr Marc Valleur, le secrétariat du pôle formation -S.E.R.T.- (Société d'Etudes et de Recherches en Toxicomanie) se partageant un bureau avec la consultation famille, plus deux autres bureaux de consultations. Et au troisième étage se trouve le pôle recherche et formation proprement dit avec son directeur, le Dr Michel Hautefeuille, le bureau de la documentaliste et la bibliothèque, une des plus importantes bibliothèques spécialisées dans ce domaine en France. Cette description peut paraître superflue, mais le petit nombre de bureaux disponibles est souvent un problème à l'accueil par l'attente qu'il induit.

L'accueil vise à répondre à plusieurs types de situations. Nous recevons toutes les personnes s'interrogeant sur leur propre usage de substances ou sur la toxicomanie d'un de leurs proches. Une consultation famille est assurée par une psychologue. Une avocate assure une permanence juridique deux heures par semaine.

Les premiers contacts sont d'une importance capitale, et vont influencer toute la suite de la prise en charge. Les sevrages ambulatoires ou la remise de traitements de substitution ne sont qu'une des activités de l'accueil. Une grande disponibilité, et l'expérience de l'équipe, sont nécessaires pour évaluer au cas par cas les modalités et les indications d'un accompagnement.

Ce lieu nécessite une vigilance et une coordination toute particulière entre les membres de l'équipe. Notre présence permanente dans la salle d'accueil permet ou favorise toutes sortes de demandes, changements de traitement, de médecin, demandes de tickets restaurant, de nuits d'hôtel, etc. Pour pouvoir répondre correctement, reprendre ce qui est dit ou demandé, il nous faut savoir où en est chaque client afin de ne pas donner dans des réponses standardisées, mais adaptées à chaque situation. Comme pour l'accueil d'un nouveau, les demandes stéréotypées pourraient, si nous n'y prenions pas garde, induire de notre part des réponses du même ordre. L'art et la manière d'être un accueillant dans un centre pour toxicomanes étant de chercher, d'écouter et d'entendre ce qui est demandé. En fait, sous un vernis apparemment uniforme, les demandes sont aussi multiples que variées. Si arrêter de souffrir ou de "galérer" sont aux centres des demandes, ces termes n'ont pas le même sens pour tout le monde. Pour certains ce sera le manque à proprement dit, l'argent et/ou la désocialisation n'étant pas le problème pour une personne intégrée. Mais pour d'autres, le problème social sera essentiel, pour d'autres encore ce sera l'angoisse de type pathologique et la difficulté à être. Pour finir, quelques-uns ne veulent arrêter que pour pouvoir se reposer quelques jours. Notre travail est de pouvoir entendre le plus de choses possibles sans jugement, en apportant la réponse la plus apaisante possible. Nous ne pouvons accéder à toutes les demandes, mais alors nous devons expliquer pourquoi, laissant ainsi la porte ouverte à d'autres demandes, un autre jour.

Les techniques d'entretien : institution et/ou intuitions

Je souhaiterais faire un point sur la notion de techniques ou de “non techniques” d'entretien. Un jour dans le cadre d'un exposé d'Unité de spécialisation, une personne exposait son travail théorique et pratique sur la technique d'entretien d'accueil qu'elle utilisait, les renseignements qu'elle devait avoir collectés. Je m'aperçus que d'autres faisaient part de leurs techniques. En ce qui me concerne, je n'arrivais pas à définir quelle technique j'utilisais. Discutant avec mes collègues étudiants, je leur demandais comment savoir quelle technique utiliser tant que nous ne savons pas qui est devant nous et pourquoi il vient. En fait c'est l'institution, ici un CHRS, qui passe commande à l'équipe afin d'avoir les renseignements dont elle a besoin. Encore une fois, Marmottan étant un accueil, je ne peux savoir qui vient et pourquoi. En revanche deux choses me semblent importantes. L'une est de donner aux clients une impression sur l'institution, l'autre est de faire attention à ne pas laisser des patients trop fous créer un lien fort avec l'institution. En effet ils ont tendance à nous “préférer” à la psychiatrie classique, sauf que nous nous trouvons vite limités dans les thérapeutiques proposées.

Si ma première question est à peu près toujours la même - Qu'est-ce qui vous amène, ou What's happened ? - c'est en fonction de l'orientation que prend l'entretien que j'utilise une “technique” plutôt qu'une autre. Soit, je cherche si la personne qui demande du Subutex® ne se l'injecte pas ou ne l'associe pas à des produits, parce que je sens quelque chose, soit j'oriente mon entretien vers la recherche de problèmes psychopathologiques. Dans les deux cas, la réponse n'est pas déjà prête, parce que quelqu'un s'injecte le Subutex® ou a des problèmes psychiatriques. Comme nous le verrons à plusieurs reprises dans ce mémoire les différences de réponses dépendent d'un ensemble de facteurs.

Une journée type à l'accueil

Quand nous arrivons le matin à 10 h, chacun se sert un café et va à la réunion du jour : délivrance quotidienne le lundi, réunion clinique le mardi, réunion d'accueil le mercredi, réunion de service le jeudi et réunion à l'hospitalisation le vendredi. Ces réunions durent jusqu'à 11h, heure d'ouverture de l'accueil. Généralement un des accueillants descend voir qui est là et qui vient pour qui.

- Il y a un nouveau, c'est un fumeur de crack, il a de la fièvre, mal à la gorge, il veut un traitement pour ce qu'il croit être une angine (il devait avoir raison). Il est mal en point mais ne veut pas prendre quelques jours à l'hospitalisation pour se reposer : il veut juste avoir moins mal à la gorge pour pouvoir continuer à fumer. La consultation de médecine générale ouvre à 13h nous lui donnons le bureau du rez-de-chaussée pour se reposer en attendant. Entre temps la valse des consultations continue.
- Arrive Alexandra, son médecin est absent, mais elle n'en peut plus. Elle a pris pas mal d'Artane® et de Subutex® ces derniers temps. Elle entend trop de voix. Nous connaissons bien

Alexandra et nous savons qu'elle ne prend pas son traitement régulièrement, parce qu'elle aime jouer avec ses voix. Du coup elle n'aime pas le psychiatre prescripteur, " il ne la comprend pas ", elle lui a même volé son ordonnancier pour mettre fin à cette histoire. Je la vois car nous entretenons une relation particulière. Ce que j'aime chez elle c'est sa façon de décider si elle accepte le traitement ou non, mais elle n'hésite pas à lancer un SOS si nécessaire. Notre relation a commencé parce qu'elle était intenable à l'accueil. Elle hurlait le nom de son médecin pour qu'il se dépêche, elle avait un look de guerrière, personne ne savait quoi faire. Petit à petit je lui répondais, je la prenais dans un bureau, je répondais à ses questions. Mais ce qui a scellé notre relation, c'est que je l'ai crue quand elle m'a dit qu'un des médicaments prescrits, lui rappelait un médicament de la même famille qu'elle utilisait pour se défoncer. Ce jour là, j'étais devenue la seule personne qui la comprenait. En fait d'autres clients m'avaient déjà parlé de ce médicament. Son médecin n'était pas d'accord avec moi, mais Alexandra a su faire la part des choses et la place de chacun. Aujourd'hui nous discutons de ses voix, des difficultés qu'elle a à s'en séparer à vie et de la différence entre se défoncer pendant quinze ans et la perspective d'avoir un traitement neuroleptique qu'elle imagine être à vie. Ce jour là, elle n'en pouvait plus, il s'agissait d'un SOS. Je l'ai vue avec un médecin présent, il m'a fait confiance, nous lui avons donné un traitement pour quelques jours. En attendant son médecin référent.

- Nous voyons, avec mon collègue, un autre nouveau. Il est trop défoncé pour faire l'entretien, lui nous dit qu'il a mal dormi. Ses pieds sont enflés, il doit s'injecter le Subutex®, mais de toute façon il est là pour sa famille, il n'insiste pas " d'accord à demain matin ". A ce moment là, sa famille nous harangue dans le couloir. Ils ont l'air désespéré. Mon collègue et moi, nous nous regardons, il faut faire quelque chose, le client ne veut visiblement rien mais sa famille n'en peut plus. Un rapide coup d'œil et l'un de nous voit la famille pour les écouter, et tenter de la soulager.

Un peu de calme ça fait du bien !

- Jean-Marc vient encore de rater son médecin de 5 mn, lequel vient de partir en vacances. Jean-Marc est alcoolisé, la même histoire qu'il y a deux mois. L'infirmière et moi qui le connaissons bien, insistons sur ses problèmes d'alcool et le fait que ses 6 mg de Subutex® sont loin d'être le problème. Au bout de 10 mn de mea culpa, nous lui disons que de toute façon le Subutex® n'étant pas le problème, il peut passer quand il veut. Si nous sommes là, il aura son traitement sans autre forme d'entretien. La proposition est paradoxale : en effet, le règlement ordinaire interdit toute délivrance, en dehors des horaires prévus. Mais enfin il réagit, il arrête sa rengaine et refuse d'avoir un traitement dans ces conditions. Nous lui proposons alors de se tenir à ses rendez-vous. Il l'a fait quelque temps, puis de nouveau son médecin a été obligé de recadrer, mais on avance.

N'ayant personne à voir je reste un peu dans la salle d'accueil avec Philippe et son ami.

- Mathieu arrive, il a une bière à la main et l'air paumé. Je lui demande de sortir finir sa bière dehors et de revenir après comme s'il venait pour la première fois de la journée. Sur ce, Mathieu

s'en va. ! J'en dis quelques mots à son médecin et je descends sous le porche voir si tout va bien. Je trouve les infirmiers du CMP et la standardiste en train de chercher quelqu'un. Ils m'informent que des voitures ont été cassées dans la rue et que l'on a vu le "casseur" entrer en courant dans l'institution. Les deux infirmiers et moi sortons dans la rue et là je vois Mathieu avec une montre dans les mains, un étui à lunettes et un carnet d'entretien automobile. Il me dit qu'il s'était fait casser sa voiture, qu'il en a sorti les affaires pour ne pas se les faire voler et qu'il voulait mettre du ruban devant la fenêtre ouverte. La voiture est immatriculée dans l'Aisne, tous les voisins me haranguent me demandant si c'est sa voiture. Je demande à Mathieu de remettre "ses affaires dans sa voiture", ce qui nous a peut-être sauvés d'un lynchage. Avec le médecin nous reprenons ça en lui expliquant que la police respecte les lieux mais que pour que cet équilibre reste, il ne faut pas que nous devenions un refuge pour les délits commis aux alentours. S'il veut que cet endroit reste un lieu thérapeutique pour lui, il doit le respecter. Là dessus, le surveillant arrive en disant qu'il y a la police, nous lui demandons de sortir. Il sort et part dans la direction opposée. Nous n'intervenons pas, alors il se tourne vers nous et nous dit : "Ces messieurs sont là pour moi", et le voilà partant s'expliquer avec la police.

- Nous avons aussi des journées agréables où viennent des clients avec qui nous entretenons des rapports de confiance et des relations thérapeutiques dignes de ce nom. Il ne faudrait pas imaginer que tous les jours c'est le western à Marmottan. Très souvent, nous avons la satisfaction de voir des situations évoluer vers une amélioration de la vie au quotidien des clients et où, nous avons l'impression d'avoir réussi quelque chose.

Mamadou, l'histoire d'une transmission

Mamadou est, depuis son arrivée en France, en dialyse et dans l'attente d'une greffe de rein. Cette maladie s'est déclarée, croit-il, ici, parce qu'il n'a pas donné la noix de cola que lui a remis le marabout à la première personne qu'il rencontra. Il vient régulièrement à Marmottan pour parler et avoir du Subutex® à très petite dose. Son médecin et moi qui sommes les principales personnes à s'occuper de lui savons qu'avec une dialyse, le traitement ne lui est guère nécessaire. Pour Mamadou, le fait d'avoir du Subutex®, de venir nous voir, nous parler de tout et de rien, de sa vie un peu comme s'il passait voir des amis dans le village voisin le rassure et lui fait plaisir, et, à nous aussi d'ailleurs ! C'est son assistant social, Jean-Pierre, qui, très investi dans cette relation m'a transmis, en partant, ce lien intense qui unissait Marmottan à Mamadou. J'étais là le jour où ils se sont dit au revoir, le bureau était ouvert et de l'extérieur, l'on ressentait ce sentiment très fort qui les reliait. Je suis alors rentrée dans le bureau et je me suis engagée vis à vis d'eux à continuer à veiller à ce que Mamadou garde un lien privilégié avec un membre de l'équipe, moi en l'occurrence. Je leur ai permis ce jour-là de sécher leurs larmes, rassurés sur la pérennité de ce qu'ils avaient créé. Depuis, quand ma formation me permet d'être là, Mamadou vient toujours me parler et s'il a besoin de plus de tickets restaurants, il vient me voir. Je lui avance un peu d'argent, qu'il me rend toujours même si entre les deux il s'est passé quatre mois du fait de ma formation. Mamadou ne le pose jamais comme un conflit d'équipe, mais comme une aide d'une autre nature. Ce lien dans lequel je me suis engagée au départ de Jean-Pierre n'est pas une position d'équipe, l'assistante sociale n'est pas remise en cause, il ne s'agit pas non plus d'une position à l'intérieur d'une prise en charge (même si avec son médecin nous en parlons et nous sommes d'accord). Il s'agit d'une relation particulière entre deux personnes particulières, avec une histoire particulière, (comme Jean-Pierre, je suis très souvent allée en Afrique de l'ouest sub-saharienne et j'aime cet endroit) dans un cadre

particulier qui permet que ces relations existent et qu'elles puissent garder une valeur relationnelle et "professionnelle" dans l'important travail de soutien dont il a besoin. Il y en a bien sur d'autre de toute autre nature.

Dans cette situation nous sommes typiquement dans l'infra-institutionnel. Jean-Pierre ne m'a pas passé de relais concernant Mamadou, l'assistante sociale fait ce relais, nous sommes dans le ressenti d'un lien affectif, qui s'est transmis avec beaucoup d'émotion pour perpétuer ce lien afin que Jean-Pierre soit rassuré et que Mamadou ne se sente pas abandonné. Je suis venue m'engager dans cette relation pour que la part émotionnelle de cette prise en charge existe après le départ de la personne qui l'avait instaurée.

Le rôle des accueillants

Olieve écrit dans un ouvrage sur ses titres et travaux :

“Pour la constitution de l'équipe, j'ai opté pour un compromis entre professionnalisme et prise en charge totale par d'anciens toxicomanes. Il y aurait les deux. Les anciens toxicomanes ne devaient pas s'installer dans leur statut, mais devenir eux aussi totalement ou en partie des professionnels.”

Administrativement parlant les postes d'accueillants sont des postes d'agent d'entretien qui ne nécessitent aucun diplôme. Les Accueillants n'ont généralement pas de formation rassurante pour mener à bien un entretien qui s'annonce difficile. Nous sommes donc obligés de nous former pour accéder à d'autres statuts.

Les postes d'accueillants n'ont jamais été totalement occupés par d'anciens toxicomanes. Certains le sont, d'autres viennent, par connaissance, partageant un idéal social et des trajets de vie qui leur ont permis de croiser des marginaux et une connaissance de l'usage de produit en dehors des institutions sans pour autant en avoir eu des problèmes avec les produits.

En 1992, j'ai fait une communication intitulée : “la loi, la violence et l'accueil”. A cette occasion, j'ai réfléchi à la notion d'accueil en la comparant à celle de consultation, puisqu'il est fréquent d'entendre à Marmottan que nous ne sommes pas un service de consultation, mais d'accueil.

Je me suis alors aperçue que la différence entre accueil et un service de consultation était la prise de contact.

Dans une consultation, les personnes qui demandent à être reçues, téléphonent, exposent son cas pour assurer aux deux parties qu'elles ne se trompent pas d'endroit et prennent un rendez-vous. Le médecin, l'infirmière ou le psychologue savent d'avance qu'ils recevront telle personne, tel jour, à telle heure et ils ont une idée du problème qui motive la demande.

Ce fonctionnement est totalement différent dans un centre d'accueil comme Marmottan, puisque nous recevons 6 jours sur 7, sans obligation de contact préalable.

Nous ne savons donc jamais à l'avance qui nous allons rencontrer. Lorsque nous prenons notre service le matin, nous ne pouvons pas prévoir qui va passer ou ce qui va se passer.

Même s'il est admis que dans le champ de la toxicomanie nous ne travaillons pas dans l'urgence, un suivi ça se construit et ce temps d'accueil est important. L'urgence, elle, s'apparente davantage au “tout, tout de suite”, du produit et du comportement du client.

Mais à partir du moment où nous choisissons d'être un accueil, nous recevons toutes les demandes en urgence. Ces demandes qui nous sont faites, là, maintenant, tout de suite, nous les recevons dans

l'urgence de la situation et bien qu'il s'agisse rarement de situations récentes, elles ne sont plus supportées, plus supportables : il faut que cela s'arrête, instantanément.

Nous devons, même si l'obtention d'un traitement se fait le jour même, expliquer aux personnes que, quelles que soient la réponse et l'aide, cela demandera du temps. En général, les clients le comprennent bien, mais parfois ça leur est impossible, parce que trop c'est trop...

Le toxicomane qui décide le matin qu'il arrête et qui vient à Marmottan pour demander ce dont il a besoin n'a fait que fonctionner comme d'habitude : il veut quelque chose, il va le chercher. Là il s'entend dire : «d'accord, mais ça prend un certain temps» surtout s'il s'agit d'une hospitalisation. L'accueillant va se trouver dans cette situation apparemment contradictoire qui est de recevoir un toxicomane dans une démarche urgente, tout en sachant que le temps est leur meilleur allié.

Notre premier travail sera de mettre du temps et de la continuité dans une vie le plus souvent organisée au jour le jour. Il s'agira «d'apprendre » la notion du temps, par la construction d'une relation. L'accueillant va parfois essayer la première tempête ou le désespoir d'un client ralenti, soumis à la temporalité. Il y a aussi tous ceux, malades, à la rue, très angoissés, dans des états lamentables, sales ou ayant des problèmes psychiatriques, avec qui il va falloir entrer dans un bureau, les écouter, les orienter.

Qui dit Accueil, dit, comme je l'ai indiqué, sans rendez-vous, une attente parfois longue : « tenir » la salle d'accueil peut-être «musclé ». L'angoisse des uns et des autres s'additionne, la tension monte, entre celui qui dérange tout le monde, celui qui est défoncé, celui qui décroche, celui qui tente de passer sa journée ici et dont on sait que demain il fera la même chose, et ce jeune, amené par ses parents, qui n'a aucune envie d'être là. Mais l'organisation institutionnelle et notre présence pour canaliser le potentiel violent de nos clients fonctionnent plutôt bien. Les incidents sont peu fréquents si l'on considère le nombre de personnes venant consulter, ou le fait que nous ayons à faire à une population qui aime défier la loi et l'autorité. Le volontariat et le lien créé avec eux participent au respect de cette loi.

Il arrive que dans certains cas, la violence soit déclenchée de notre fait, soit que nous commettions une erreur, soit que nous apprécions mal la situation d'un client, ce qui est inacceptable pour lui. Il y a alors dysfonctionnement et risque de passage à l'acte.

Dans un lieu d'accueil nous sommes souvent à la limite de la saturation émotionnelle, surtout dans les périodes chargées où tout peut basculer : l'incompréhension, d'un côté comme de l'autre et c'est le clash. La saturation de voir revenir quelqu'un tous les jours, pendant plusieurs heures, parano, à la limite de l'agressivité, revendiquant et qui fait peur à tout le monde. Que ce soit, avec lui ou avec un autre, ça dérape, mais quoiqu'il en soit, c'est émotionnellement éprouvant et parfois émotionnellement violent.

Un jour, par exemple, il était presque 19h quand tout à coup un garçon de 35 ans entra dans le secrétariat en disant : «donnez-moi du Subutex® ! ». Certains commencent à discuter, quand je m'aperçois qu'outre l'index coupé, il avait sous l'ongle du majeur une lame de rasoir. Le type même de lame que l'on se fabrique en prison. Sans provoquer, nous avons essayé de résister quelque temps, mais nous savions que nous lui donnerions ce qu'il demandait, si rien ne le raisonnait, mais il faut toujours tenir le plus longtemps possible sinon nous nous ferions braquer tous les jours.

Quand il a posé sa lame de rasoir sur la gorge du médecin nous avons crié : «Arrête ! Nous allons te chercher du Subutex ». Il a fallu le convaincre de ranger sa lame, car il nous attendait devant les escaliers. Je lui ai demandé de mettre le rasoir dans sa poche et d'en retirer ses mains, sinon je ne prenais pas le risque de passer devant lui. Ce qu'il a fait. Nous lui avons donné son Subutex® au travers de la grille de la fenêtre, nous avons eu très peur. Une plainte a été déposée contre ce patient par le médecin-chef.

Une semaine après un client arrive en dehors des horaires de son médecin en disant que c'était prévu et qu'il y avait des consignes pour lui. Mais rien ! Il n'y avait aucune consigne. Il se mit à me

menacer et que j'allais voir ce que j'allais voir. Mais trop c'est trop, j'en avais assez d'être menacée. Je me suis plantée face à lui et je lui ai dit que je ne verrais rien du tout et que j'en avais assez des menaces. Il a crié, menacé de casser la porte d'entrée avec le pied et tout casser dans notre bureau. Je l'ai repoussé en lui disant qu'il ne casserait rien. Il a fini par partir et a évité le tricardage, il n'avait rien cassé et a expliqué ce qu'il lui arrivait : histoire de papier, d'hébergement. Il est revenu s'excuser et le suivi se passe bien. Plus tard le médecin m'a demandé d'assurer le relais pour ce garçon pendant ses vacances, car dans cette manière de tenir sa position face à l'autre un lien s'était tissé au-delà d'une simple technique de savoir prendre en charge.

Je ne souhaite pas donner une image faite seulement de violence à l'accueil : elle existe, mais existe aussi le plaisir d'y travailler.

Le respect mutuel entre les clients et nous a permis à Marmottan de rester un Accueil ouvert à tous, avec l'avantage de ne pas seulement être une consultation où les gens défilent, qui pour voir un médecin, qui une assistante sociale. Ce qui change, c'est la spontanéité de la demande avec toute la charge émotionnelle à gérer. Un toxicomane qui a envie ou besoin de dire s'il est bien ou mal, peut le faire à Marmottan sans rendez-vous, sans être obligé de voir un médecin, de façon "non préméditée".

Etre un Accueil, c'est permettre aux toxicomanes de venir, chargés de sentiments, d'émotions, parfois même de produit, parce qu'ils viennent dans l'instant. C'est aussi cette décharge d'émotions et de sentiments qui nous fait le plus violence. En créant ce mode d'accueil, Olive voulait que les toxicomanes aient un endroit où ils puissent venir sur un coup de tête et qu'alors se nouent des liens privilégiés entre eux et l'institution. Les accueillants matérialisent ce lien.

De ce fait, l'accueillant est, tout au long de la prise en charge de quelqu'un, une interface institutionnelle entre le toxicomane et la relation thérapeutique qu'il entretient avec celle-ci ou celle qu'il entretient plus précisément avec son thérapeute. Si rien de ce que le toxicomane confie ou fait avec l'accueillant ne reste secret, puisque tout est retransmis au thérapeute ou à un des référents, pratiquement tout ce qui se passe pour un toxicomane dans l'institution passe par les accueillants. Chaque personne qui passe la porte de Marmottan s'adresse à nous, pour dire qu'il est là, savoir combien de personnes sont avant lui pour voir son médecin, nous explique pourquoi il ne peut pas attendre, pourquoi il passe en dehors des horaires ou du rendez-vous, pourquoi il doit voir tel infirmier ou telle assistante sociale. Par ces entrefaites nous suivons pas à pas l'évolution de tous les toxicomanes et dès qu'une mise au point doit être faite ou qu'une décision institutionnelle doit être expliquée à l'un d'entre eux l'institution demande à l'un d'entre nous d'être présent pour valider l'aspect institutionnel de cette mise au point. Cette présence et cette connaissance dans tout le champ de la prise en charge d'un toxicomane, qu'elle soit sociale ou thérapeutique, font de nous la voix de la loi institutionnelle et nous chargent en tant que tiers omniprésent de faire la pédagogie du contrat tant du point de vue général que particulier. De ce fait, chacun d'entre nous a des relations privilégiées avec certains clients, permettant à ceux-ci de pouvoir discuter autrement de leurs problèmes et de leur vie avec un membre de l'équipe, tout en restant à Marmottan, institution soignante.

Je dirais que les clients qui n'ont plus besoin de nous pour cette pédagogie institutionnelle sont ceux qui viennent depuis longtemps, plus pour une psychothérapie que pour un problème de toxicomanie actuel. Mais là encore, l'exemple montre que notre présence est importante même pour ces personnes.

Je me souviens de Sarah, qui n'est plus toxicomane depuis plusieurs années, mais vient à rythme

espacé voir son médecin. La dernière fois que je l'ai vue, elle avait perdu beaucoup de poids au point d'être difficile à reconnaître. Profitant d'une salle d'attente vide nous sommes mises à discuter. Sarah m'expliqua qu'elle ne supportait pas cette surcharge pondérale et qu'elle s'était fait placer un anneau autour de l'estomac, qu'elle le supportait bien et que sa vie s'en était trouvée transformée. Je lui disais que ce qui m'avait le plus impressionnée dans ce changement n'était pas de la voir mince à ce point, mais plutôt l'expression de son visage. Ses traits étaient moins sévères, elle était souriante et avenante. Nous ne nous connaissions pas particulièrement, je ne l'avais jamais vue en entretien. Notre seule relation était de se croiser dans l'accueil ou de me demande de prévenir son médecin de sa présence. Pourtant cette discussion lui fit plaisir car elle s'apercevait que je m'intéressais à elle depuis toujours et qu'en tant qu'étrangère à sa prise en charge thérapeutique je lui renvoyais donc objectivement les changements et le chemin qu'elle avait parcouru depuis toutes ces années.

L'accueil, un travail d'équipe

L'ensemble du travail qui se fait à Marmottan ne peut se faire qu'en équipe. Le travail d'accueil est d'écouter et d'orienter les personnes qui viennent nous voir. Il arrive souvent dans un sens ou dans un autre d'avoir besoin qu'un autre intervienne ou nous aide à réfléchir sur un problème. Je citerai deux cas récents :

– Le premier est celui d'un jeune homme qui arrive avec quelqu'un qui semble être son père mais qui est en réalité son beau-frère. J'étais sur le point de partir, quand mes collègues me demandent si je peux en voir "un dernier pour la route". Ma collègue m'explique qu'il s'agit d'un fils et de son père. Je descends pour voir ce jeune homme et tout de suite je me retrouve avec le client insistant pour que l'accompagnateur vienne avec lui en entretien, "Je n'ai rien à cacher, je veux qu'il entende ce que j'ai à dire". Je refuse de les voir ensemble dans un premier temps mais qu'après l'entretien nous verrions. Nous gardons toujours la possibilité de recevoir les familles ensemble dans un deuxième temps si nous jugeons que c'est nécessaire.

Ce jeune homme était très stressé. Il était marié et père de deux enfants. Sa famille s'étant aperçue de son problème de drogue, l'avait envoyé en Algérie tout l'été pour qu'il puisse arrêter. Lui était parti avec son stock de Subutex® et de Rohypnol®^[16] passant du même coup de "bonnes vacances". Il m'expliqua qu'il ne prenait plus rien et que si je le trouvais maigre et fatigué, c'était à cause des soucis que l'absence de travail et la pression familiale lui causaient. Il ne dormait pas et ne mangeait plus. Cette pression s'était accrue ces derniers jours parce que quelqu'un l'avait vu dans un endroit fréquenté par les toxicomanes et l'avait répété à sa famille. Lui disait ne pas être allé là bas pour de la drogue et voulait que nous disions à sa famille qu'il ne se droguait pas. Il me paraissait défoncé aux opiacés, mais aussi aux tranquillisants. Il «faisait de la mousse » comme nous disons dans notre jargon. La sécheresse de la bouche qu'entraîne la prise importante de certains médicaments rend la salive rare et épaisse, elle mousse aux commissures des lèvres. De plus sa maigreur laissait penser que le crack ne lui était pas indifférent.

Je lui expliquais d'abord où il était et quel était notre travail. J'avais beau lui dire que nous ne

donnions pas de renseignements à la famille, que les propos tenus dans ce bureau n'en sortiraient pas, sa seule demande était : « voyez mon beau-frère et dites-lui que je ne prends rien. » Voyant que je n'avancerais pas, je suis allée voir mes collègues pour trouver une réponse à sa demande en sachant que, de toute façon, il était hors de question d'entrer dans cette histoire de drogue ou pas drogue.

J'ai discuté avec ceux qui étaient disponibles dans l'accueil. Il y avait, outre les autres accueillants, une infirmière. J'exposais la situation et mes questions quant à la méthode la plus opérante : fallait-il adresser le beau-frère à la consultation famille pour expliquer la façon dont nous travaillons ? Quelqu'un d'autre que moi pourrait-il les voir tous les deux ? Ou les verrais-je tous les deux ? Dans tous les cas je ne voulais pas voir le beau-frère indépendamment du jeune homme pour que ce dernier ne puisse pas phantasmer sur ce que j'aurais pu dire sur lui. Mon collègue d'origine algérienne ne voulait pas être pris dans cette histoire, sur le mode "mon frère, mon cousin..." L'infirmière me dit que ce qui lui paraissait le mieux était que nous les voyions toutes les deux, tout d'abord, pour que le garçon entende et touche du doigt ce que je lui avais expliqué, pour que le message soit reçu par les deux en même temps. A vrai dire la solution de l'infirmière avait été celle qui m'était venue à l'esprit durant l'entretien, mais j'avais besoin de savoir si d'autres la partageaient ou s'il y en avait une meilleure. L'infirmière et moi nous sommes donc allées voir les deux personnes.

Nous avons très vite compris que le beau-frère n'était pas dupe de la situation. Son problème n'était pas de savoir si le client se droguait ou pas, mais s'il entamerait et suivrait une démarche de soin le cas échéant. Il l'avait accompagné ici parce qu'une ancienne cliente qui s'en était sortie leur avait dit que nous étions le meilleur centre. Contrairement à beaucoup d'accompagnateurs, il savait que la démarche appartenait au client, que ce dernier était adulte, mais il avait des responsabilités à assumer. En filigrane, le beau-frère expliquait au client que s'il ne les assumait pas, en tant que chef de famille il prendrait, lui, les décisions nécessaires. Le message était clair, la pression était là.

Deux fois pendant l'entretien le client a dit qu'il ne se droguait plus et qu'en arrivant en Algérie, il avait jeté le sac avec le Subutex® et le Rohypnol®. La première fois nous lui avons dit que nous n'étions pas là pour discuter des faits le concernant, mais de notre fonctionnement, le volontariat, la gratuité, l'étanchéité entre la consultation famille et la consultation toxicomanie. La deuxième fois nous avons été plus fermes en expliquant au beau-frère, qu'une des raisons pour lesquelles nous ne donnions pas de renseignements est que nous pouvions être l'objet de manipulations de toutes parts, de la famille par exemple, ou servir de caution à un discours ou des faits qui ne refléteraient pas la réalité. Par la force des choses, le message devenait très clair pour les deux. Nous avons demandé à l'accompagnateur de sortir du bureau pour conclure l'entretien avec le client. Il continuait de nous dire que son problème était le travail, et que s'il en trouvait un, tout irait bien. Ma collègue lui dit que nous n'étions pas une agence ANPE, que nous n'étions pas compétents pour ce problème. En rapport à l'entretien que j'avais eu avec lui avant, j'en profitais pour lui faire remarquer qu'il avait essayé de nous utiliser deux fois pendant l'entretien pour cautionner son discours. Si nous ne cherchions pas à lui faire avouer qu'il se défonceait, nous le pensions fortement. Mais nous en restions là pour cette fois, lui avec son discours, nous avec nos impressions. Il avait l'air d'avoir compris qui nous étions et ce que nous faisons. Nous lui avons donc donné une carte avec nos noms et le numéro de téléphone en lui disant de ne pas hésiter à nous contacter si un jour il pensait avoir besoin de nous.

– Le second cas est celui d’Aminata. Elle a mobilisé quatre personnes de trois pôles différents. Un médecin de la médecine générale me demande de venir rapidement, il avait besoin de moi (accueillante). Quand j’entre dans son bureau, il y a cette jeune africaine avec les avant-bras et les mains dignes de Popeye après les épinards. Ils sont fendus sur une largeur de 3 cm tout autour d’un “îlot” plus noir que sa peau. Le médecin m’explique que ce sont des nécroses, de la chair pourrie. Il veut que nous l’hospitalisons pour reposer ses bras. Aminata shoote du crack et du Subutex®. Le spectacle donne la nausée, je ne peux pas m’empêcher de lui demander où elle trouve des veines dans ces conditions, de lui parler de la douleur qu’elle s’inflige. Si l’institution est un lieu de travail, ce sont des êtres humains, avec des sentiments et des émotions qui y travaillent et qui y viennent. Elle pleurait de voir ses bras dans cet état et de se rendre compte que nous étions en état de choc. Mon intervention était de lui faire comprendre que l’hospitalisation impliquait un sevrage et d’être en manque. Cela n’a pas été très difficile, elle était d’accord, mais ne savait pas comment le dire et à qui en parler. Quand nous finissons par nous mettre d’accord, l’infirmier émet des réserves, en disant que l’hospitalisation est plus notre désir que le sien, sauf que cette idée d’arrêter la rassurait. Elle a convaincu l’infirmier et il nous a fait confiance. Pendant que l’infirmier voyait cette jeune fille, j’expliquais à un médecin de l’accueil la situation et l’urgence à intervenir. Aminata a demandé d’aller dans sa famille, qu’elle n’avait pas vue depuis plusieurs semaines. Elle appela dans la journée pour dire que sa grand-mère venait de décéder. Elle ne pouvait pas venir aujourd’hui mais dans trois jours. Trois jours après, elle était là, à l’heure, en état. Son hospitalisation s’est très bien passée. Nous avons pu soigner ses bras et éviter l’amputation. Quelque mois plus tard je la voyais sous le porche discuter avec ma collègue. Elle avait fait des greffes de peau pour arranger ses bras et avait le projet de rentrer dans son pays d’origine pour y vivre comme elle avait toujours vécu avant que sa famille ne la fasse venir en France.

Dans cette histoire, c’est le médecin généraliste qui a pensé notre intervention et l’urgence de celle-ci. Il m’a demandé de l’aide et nous avons demandé à la cliente de nous suivre. Ensuite, il a fallu, qu’avec leurs doutes et leur questionnement sur la réussite d’une telle entreprise, un infirmier et un psychiatre nous suivent. Ils ont vu cette jeune fille et ses bras, mais n’ont pas eu réellement le temps de faire un entretien pour faire connaissance. Pourtant ils allaient être les référents de cette hospitalisation. Nous pensons que l’on ne peut pas demander à quelqu’un en détresse de faire trois ou quatre entretiens d’affilée, ce n’est pas humain. Ce cas chamboulait tous les protocoles et nous devions nous faire confiance.

Si, à Marmottan comme ailleurs, nous travaillons avec un cadre et des théories, le respect mutuel et l’engagement plein que nous prenons avec les clients demandent à ce que le cadre et les théories s’adaptent aux personnes et à leurs problématiques et non le contraire.

Il est à notre avis inhumain et anti-éthique que des personnes en difficulté se déforment pour passer dans le prisme d’une clinique trop prédéterminée.

Après les réactions ou les interventions à chaud auxquelles nous sommes tous obligés de faire face pour répondre à une situation de détresse, c’est en réunion ou pendant des discussions informelles que chacun donne ses impressions sur quelqu’un ou sur une situation. Nous décidons ensemble les interventions de chacun à son niveau, les décisions à prendre et qui les annonce, en fonction de son implication ou de sa connaissance du problème et/ou de la personne. Si, comme ailleurs, les positions hiérarchiques ont un poids important dans les décisions, celles-ci et les interventions qui

en résultent auprès d'une personne donnée se font à partir du niveau de compétence, de légitimité et de connaissance du problème.

Est-ce qu'être accueillant est un des métiers de l'éducation spécialisée ?

Comme je l'ai trouvé dans les textes et programme officiel des éducateurs spécialisés :

“L'éducation spécialisée concourt à l'éducation d'enfants et d'adolescents ou au soutien d'adultes présentant des déficiences psychiques, physiques ou des troubles du comportement ou en difficulté d'insertion, en collaboration avec tous ceux qui participent à l'action éducative, thérapeutique et sociale. ”

Je dois dire d'abord que je me suis sentie plus à ma place au milieu des éducateurs en formation que des étudiants en psychologie. Il y a chez les éducateurs, ce quelque chose de militant et d'authentique qui ressemble de près à ce que je vis dans mon travail. Comprenons-nous bien, je ne dis pas que les éducateurs spécialisés sont tous comme je le dis, mais ceux que j'ai rencontrés durant ma formation et pendant mon stage dans un centre de psychiatrie infantile avaient pour la plupart ce souci d'authenticité. Prenons un exemple sur mon lieu de stage de découverte, un service d'hôpital de jour pour petits. Il y avait ceux que j'appelais : “ceux d'en bas ou ceux qui mangent avec les enfants”, par opposition à ceux du premier étage, les médecins, psychologues et assistantes sociales qui pensent pour les enfants, les parents, les infirmiers et les éducateurs. Il y avait dans cette équipe des personnes qui appliquaient ce que Deligny appelle : “une position à tenir”. Ils avaient un savoir conséquent sur les pathologies et ils en tenaient compte. Mais leur souci n'était pas d'être ou ne pas être thérapeutique, leur souci était d'être là pour tous et pour chacun et de tenir une position dans le groupe et une autre avec chacun afin que les enfants soient aussi des enfants heureux, aimés et respectés. Si je suis ironique avec les gens du premier ce n'est pas parce que j'estime qu'ils étaient incompetents, mais parce que les psychologues, qui étaient très attentives au travail de l'équipe éducative, avaient du mal à faire remonter les réflexions et les désirs d'innover de l'équipe d'en bas. Tout était tellement hiérarchisé, cloisonné qu'il était trop difficile pour les gens d'en bas d'innover sans qu'un formulaire en trois exemplaires soit signé par trois ou quatre administratifs type surveillant infirmier, cadre socio-éducatif, le directeur et ce au cas où le médecin responsable de l'unité soit prêt à se battre. Quoiqu'il se dise, le dernier mot revenait aux médecins et à la surveillante. Ce carcan institutionnel ne sert pas à protéger l'enfant mais plutôt à sauvegarder les pseudos privilèges de certains.

Sans être aussi anti-institutionnel que Deligny, il y a dans cette position à tenir quelque chose qui cherche toujours à pousser les murs, déplacer les meubles de l'institution pour qu'elle ne devienne pas usine à formater les esprits, comme on calibre les tomates pour qu'elles se ressemblent toutes. Il y a aussi chez les éducateurs une volonté d'être à l'écoute, non pas pour être dans le secret des dieux, mais pour pouvoir répondre et apaiser l'angoisse, conseiller, rassurer afin de montrer à l'enfant qu'il peut avoir confiance, mais qu'on ne le laissera pas faire n'importe quoi. Leur préoccupation première est d'être présents et de surcroît soignants. Ce service fonctionne bien. Le

travail, des femmes de service au psychologue en passant par la psychomotricienne, offre aux enfants un cadre chaleureux et psychiquement structurant. Malgré cette hiérarchisation des fonctions, le service m'a permis d'intervenir et de donner mon avis sur les enfants et leurs prises en charge. Au début j'étais perdue, voire paniquée, face à ces enfants. Il m'a fallu observer et apprendre, questionner et lire pour savoir quelles étaient les pathologies rencontrées, ce qu'était la psychose dysharmonique évolutive pour ne pas faire n'importe quoi. C'est quand même aussi grâce à l'acceptation que j'avais d'être interpellée sur moi et de répondre que j'ai pu entrer en contact avec eux et comprendre comment et pourquoi le savoir-faire de la Fondation Vallée était opérant. Dans les accompagnements quotidiens et au long cours, les deux savoirs, le savoir-être et le savoir-faire sont complémentaires.

Parmi les étudiants que j'ai rencontrés durant ma formation, c'est avec les éducateurs de prévention spécialisée que je me suis trouvée le plus d'affinité. Évidemment, là non plus, il ne faut pas généraliser. Certains sont tellement dans le terrain, rien que sur le terrain, qu'ils considèrent que les "penseurs" ont la part belle du travail. Ils sont enfermés dans la vie des cités et les difficultés qu'ils rencontrent tous les jours, "personne n'est fou, tout le monde est dans la misère". Ils n'ont pas la relativité qu'amène un savoir théorique. Le savoir-être et le savoir-faire se confondent et ne se complètent plus. Il faut dire que si dans les institutions le carcan administratif est handicapant, les éducateurs de prévention spécialisée sont souvent seuls sur le terrain sans pouvoir prendre de distance. Ceci étant, nombre d'entre eux ont une réflexion et une connaissance théorique et culturelle importante. Si les débats contradictoires étaient intéressants avec à peu près tous, c'est avec ces éducateurs de la prévention spécialisée que j'ai trouvé le plus de points communs. Ils doivent sans arrêt se confronter aux jeunes délinquants où le faire-semblant ne marche pas sous peine de se retrouver dans de sales draps, où la relation de confiance est la seule qui puisse être pertinente, sans pour autant cautionner les infractions en tous genres ; s'il y a un projet pour ces jeunes, il n'est pas construit à l'avance mais se crée au fur à mesure. Il y a un point, plus technique, dans lequel je me suis retrouvée, c'est l'anonymat et la démarche volontaire. Ils vont au devant des jeunes, avec qui ils ne peuvent agir que s'ils adhèrent au projet.

D'une façon générale, il y a dans le métier d'éducateur spécialisé un rapport avec la vie de tous les jours, dans les relations qu'ils entretiennent avec les personnes qu'ils ont en charge. Qu'ils travaillent dans des structures de jour ou de vie, ils ont, de par leur fonction, à s'intéresser à ce que vivent les gens et à avoir un discours et une idée politique (et non politicienne). Ils représentent, en tant qu'éducateurs, au travers de toute leur personne, une forme d'adaptation sociale respectant autrui, sans pour autant dire ou faire croire qu'ils sont d'accord avec le système. Ils montrent que pour combattre le système il faut en faire partie, pour ne pas en être exclu, qu'il faut le connaître pour avoir une action sur lui. C'est bien à l'intérieur de l'éducation nationale, "l'école caserne", que Fernand Oury a créé ses classes pour enfants inadaptés. J'ai, dans mon travail, ce même souci d'authenticité et d'accompagnement dans la vie de tous les jours, même si cette vie de tous les jours ne se vit pas heure par heure. Nos relations continues avec les clients leur prouvent que dans la société, il y a des personnes avec qui il est possible d'être et qui ne sont ni dans le rapport de force, ni dans le déni de ce qu'ils sont. Une voie est possible, entre tout casser dans la société, se "casser" comme disent les toxicomanes ou devenir un autre, ressemblant à l'image préfabriquée du citoyen heureux ! Alors, oui, il y a des ressemblances entre ce qu'on appelle accueillant et éducateur

spécialisé.

Olieve et son enseignement

Olieve a développé dans sa clinique du toxicomane le concept de “clinique de l’intensité”. Ce concept est essentiel dans notre travail quotidien. Dès le premier entretien, nous devons travailler avec cette théorie. La clinique de l’intensité s’oppose directement à la clinique de la causalité. Il ne s’agit pas de nier l’histoire du sujet, mais, dans cette approche, la problématique du toxicomane tient dans l’intensité vécue des événements de sa vie et des effets des produits. La prise en charge doit s’installer, dans l’intensité de la relation thérapeutique, tant avec le thérapeute qu’avec l’institution. Par analogie au LSD, sujet de thèse d’Olieve, il nous demandait souvent de nous interroger sur la planète du toxicomane. Dans quel “monde” vit-il ? Son rapport à la sexualité, aux autres et à la drogue.

Si certains font de la prose sans le savoir, avec Olieve, l’équipe et les toxicomanes, nous apprenons sans forcément le vouloir et/ou le savoir. J’ai appris beaucoup de lui, de Marc et de beaucoup d’autres, mais tous avaient d’abord appris de lui. Marmottan est son enfant et il l’a conçu à son image. Il me semble qu’au-delà des théories et des pratiques institutionnelles, j’ai reçu de l’ensemble de l’institution, la faculté de pouvoir “prêter mon âme”.

En réfléchissant à l’expression de ce que m’avait apporté Olieve et l’équipe, ce qui a été donné, sans jamais être parlé, une image m’est venue en tête : celle d’une personne allant dans les couloirs avec une âme à prêter à qui en avait besoin. Il faut prendre âme dans son acception philosophique : “principe de la sensibilité et de la pensée”^[17]. Il s’agit évidemment de générosité, mais qui ne se veut pas charitable. L’âme est aussi une baguette de bois dans un instrument à corde et communique les vibrations à toutes ses parties.^[18] Olieve connaît les risques et l’exigence que demande une telle pratique. Il n’est pas aisé de savoir comment travailler de cette manière. C’est pourquoi il faut l’éprouver et c’est la raison pour laquelle l’équipe a un rôle protecteur à jouer pour ses membres. Prêter cette âme demande une vigilance accrue : il faut ne pas s’y perdre soi-même, il ne faut pas être dupe et avoir confiance en l’institution pour ne pas fusionner. Prêter cette âme, c’est entrer en relation avec l’autre et si par moment c’est souffrir avec eux, c’est aussi souvent avoir du plaisir à être et partager avec eux. C’est l’empathie éprouvée qui peut aller de la sympathie au rejet. Cette transmission doit d’abord s’expérimenter et se partager avec des membres de l’équipe, les anciens étant disponibles pour les nouveaux. Il n’y a pas de cours et les premiers éprouvés sont souvent vertigineux, soit que l’on se pense tout puissant, soit que l’on se sente aspiré. Il ne peut en être autrement, car il n’y a pas de position supérieure, il doit y avoir deux êtres en présence, les deux étant l’histoire qui est en train de s’écrire, porteurs des liens qui se nouent avec soi et le reste de l’institution. Pour trouver cette transmission il faut être demandeur et acteur dans cette quête. Quelque chose flotte dans l’air, mais qu’est ce ?

Un des problèmes de l’expérimentation de cette transmission, est que, par moment, on se fait mal. Il y a des chutes où la réception est brutale. Au début tout semble brouillon, on n’y comprend rien, on se lance, on croit faire ce qu’il faut. Puis tout à coup plus rien ne fonctionne. Tout est trop ou pas assez, l’équipe vous dit que ça ne va pas et c’est là qu’il faut être attentif pour repérer la justesse d’une telle position. Ceci fait dire à certains que Marmottan est une institution “où on te laisse faire

ce que tu veux, mais si tu te plantes alors, tout le monde te tombe dessus”. Nous avons appris à nous améliorer à ce niveau, mais il reste une inévitable expérience qui ne peut être facile. Plus qu'un simple apprentissage, il s'agit d'initiation. Il y a entre l'initiation à la clinique de Marmottan et l'initiation à la drogue un fonctionnement en miroir. Si tous les intervenants n'ont pas vécu cet éprouvé de plaisir de la drogue, ils auront cet éprouvé clinique de l'engagement de soi.

Olieve a toujours mis les toxicomanes au cœur de l'institution. Il avait deux idées qu'il énonçait régulièrement. La première était que les toxicomanes étaient nos électeurs : « Ils votent avec leurs pieds ». La deuxième était la postéropodie, la thérapie du coup de pied au cul. Cela peut paraître banal ou démagogique, pourtant elles forment les deux extrêmes de la prise en charge à Marmottan. L'une porte dans son analogie avec le vote démocratique. L'idée forte qu'Olieve a voulue en créant Marmottan, est que Marmottan est leur maison, qu'ici ils participent à la vie de l'institution (eux qui bien souvent n'ont plus ou pas de droit civique) mais aussi que la drogue ne règne pas en maître. L'autre est que le respect et l'engagement doivent être mutuels et renvoient au bon sens de l'éducatif : “Un coup de pied au cul n'a jamais fait de mal à personne ! ”^[19], mais surtout elle me fait penser à cette phrase de Deligny : “Trop se pencher sur eux, c'est la meilleure position pour recevoir un coup de pied dans le derrière.” Ils votent avec leurs pieds, nous sommes empathiques, mais la limite est que nous ne sommes pas prêts à tout accepter ou supporter, au nom d'une sacrosainte souffrance et d'un sacro-saint devoir d'accompagnement.

La seule période où les toxicomanes ont voté “contre” Marmottan a été celle qui suivit la mise sur le marché du Subutex®. Ils venaient moins nombreux. La plupart voulait essayer ce nouveau médicament. Olive, bien qu'hostile à la substitution telle qu'elle était mise en place par les pouvoirs publics, a tenu compte de ce “vote” et a demandé à ceux qui étaient volontaires de travailler de manière expérimentale avec le Subutex® en 1995. Depuis, la consultation ne désemplit pas, bien que nous donnions moins de Subutex® qu'ailleurs. Cette alliance d'une expérience clinique avec les toxicomanes et l'utilisation du Subutex® a fait que les toxicomanes votent favorablement avec leur pied. Il ne faut pas croire, et là est la force de la clinique créée par Olive, que les toxicomanes veulent toujours plus de produit. Ils sont très sensibles à l'attention qu'on leur porte, mais aussi à la possibilité d'être eux-mêmes, authentiques. Au début de Marmottan, personne ne croyait au succès d'un centre pour toxicomanes dans lequel ils se rendraient volontairement. Le toxicomane, avec son image de jouisseur impénitent et immoral, ne se présenterait jamais dans un centre pour arrêter ou pour parler de sa consommation. Dans les années 95, l'idéologie ambiante était du même ordre. Le toxicomane, appelé usager de drogue, ne voulait que des produits opiacés et s'il prenait d'autres produits à côté, c'est qu'il n'avait pas assez d'opiacés “prescrits”. Après une première vague de toxicomanes qui venaient parce qu'à Marmottan, il était plus simple et moins cher que dans la rue d'avoir du Subutex®, la deuxième a été ceux qui voulaient inscrire le Subutex® dans une prise en charge. Nous avons appris, souvent difficilement, à être authentiques avec les clients. Nous leur demandons et leur apprenons à l'être avec nous. Notre projet est qu'ils fassent leur expérience et qu'ils se découvrent. Le fait d'avoir toujours accepté que quelqu'un fasse un sevrage hospitalier dans le simple but de retrouver après du plaisir avec le produit, a permis aux toxicomanes, qui ont l'habitude de mentir, d'être sincères. Cela ne se fait pas le premier jour mais petit à petit, comme pour nous.

Je me souviens de ce grand gaillard, qui se présenta un jour pour un premier accueil. Je lui dis qu'il me semblait l'avoir déjà vu et que les choses ne s'étaient pas bien passées : insultes, violence. Sans se démonter, il me dit que c'était possible, que sous Rohypnol® il avait fait plein de choses dont il ne se souvenait plus. Il y avait quelque chose de sympathique chez ce garçon et je pensais que le fait de lui poser directement la question au lieu de tourner autour du pot par peur, car il était imposant, a fait que l'entretien avait été très direct. Il avait rencontré des routiers contrebandiers et il voulait se lancer dans l'import-export de produits de contrebande. Mais pour faire partie de la bande, il devait d'abord se sevrer. Evidemment, nous avons accepté, car c'est en acceptant ce genre de demande que souvent un climat de confiance existe entre nos clients et nous.

Je citerais à ce sujet un article de 1996 du journal de l'association d'Auto Support d'Usager de Drogue (ASUD)[\[20\]](#) qui, bien que très critique vis-à-vis de Marmottan, se termine ainsi :

“Non, Marmottan n'est pas à la base d'un complot machiavélique destiné à avilir les drogués, il est simplement devenu l'aboutissement logique d'un processus d'exclusion qui passe par l'autoculpabilisation et l'abdication de toute pudeur morale. Alors si par hasard l'envie de décrocher vous démange, n'hésitez pas à vous demander de quoi vous désirez réellement décrocher, du stress ou du manque de veines (voire de pot). Dans tous les cas, Marmotte est au moins un endroit où l'on pourra vous aider à décro de la pire des maladies : le mensonge. Pour le reste, faites bien attention, peut-être que vous n'êtes pas aussi malade que vous le croyez.”

Dans “la clinique du toxicomane”[\[21\]](#), Olieve développe deux aspects qui me semblent essentiels en lien avec ce que je viens d'écrire : “La démocratie psychique” et “la clinique de l'intensité”.

Olieve est en proie à un questionnement permanent, il est souvent en discussion avec lui-même, les toxicomanes et l'institution. Ce questionnement conduit forcément à la question de la justice et de l'injustice. Si nous sommes soucieux d'être justes, nous savons aussi que l'injustice existe à Marmottan comme ailleurs. Tout est question de dialectique avec soi, entre nous et les clients. Sachant cela, nous pouvons aussi reconnaître les injustices que nous commettons. Je ne dis pas que nous arrivons toujours à nous remettre en question, mais nous essayons. Il nous a transmis cette position contradictoire faite d'assurance et de doute. Cette clinique de l'intensité implique que nous soyons des êtres vivants, agissant et réagissant. Nous travaillons avec nos émotions, notre intuition, et notre ressenti. La subjectivité et notre être/âme sont au centre de cette clinique, qui sort des canons de la seule écoute bienveillante.

Olieve revendique cette position contradictoire, ce qui ne nous aide pas toujours à savoir que faire ou quoi penser. Je pense qu'il estime, dans une mesure convenable à l'éthique et à la déontologie, que la “vérité” appartient à chacun de nous et qu'elle doit être en mouvement. De ce fait, la règle d'or à Marmottan, est que l'exception est *la Règle*. Nous avons évidemment des points de repères pour fonctionner, mais notre obligation est, d'abord, d'écouter le client et ensuite de décider quoi faire, une exception ou pas.

Le contrat n'a jamais été là pour être appliqué à la lettre, mais pour donner une base de discussion avec le client. La seule transgression qui généralement ne prête pas à discussion, c'est la violence. D'une certaine manière, en nous transmettant le doute et la possibilité de faire avec ce que nous sommes, notre être, Olieve fait confiance à notre capacité à entrer en relation avec l'autre, en nous considérant comme des personnes capables de faire avec nos ambivalences, car là se créera l'intensité relationnelle.

Je m'étais engagée, auprès d'un autre CSST, à suivre un garçon de vingt ans, Mohamed, qui avait des problèmes avec sa Couverture Maladie Universelle (CMU). Le médecin de ce centre prescrivait, nous délivrions le traitement. Malgré plusieurs conversations téléphoniques pour indiquer les médicaments que nous donnions et ce que nous ne donnions pas, le problème était qu'il venait toujours sous l'effet de benzodiazépines[22] (BZD) et d'alcool. Nous lui en parlions, mais il niait fermement. Un jour je lui dis que j'allais appeler son médecin et que s'il continuait ainsi nous devrions arrêter. Ce que j'ai fait. Son médecin m'expliqua qu'elle le voyait tôt le matin et qu'il était toujours clair à cette heure. Mais pour nous rien ne changeait, il venait, toujours aussi défoncé. Une fois, en plus, il voulut un ticket restaurant. Nous lui avons refusé, car nous n'arrivions même pas à lui faire admettre qu'il prenait trop de médicaments et d'alcool. Nous en avons assez. Il a fait un scandale, toujours la même rengaine : " Appelez la police, je ne partirai pas, je vais braquer un mec dans la rue, je vais voler à cause de vous ". Il est sorti, puis il est revenu dans le service insultant et haranguant les autres patients. Tout le monde dans le service voulait mettre fin à ce relais, mais je n'étais pas de cet avis. Il est vrai que dans les termes du contrat, sur le respect mutuel, tout ce qu'il avait fait donnait lieu à interruption, momentanée, de sa prise en charge. Mais son état, son jeune âge, et surtout sa façon d'alterner des propos insultants et de me dire son malaise, me laissaient penser que l'immaturation et les médicaments l'empêchaient de percevoir la situation. J'appelais son médecin et lui exposais les demandes et le comportement de Mohamed en insistant sur le fait que s'il revenait dans le même état, sans écouter ce que nous lui disions depuis deux ou trois semaines, il risquait de devoir trouver un autre centre pour la dispensation de son traitement. D'un autre côté, j'expliquais à l'équipe que je n'étais pas convaincue de la pertinence éducative et/ou pédagogique d'un tricardage, mais que j'accepterais leur décision. La semaine suivante j'étais en cours, par conséquent je ne pouvais pas être là au moment de la décision. Je dois dire qu'avec le médecin du CSST nous avons fait un bon travail en partenariat, elle en faisant entendre raison à Mohamed, moi en donnant clairement mon sentiment à l'équipe qui en a tenu compte. Mohamed a fait sa part lui aussi, en revenant très clair à son rendez-vous, s'excusant de ce qui s'était passé la semaine précédente. Les personnes présentes reconnurent que quelque chose avait fonctionné et que Mohamed avait compris ce que nous lui expliquions depuis plusieurs semaines. Un nouveau mode de relation se mettait en place. A mon retour Mohamed est venu me voir le jour J, toujours dans un état correct, jusqu'à l'obtention de ses droits à la sécurité sociale. Sa prise en charge s'est poursuivie sans moi, un autre de mes collègues l'avait vu en mon absence. Le courant était passé entre eux et ils ont continué le bout de route ensemble. J'ai appris tout ça le jour où il est venu chercher son ultime dispensation, il avait sa CMU et allait bien. J'étais contente.

S'il y a des tricardages pour nous protéger de la trop grande violence de certains et pour le faire savoir, la très grande majorité d'entre eux a un but pédagogique. Quand les mots ne suffisent plus et que l'échange n'est plus possible, les tricardages sont là pour mettre en acte, notre discours et les limites. Il est de principe dans le droit français d'individualiser les sanctions et non d'appliquer un tarif, comme il est d'usage dans les pays anglo-saxons.

Pour Etienne les choses se sont passées autrement. Etienne venait tous les jours prendre des affaires que nous lui gardions. Il venait de plus en plus défoncé. J'en parlais à son assistant social et son

médecin qui me disaient ne plus savoir quoi faire. Il niait et rien n'avancait. Un jour, j'eus l'intuition qu'en plus de ses affaires, nous gardions aussi ses médicaments, (sa défonce). Je lui ai demandé de vider son sac devant moi et j'ai alors trouvé une véritable pharmacie : ça allait du tube de Voltarène® au Subutex® en passant par le Rohypnol®. J'ai pris les médicaments en lui disant de décider ce que nous allions en faire avec son médecin. Après une heure d'entretien, ils ressortent en disant que nous les jetions et qu'elle assurerait la médication. Il partit et revint aussitôt. Il voulait récupérer les Rohypnol®. Nous avons discuté longtemps avec lui, il ne voulait rien savoir. Le problème est que ce médicament est dangereux par lui-même puisqu'il crée des ivresses éveillées avec perte de mémoire, et qu'il engage le pronostic vital associé au Subutex®. A bout d'arguments et d'explications, nous lui avons donné le choix, soit il récupérerait ses médicaments et interrompait sa prise en charge, soit il nous les laissait et nous revoyions son traitement s'il se sentait trop mal. Il a choisi de reprendre ses médicaments. Je l'ai revu un an plus tard, il sortait de post-cure et allait beaucoup mieux.

Le cas ci-dessous montre comment Olieve nous met en situation de trouver une place face à quelqu'un en tant qu'individu. Il est l'exemple, à mon sens, de comment et pourquoi l'intuition, l'intime conviction, le ressenti d'une situation vécue de sa place est importante dans notre façon de travailler.

C'est le cas de J-F, un patient d'Olieve de longue date. Il était halluciné et fumait du haschich depuis longtemps. J'avais, en plaisantant, souvent demandé à Olieve s'il l'avait encore battu, tant le regard et la tête penchée de J-F, me faisaient penser à celle d'un chien malmené.

Un jour Olieve, après un entretien avec J-F, me dit : “ vous ne lui avez pas dit bonjour aujourd'hui, il m'en a parlé pendant tout l'entretien ”. Je m'apercevais que J-F avait intégré dans son délire, les questions que je me posais sur l'expression de sa tristesse, il m'entendait lui parler. Ce que j'aime avec les plus fous de nos clients, c'est leur capacité à ressentir ce qu'on ne dit pas. Ils vous percent à jour sans échanger aucun mot. Cette information “d'être une voix dans sa tête” m'inquiétait. Je voyais souvent J-F devant la gare de ma ville, à cent mètres de mon domicile. Inquiète, je demandais à Olieve ce que je devais faire, quelle attitude avoir ? Il me dit : “ dites-lui bonjour, soyez naturelle et ne vous inquiétez pas ”. Je trouvais qu'il en avait de bonne ! Au début j'évitais J-F pour ne pas alimenter son délire sur ma personne. Mais cette stratégie montra vite ses limites, je ne pouvais pas toujours m'absenter de l'accueil quand il était là, et puis me cacher était ridicule. Je devais trouver une position tenable. Etre naturelle était difficile, je ne me sentais pas en sécurité, et ma façon d'être “naturelle” avait peut-être favorisé le sentiment qu'il avait d'une relation particulière avec moi.

Je devais, pour trouver une issue à ce problème, ne pas nier la psychopathologie et les différents symptômes, mais aussi je devais trouver une manière d'être... naturelle. Je me suis demandée pourquoi Olieve me donnait cette information. Mais je crois qu'il ne pouvait pas m'éviter de prendre place dans la prise en charge de J-F puisqu'elle existait. En fait, avec les recommandations d'Olieve, je me suis positionnée en fonction de ce je ressentais face à ce problème, d'une part le rejet par peur, d'autre part trouver une façon d'être qui n'alimentait pas le délire. Je crois que l'idée était de faire évoluer la situation favorablement pour J-F et moi. La prise en compte du symptôme, le sentiment que j'éprouvais à être prise dans cette tourmente, ont et/ou nous ont permis de trouver

une relation acceptable J-F et moi. Outre, Olieve, l'équipe me soutenait. J'ai suivi le conseil d'Olieve, je lui disais toujours bonjour en restant très distante et petit à petit avec J-F nous avons ritualisé notre dialogue.

Moi : - “ bonjour ”

J-F : - “ bonjour Natali, tu vas bien, tu as l'air en forme “ ou “ tu as l'air fatiguée ”

Moi : - “ oui ou non et toi ça va ”

J-F : - “ Bof ! ”

Moi : - “ Qui tu viens voir ? ” (Quand Olieve est absent)

Lui : - “ Untel ”

Moi : - “ Je vais le prévenir ”

J-F : - “ Merci ou non c'est fait ”

C'était toujours le même discours. J-F ne parlait plus de moi, mais de ses voix, sauf que je devais toujours lui porter une attention particulière sans jamais m'intéresser, à proprement parlé, à sa prise en charge, même au téléphone. La combinaison d'un savoir et d'une façon personnelle de ressentir et d'être, ont donné lieu à une relation particulière entre nous. L'injonction paradoxale d'Olieve de rester naturelle, en me servant d'un savoir appris, m'a permis de trouver les ressources pour m'occuper naturellement de J-F sans lui nuire. C'est ce qu'Olieve définit dans la mélodie que le thérapeute, l'institution et la toxicomane écrivent, s'attachant au mouvement et non à la cause.

“ Les mouvements de va-et-vient constitueront les mécanismes et repères essentiels de la clinique du toxicomane. Tenir compte de ces notions d'atmosphère, de chaleur, de vitesse, de phénomènes psychiques, d'intensité de leur vécu. (...)

Il faut absolument que le thérapeute réalise, à l'instant même où ils sont mis en avant, que les symptômes identifiables ne sont le plus souvent que des éléments protecteurs destinés à donner le change, indiquant que le toxicomane livre au docteur ce que celui-ci est censé attendre de lui. Mais ils sont, à l'inverse, des éléments destinés à tester la solidité et la puissance du choix de vie du thérapeute, malgré (ou à cause) la connaissance qu'il a du produit et de ses effets. Celui-ci cesse dans le même instant d'être le docteur tout en le devenant pleinement. C'est l'ensemble de ce qui se passe chez le sujet comme chez le thérapeute qui crée cette mélodie et cette tension exprimant le signal qui permet le passage à un niveau différent et de la relation et donc de la cure.

[23] ”

Ces propos illustrent la difficulté qui consiste à “se livrer” pour devenir soignant, car il est impossible d'écrire cette mélodie sans y apporter ses propres notes.

Les références théoriques

Contrairement à la rumeur, La psychanalyse n'a jamais été *la* référence théorique de Marmottan. En revanche, l'écoute de ce que l'autre amène sans a priori, l'idée que d'user et d'abuser de produit n'a pas le même retentissement d'une personne toxicomane à l'autre est tiré de l'enseignement psychanalytique.

Les concepts, maîtrisés ou pas individuellement, mais avec lesquels l'ensemble de l'institution travaille sont :

- Le modèle trivarié : pour lequel la toxicomanie se définit comme la rencontre simultanée d'une personne, d'un produit et d'un moment socioculturel. (Claude Olievenstein)
- L'ordalie comme prise de risque et la métaphore ordalique du toxicomane. (Marc Valleur)
- La démocratie psychique. (Claude Olievenstein)

Deux autres sont moins des concepts thérapeutiques que des réflexions cliniques :

- L'intentionnalité de soins (Michel Hautefeuille)
- L'alliance thérapeutique.

Et une approche sociologique qui est :

- La trajectoire, appelée aussi carrière déviante de H. Becker

Le modèle trivarié

Sans faire l'historique de ces modèles, l'introduction de variables dans la dépendance est très ancienne, notamment par des explications religieuses d'abus de spiritueux, tentatives d'atteindre l'état divin dont la punition était la combustion spontanée de l'individu. Nous sommes là dans le modèle monovarié.

Le modèle bivarié est celui des alcooliques anonymes : l'alcool est un produit dangereux et certains individus faibles ont été vaincus par lui à vie.

Dans le modèle trivarié les trois variables sont interactives, et peuvent se modifier durant la vie d'une personne, car la variable socioculturelle ne peut se figer dans le temps. C. Olievenstein est le premier à avoir introduit ce modèle dans le champ de la toxicomanie constituant un paradigme qui seul peut permettre d'approcher la toxicomanie avec une certaine complétude. Personne, à ma connaissance, ne l'a remis en cause jusqu'à ce jour.

L'ordalie comme prise de risque et la métaphore ordalique du toxicomane

Terme pris au rite religieux : "Le jugement de Dieu" s'exprime par le résultat de l'épreuve à laquelle on soumet un accusé. Repris d'abord comme théorie sur la prise de risque répétée chez l'adolescent, l'ordalie est une quête que poursuit le sujet, non pour fuir une souffrance ou un malaise, mais comme tentative de passage, de mort suivie de renaissance, d'accès au monde des autres, des adultes, comme tentative de construction identitaire. Transgressions de la loi, prises de risques, ces conduites symbolisent l'appropriation par le sujet d'attributs d'adultes : puissance,

virilité, courage, convivialité, etc. De par son interdiction, l'usage de drogue condense toutes les craintes et les aspirations des adolescents, ainsi que leur désir d'accéder au secret et au sacré du groupe. La dépendance peut venir signer l'échec de cette tentative de passage. Pour les toxicomanes, c'est lors de la prise de conscience de la dépendance et de l'aliénation, que réapparaissent encore plus violentes les conduites de risques. Elles deviennent une tentative pour le sujet de maîtriser de nouveau la drogue et de reprendre sa vie en main. L'overdose est le risque le plus parlant, très présent dans la vie et l'imaginaire des toxicomanes. Il risque sa vie, s'en remettant au hasard, à la chance d'en sortir victorieux, prêt pour une nouvelle vie. Parmi la métaphore ordalique, il convient de souligner un aspect s'adressant directement à l'Autre pour décider de son droit de vie ou de mort. Il pose l'équivalent du "jugement de Dieu", la question de la légitimité de la Loi. Tenter de rencontrer l'Autre, de fonder la légitimité de sa propre existence dans une démarche solitaire, vaut aussi invalidation des dépositaires institués de la loi et des formes admises de passage ou d'intégration.

La démocratie psychique :

Avant de parler à proprement dit de la démocratie psychique, je voudrais faire un détour par son auteur, Olievenstein. Avec Olieve et ses concepts en particulier, je ne peux faire que trop simple ou trop compliqué. Cela tient au personnage très marqué par la persécution des juifs pendant la dernière guerre et, bien qu'il soit un personnage séduisant, les difficultés rencontrées du fait de ce qu'il décrit être sa "laideur". Si je parle de cela en préambule à la démocratie psychique, c'est que lui-même pose ces problèmes comme source "d'inspiration" de ce concept. La démocratie psychique fonctionne à la fois comme articulation psychique pour un individu et donc comme liberté, mais aussi comme un renoncement douloureux aux plaisirs pour ne pas dire à un certain type de jouissance. Il écrit :

«Est-ce possible d'introduire des éléments de morale dans un tel travail ? On devine toutes les réticences qu'un thérapeute peut éprouver devant une telle intrusion qui peut n'être que l'intrusion sadique de ses propres comptes à régler. Mais en même temps, "obliger" le sujet à se situer par rapport à une morale peut s'avérer utile en tant que phantasme d'émancipation à condition de ne pas troquer une dépendance pour une autre dépendance. Alors, une nouvelle compensation d'ordre symbolique est offerte au sujet ; faute de "guérir", le sujet trouve peu à peu dans les armes culturelles de son temps les moyens d'un combat qu'il peut mener. A la souffrance sauvage, informulable, succède une souffrance en quelque sorte domestiquée. Il n'y aura plus recherche de l'extrême, mais recherche des compromis avec le réel au détriment de l'imaginaire. A ce prix, le sujet n'est plus cet éternel prisonnier qui n'avait d'autres ressources que de chercher à se définir mais où toutes ses tentatives n'aboutissaient qu'à une accumulation de manques. La notion de sécurité devient peu à peu un paramètre indispensable à la vie et au confort du sujet, bien qu'il sache qu'il s'agit d'une "solution" inachevée et inachevable. Il ne faut pas se leurrer, ce chemin laisse quelque part un goût d'amertume : fini les scansion et les acmés, les champs divinatoires et les passages de l'autre côté du miroir et de l'autre côté de la mémoire. Il n'y a plus de cohabitation possible entre le passé et le présent, et le plaisir dans sa mémoire doit être évacué pour éviter toute tentation catastrophique. Il reste un non-dit qui ressemble, toutes proportions gardées, au non-dit des déportés, comme si toute expérience était intransmissible. L'équilibre du sujet s'obtient non plus dans la recherche d'un objet mais dans la recherche toujours instable de ce que nous avons nommé "la démocratie psychique" »[24].

L'intentionnalité de soins

Comme je l'écris plus haut, il me semble que les deux notions suivantes sont plus des réflexions

cliniques que des concepts. Elles sont pour autant à ne pas perdre de vue, au risque d'y perdre le but et l'essence de notre travail.

Le but tient à l'intentionnalité de soins. Elle est l'obligation faite au patient, mais surtout au thérapeute (qui en est le porteur et le garant) que tout acte thérapeutique, toute décision, toute orientation, toute indication s'inscrivent, avec l'équipe, dans la perspective de la prise en charge. Elle ne peut se faire qu'en donnant du sens aux actes posés par le thérapeute et le "client". A bien des égards, ce qui menace le plus un toxicomane et son thérapeute est la vaine chronicisation de leur relation.

Si la demande d'un "client" peut paraître ambivalente et non sincère, c'est que la première consultation représente une part de prise de risque pour ce dernier. Risque de changement, risque humain aussi, inhérent à la rencontre avec le thérapeute et son équipe. Une écoute spécifique devra apporter des réponses de trois ordres :

- 1) Quelle est la demande du "client", quel projet peut lui être proposé ?
- 2) Quels sont les besoins immédiats et les conditions à la réalisation de ce projet ?
- 3) Quels sont les risques de ce changement désiré et les obstacles qui s'y opposent ?

Il s'agit de réduire les trois risques qui menacent l'intentionnalité de soin :

- 1) La manipulation du thérapeute par le "client", qui amènerait à des actes à l'évidence contraires au bien fondé de la prise en charge ;
- 2) La mise en échec du même thérapeute, cause fréquente de l'épuisement et du découragement des équipes qui reprochent «à celui qu'elles veulent sauver de refuser de l'être » ;
- 3) La fascination envers le "client", qui peut déboucher sur des passages à l'acte du thérapeute ou sur des dérapages institutionnels.

Le "client" doit être associé à la réflexion constante sur la pertinence des choix thérapeutiques et du projet le faisant acteur et non "patient".

L'alliance thérapeutique

Elle a un aspect objectif et un aspect subjectif. L'aspect objectif est contre quoi l'alliance thérapeutique est-elle conclue ? Du point de vue du "client", l'ennemi est commun, et nommé désigné ; c'est le produit. Les choses se compliquent, dans l'aspect subjectif qui est : contre qui cette alliance est contractée ? Il s'agit de faire alliance avec la partie saine, raisonnable, socialisable du "client", contre cet autre lui-même qu'il décrit comme incapable de volonté, en proie au «vice » qu'il vit et que les autres interprètent comme mortifère ? Si alliance thérapeutique il y a, c'est donc avec un allié bien particulier, qui trouve par ailleurs en lui-même son pire ennemi. Partant de là, un des rôles du thérapeute est d'être le dépositaire de cette guerre civile intérieure dont son "client" est

l'objet et le lieu.

La trajectoire

La trajectoire aussi appelée carrière, par H. Becker de l'école de Chicago, est en sociologie, le devenir, les modes d'entrées et de sorties de la toxicomanie. L'intégration, la mort, la folie, la clochardisation alcoolisée sont différentes trajectoires ou modes de sorties de la toxicomanie. Le mode d'entrée a aussi son importance : l'économie, l'appartenance à un groupe, le mode d'utilisation des produits, tout cela participe à la trajectoire des toxicomanes et de leur tendance.

L'enseignement à Marmottan

La SERT est essentielle, à plusieurs titres, dans la réflexion permanente que nous menons à Marmottan.

Elle l'est de façon indirecte dans les journées d'études qu'elle organise chaque année parce que nous ne pouvons pas très souvent assister à celles-ci, mais leur préparation et les échos que nous avons sur les interventions des personnalités extérieures alimentent les réflexions internes. Elle l'est aussi directement en organisant des stages, dits de base, pour une population débutant dans le secteur ou croisant parfois des toxicomanes dans leur travail : médecin du travail, assistante sociale, infirmier, éducateur. Nous en assurons l'enseignement, médecins, infirmiers, assistantes sociales et accueillants. Ceci nous permet et oblige à prendre du recul sur notre travail et de le formuler clairement et simplement.

Michel Hautefeuille s'occupe aussi de la formation des internes, il est le référent des stagiaires étrangers, que nous voyons venir depuis toujours. Les idées, les impressions et le débat circulent de façon quasi permanente, dans un bain de langage et de culture.

En avril 1990 je reprenais mes fonctions d'accueillante sans trop savoir que 12 ans après j'y serais encore. Je me suis intéressée, questionnée, pour comprendre, apprendre et savoir le pourquoi du comment. La psychologue chargée d'organiser et de mener les formations de la Société d'Etude et de Recherche sur la Toxicomanie (la SERT) m'apprit l'existence d'une préparation à un diplôme que l'on appelait l'examen spécial d'entrée à l'université (ESEU). Au début, l'idée d'aller à l'université me semblait folle. - "Moi, à l'université, impossible !". Mais le plaisir et l'intérêt que j'avais à faire ce travail et les gens qui m'entouraient tels qu'Olievenstein, Marc Valleur pour les plus connus, m'encourageaient. J'aurais aimé être un peu artiste, et je sentais qu'il y avait, dans l'institution, dans mon travail, quelque chose de créatif. J'avais le sentiment que, dans les rencontres des personnes venant consulter, il y avait des vies à inventer de cette place particulière d'accueillante, qui n'est ni thérapeute, ni assistante sociale, ni infirmière. Il fallait donc créer avec les clients et l'institution cette place et ces vies. D'autres l'avaient fait avant moi et chacun de façon personnelle et s'il y avait un exemple à suivre, c'était un peu de chacun et beaucoup de soi. Nous n'avons pas le pouvoir de décider dans un colloque singulier avec le client, d'un traitement, d'une hospitalisation ou d'un départ en post-cure, mais nous pouvons, pas à pas, soutenir, accompagner, énoncer, annoncer, apprendre, prendre position et prendre part au suivi, avec l'équipe. Place particulière qui, si elle a ses routines comme tout quotidien, doit se réinventer avec chaque client. Ce suivi, cette place de tiers tant dans l'institution que pour le client est un suivi contigu et non

continu. Notre travail fait appel à l'intuition et demande un savoir-être, une position à tenir que l'on découvre sur le tas, car nous sommes très souvent interpellés par les clients sur ce que nous sommes. J'ai assez vite compris qu'un apport théorique était nécessaire pour ne pas faire n'importe quoi. Ces apports ont été de deux ordres : l'un a été cette mélodie philosophique que nous entretenions avec Marc Valleur et l'écoute de celle d'Olieve. L'autre était très formel : c'était la reprise de mes études. Pour m'inscrire à l'ESEU, j'ai dû passer un concours de sélection. Je m'attendais, pour ce concours, à un entretien sur mon histoire scolaire. J'arrivais à Jussieu avec un certain trac, mais pas paniquée. Là, je me suis retrouvée avec une feuille et un stylo, dans une salle, au milieu d'enseignants et de personnes entrain de plancher : explication de texte ! A ce moment j'ai été prise de panique. Qu'est-ce qu'une explication de texte ? Comment s'écrit "en tant que" ? Evidemment j'arrivais avec un devoir d'une dizaine lignes, sans avoir répondu correctement aux questions et avec deux fautes d'orthographe par mot, et aucune forme grammaticale correcte. Dix ans que je n'étais pas allée à l'école et que je n'avais plus eu de rapport avec ce qu'on appelle la chose écrite. Devant l'ampleur des dégâts, j'expliquais à l'examineur que je venais justement pour réapprendre tout ça, que je ne m'attendais pas à ce type d'examen. J'expliquais mon travail dans un centre pour toxicomanes et le souhait de faire des études de psychologie pour évoluer dans ce travail. Il me fit réciter la règle d'accord du participe passé avec l'auxiliaire avoir, règle que je connaissais par cœur et que je lui récitais sur un ton très scolaire. Cela l'a fait sourire. Mon explication et ma connaissance parfaite des deux ou trois règles qu'il m'a fait réciter m'ont valu un "avis favorable" et le droit de me présenter à l'examen. Pendant un an j'ai travaillé d'arrache-pied. Je me suis aperçu qu'il ne suffisait pas de savoir ses règles pour les appliquer correctement et que, si l'on peut apprendre à tout âge, il est des automatismes, comme l'orthographe, que l'on apprend jeune ou que l'on n'apprend plus. Si aujourd'hui je me suis considérablement améliorée, je reste très handicapée.

Après l'obtention de ce diplôme je me suis inscrite à un DEUG de psychologie.

Mes études de psychologie et mon "nouveau" travail m'ont formée en parallèle. A la fac je m'instruisais, j'étudiais les concepts et leurs auteurs, je découvrais des domaines qui m'étaient totalement inconnus et dont je ne me servais jamais, tels les statistiques, les tests psychologiques et cognitifs. Je m'initiais à la sociologie et à la biologie, objets d'études importants pour mon travail. Car une chose est de savoir que les clients que je vois tous les jours sont issus des banlieues pauvres et pour partie d'origine étrangère, une autre est d'en avoir les analyses sociologiques et l'Histoire. Pareillement, une chose est de savoir que la drogue ça défonce et ça accroche, une autre est de savoir comment et quels sont les circuits neurologiques qui sont en cause. A contrario, je dirais pour les cours de psychopathologie de l'adulte et de l'enfant, qu'il est une chose de savoir quelle est la sémiologie de telle ou telle psychopathologie pour faire un diagnostic différentiel à l'examen, il en est une autre d'être face à des personnes qui présentent tels ou tels signes, qui n'appartiennent pas à la même pathologie et de leur coller une étiquette sur la succession de ces signes. Je dirais que les études, y compris les études d'éducateur spécialisé, servent à réfléchir, s'enrichir, à ouvrir des angles d'approches à un problème, plutôt que d'en apporter les solutions.

Mes études de psychologie ont fait que je m'intéressais plus particulièrement à la comorbidité psychiatrique. La présentation des nouveaux clients aux médecins a fait d'eux des interlocuteurs

privilegiés. Marmottan est un laboratoire riche en cas de tout genre et je pouvais facilement observer ce que j'apprenais sur les bancs de la fac. Je questionnais souvent les médecins sur le cas d'untel, pourquoi ce traitement, pourquoi cette énième hospitalisation, comment faire avec tel comportement, qu'est-ce qui le sous-tend ? Je me suis aussi retrouvée à suivre des clients parce ce jour-là, il manquait des médecins et qu'ensuite ils ne voulaient pas changer de référent. Je faisais les entretiens de suivi. Mais je me suis très vite aperçue qu'être "thérapeute" ne m'intéressait pas. Je m'ennuyais dans ce travail et j'avais conscience que j'emmenais très probablement les clients dans une impasse thérapeutique. La plupart des étudiants que je rencontrais à la fac étaient en analyse et leur rêve était de devenir "calife à la place du calife" : psychanalyste. Je ne me retrouvais pas dans ce désir. Je préférais travailler dans un centre, dans une équipe avec qui réfléchir. Je préférais intervenir dans une prise en charge de ma place pour créer et devenir cette articulation supplémentaire qui permet une plus grande personnalisation de la prise en charge. Ce que ces étudiants me renvoyaient du métier de psychologue ne m'intéressait pas.

Mes études de psychologie, le travail de terrain, les discussions de couloir ou en réunion avec l'équipe, la supervision clinique que m'apportait Marc Valleur et les pistes de réflexions cliniques, sociétales et politiques que nous amenait Claude Olievenstein ont formé un tout dans l'apprentissage de mon travail d'accueillante à Marmottan

Transmission de la dimension politique de notre travail

J'ai reçu d'Olieve et ensuite de Michel Hautefeuille, la dimension politique de nos actes. Olieve nous interpellait souvent sur la portée politique de nos actes. Comment les actes de tout un chacun donnaient à l'institution une dimension politique vue et regardée de l'extérieur ? Il me semble évident que ce qu'ils nous laissaient entrevoir n'était pas quelle politique commande à nos actes, mais comment nos actes participaient à une politique d'ensemble. L'autre dimension politique qu'ils nous donnaient à appréhender, était comment les politiques sanitaires et sociales transformaient notre façon d'agir et nos représentations, autant que celles des autres citoyens. Notre devoir était de tenir compte dans notre action des interactions sociales qui existaient entre nous, les toxicomanes et la société.

Il faut tout de même dire que dans les médias, la politique de Marmottan se résumait aux prises de positions politiques d'Olieve, ce qui ne reflétait pas toujours la réalité du terrain. Olieve se battait d'un point de vue idéologique avec lequel nous étions globalement d'accord. Mais nous travaillions avec les structures bas-seuil, qui dans l'état du système, offraient des possibilités d'amélioration du quotidien de nos clients.

Olieve n'est pas à une contradiction près, parce la bonne place est celle d'où l'on doute, d'où l'on se questionne. Ce qui l'amenait à dire sur un même acte et dans une même phrase que c'était la meilleure chose à faire et la pire connerie. Tout dépendait de l'endroit d'où l'on en parlait et de celui où on l'agissait. A Marmottan, Olieve était le seul à prescrire de la méthadone, sans jamais faire de contrôle, en 1995, tout en déclarant à la télévision que la substitution n'est pas un bon traitement pour les toxicomanes, parce que l'endroit d'où il parle, l'endroit d'où il réfléchit et l'endroit d'où il prescrit ne sont pas les mêmes. La subjectivité clinique et l'objectivité d'une politique sont différentes et ses propos ne s'adressent pas aux mêmes personnes. Ce n'est pas toujours simple d'avoir une position d'équipe dans ces conditions là. Certains prennent une partie

du discours ou des actes pour vérité, d'autres prennent l'autre partie pour la vérité. Quand je suis revenue en 1990, la clinique du toxicomane qu'il avait créée fonctionnait avec et sans lui. Ce n'était pas en réunion que les échanges les plus intéressants se faisaient, mais au détour d'un couloir, dans le secrétariat ou au café du coin appelé "l'annexe". Tout cela, me semble-t-il, fait partie de la clinique du toxicomane vue par Olieve, de l'informel, surtout de l'informel. Les réunions étaient trop houleuses ou trop dangereuses pour parler. Marmottan n'échappe pas à la construction systémique d'une famille. Il y en a toujours qui sont plus à la droite du père et qui règnent sur la parole, d'autres en opposition constante. Quand la subjectivité fait partie intégrante de notre travail si l'intérêt est d'être créatif, puisqu'on donne de soi, il y a de l'inconscient et de l'émotion qui circulent. L'inconvénient est que l'on ne peut pas se découvrir tout le temps et en groupe. En réunion d'équipe, pour s'économiser et ne pas se faire mal, il valait mieux que nos émotions restent dans le non-dit[25], car tout homme dans ces conditions devient parano[26].

Marmottan est une marmite en éternelle ébullition, dont on dit toujours : "En ce moment c'est pire qu'avant" J'entends ça depuis si longtemps que je finis par me dire : "Alors tout va bien, nous sommes encore vivants !"

C'est donc au café et dans les couloirs qu'avec un certain nombre de collègues Marc, Pierre, Patrick, Nicole et d'autres, nous échangeons nos expériences, ce que nous vivions au quotidien, comment nous avons ressenti, interprété, analysé la situation du moment. Avec Olieve nous le faisons dans un moment de calme au secrétariat ou dans son bureau quand nous étions très embêtés. Sur des points théoriques ou avec les fondateurs d'ASUD sur la réouverture des fumeries d'opium, de la place de l'ecstasy avec des membres d'associations de *ravers* et d'autres. Je ne dirais pas que c'était la rue d'Ulm, mais les échanges étaient riches et constructifs. C'est en complément de mes études que j'ai appris mes savoir-faire et le(s) savoir-être.

La douloureuse transmission du sida aux dépens de ceux qui l'ignoraient

Je n'avais pas connu, en tant qu'intervenante en toxicomanie, les années d'avant le sida et beaucoup d'enjeux idéologiques et conceptuels m'échappaient. La plupart d'entre nous était d'accord sur le fait que le sida prenait une place de plus en plus importante dans la vie des clients et dans la vie de certains d'entre nous, mais tout se discutait. Il me semblait que le moindre détail avait son importance. Ces détails invisibles, descriptibles seulement par la métaphore, celle qui permet au poète d'exprimer le sentiment amoureux, sans jamais écrire le mot amour. L'institution était en ébullition, encore en crise ! Devenir une consultation pour qui le toxicomane deviendrait un sujet malade, ou resterait un sujet désirant. Oui, mais le sida tue ! Il y avait un brouhaha indescriptible, les idées allaient dans tous les sens. Olieve lui était rarement pour et souvent contre, mais c'est lui qui lançait et relançait la polémique pour qu'à la fin la mélodie soit belle.

La création d'un nouveau pôle : la consultation de médecine générale et d'un programme d'échange de seringues.

En 1991, il y eut l'ouverture de la consultation de médecine générale au 4ème étage avec une entrée séparée au coin de la rue. A l'époque le sida faisait peur, nous rendait impuissants et changeait nos prises en charge. Il était important de marquer un territoire consacré à ce problème. Il nous fallait comprendre et apprendre à ne pas regarder quelqu'un comme un mort en sursis, surtout qu'à cette époque et les années qui suivirent, nous avons vu beaucoup de clients et d'amis mourir de cette maladie. Il s'agissait, là encore, d'une idée pour créer des espaces et non pas de morceler le client.

Si je m'intéressais aux plus fous de nos clients, j'ai dû dans mon travail d'accueil me former en suivant les formations dispensées par des spécialistes de l'hôpital Broussais, tant sur l'hépatite C que sur le sida et intégrer dans mes entretiens d'accueil une approche somatique à laquelle je n'étais ni préparée, ni compétente à priori. Heureusement durant cette période, la prévention, l'information, la mise en vente libre des seringues ont fait baisser très nettement le nombre de nouveaux toxicomanes contaminés par le virus et le nombre des toxicomanes non injecteurs augmentait lui aussi. Si l'espoir de voir nos anciens clients guérir ou aller mieux n'était pas tous les jours à son meilleur niveau, celui de voir que nous pouvions protéger ceux qui ne s'étaient pas infectés nous soutenait.

Nous avons appris à accompagner et soutenir les clients contaminés et malades.

Je me souviens de cette discussion que j'avais eue avec un infirmier de Marmottan que je retrouvais au 20^{ème} anniversaire de l'institution. Il était séropositif, et était parti s'installer dans le sud travailler avec une population moins atteinte par le sida. J'étais heureuse de le revoir, il me disait qu'il allait bien et me parlait de ses projets. Un an après, j'apprenais qu'il était décédé. Que ce soit par le sida ou les overdoses, l'équipe a payé un lourd tribut en vies humaines. Jamais nous n'avons eu une position froide et distante avec la mort. A cette période plus qu'à d'autres, être vivant et optimisme était très difficile, mais nous avons le devoir de l'être pour toutes ces personnes que nous aimions et qui avait besoin de nous. Nous avons le cœur gros mais nous luttons pour la vie. Au moment où pour survivre, nous avons trouvé quelques automatismes face au sida, la trithérapie est venue tout bouleverser. Nous avons vu revenir des soins palliatifs des clients qui avaient fait le deuil de leur vie. Mais comme la vie c'est le chaos, il nous a fallu les soutenir encore plus pour qu'ils reprennent goût en l'avenir et qu'ils ne fassent pas eux-mêmes ce que le sida n'avait pas fait : se tuer. Malgré tous nos efforts, je me souviens de Pierre retrouvé pendu au bois de Boulogne car nous n'avons pas réussi ensemble à reconstruire l'avenir.

Le sida allait inscrire durablement des changements dans nos prises en charges. Les militants de la réduction des risques allaient contribuer à changer les termes et les dénominations, prenant Marmottan comme l'image d'Epinal de l'immobilisme de la prise en compte du sida dans notre façon de travailler. S'il y a eu une sidération face au drame qui nous frappait, il y a toujours à Marmottan des généralistes pour soigner le corps, et des masseurs (par exemple) pour le soulager et lui donner des sensations agréables. Je m'attarderai sur ce moment de l'histoire dans le secteur par le biais des dénominations.

Dénomination(s) et réflexion sur notre dénomination

J'introduirai cette question sur fond de débat autour de la question sur la dénomination de notre population. Ce débat interne et externe illustre bien, me semble-t-il, les enjeux politiques et idéologiques qui ont été à l'œuvre entre 1985 et 1995, et que certains essaient de ranimer aujourd'hui.

Sur les dénominations, il y a une différence entre un usager d'alcool et un alcoolique, un joueur et un joueur pathologique. Le militantisme de l'auto-support (tel ASUD) fait contrepoint à la revendication de maladie des groupes d'entraide (tel NA[27]). Les changements de termes politiquement corrects sont la trace du maintien de la morale et de la stigmatisation qui ne s'effacent pas facilement : nos clients continuent à minimiser leur consommation d'alcool parce qu'ils en ont honte, alors qu'ils ne cachent rien de leur consommation de drogue et même, parfois, la revendiquent-ils et la majorent-ils. La force des groupes d'entraide est le caractère religieux, qui permet une "confession" cathartique. Ils se situent à l'antipode de la "maladie normale" ou addiction actuellement prônée qui laisse à penser que la toxicomanie serait une maladie dont le traitement pourrait être par exemple la substitution.

Nous appelons les personnes que nous accueillons "client", terme hérité de cette rupture avec la terminologie médicale classique (médecin/patient) que je souligne précédemment. L'idée sous-jacente de cette dénomination vient de la notion de contrat et des outils mis à la disposition des "clients" qui viennent nous voir. Si une demande nous semble aller contre l'intérêt du "client" ou du nôtre, nous nous réservons le droit de la refuser ! A l'inverse, toute personne peut venir faire une demande de toute sorte, nous l'écoutons.

Dans cette clinique, le contrat vient en fixer le cadre tant pour le "client" que pour le thérapeute et son institution. Ce contrat est personnalisé car il doit tenir compte des conditions particulières du "client" et de sa demande. Chaque partie en est responsable, et doit pouvoir à tout moment rendre compte de son respect.

Il y a beaucoup à dire sur la dénomination utile ou stigmatisante. En effet depuis le sida et la politique de réduction des risques les termes même de toxicomane et de prostituée sont remis en cause.

Parlons d'abord des mots employés dans mon institution et pourquoi le sont-ils ?

Ce qui me semble important à retenir tout de suite, c'est que nous n'utilisons jamais le terme d'usager ni par rapport à l'institution, ni par rapport aux produits.

C'est en arrivant dans la formation d'éducatrice spécialisée au CFPES, que j'ai découvert une large utilisation de ce mot. Pas que je ne l'ai jamais entendu dans ce sens, je ne l'ai jamais vraiment écouté et compris.

Mon sentiment est qu'il me paraît trop simplificateur pour rendre compte de la complexité d'une prise en charge ou de la vie d'un individu.

Les mots aussi sont dépendants de leur époque. Entre aujourd'hui et la création de Marmottan, beaucoup d'événements se sont produits. Autre temps, autre mœurs ! Les années soixante-dix

n'utilisaient pas les termes d'exclus, de S.D.F. A cette époque nous parlions de marginalité, de routard, induisant une notion de choix voire de liberté, ce qui était souvent vrai dans les premiers temps de la vie d'un toxicomane. Les problèmes liés aux comorbidités psychiatriques existaient déjà de façon non négligeable. Mais nos "pionniers", pour la plupart issus des mouvements antipsychiatriques, avaient des idées libertaires, et des théories qui faisaient par exemple de la psychose une façon d'être au monde. L'autre raison est qu'il existait à ce moment-là une plus grande facilité d'accès aux hôpitaux psychiatriques en cas de nécessité. Ceci leur a permis de travailler en grande liberté avec cette notion de contrat. Il faut dire aussi que la société dans son ensemble n'était qu'au début de la crise économique dans laquelle nous ne cessons d'être.

Alors que le terme "d'usager" s'entendait de-ci, de-là, à Marmottan paradoxalement, nous sommes revenus dans certain cas à une dénomination plus classique et il n'est pas rare d'entendre utilisé le terme de "patient" banni trente ans plutôt.

Il y a eu deux moments clés à ce changement. L'un est l'arrivée dramatique du sida, l'autre est la fermeture en masse de lits dans les hôpitaux psychiatriques. Ils ont eu pour conséquence de remettre le médecin au centre de la prise en charge des toxicomanes. Ce nouveau contexte nous a obligé à recourir à des traitements psychiatriques, somatiques et de substitutions dépassant largement le cadre des traitements utilisés pour apaiser les troubles liés à la dépendance, tels que les troubles du sommeil, les douleurs lombaires etc.

Il faut remarquer que les termes de "client" ou de "patient" sont rarement employés au hasard. Concernant la consultation de médecine générale ou celle de l'accueil, ce terme est utilisé en fonction de l'importance des pathologies associées à la toxicomanie. Par exemple si une personne fréquente la consultation de médecine pour prendre des seringues ou faire soigner quelques abcès, nous avons tendance à utiliser le terme de "client" plutôt que celui de patient. En revanche si quelqu'un consulte pour des problèmes de VIH ou d'hépatite C, on utilise plutôt celui de patient. A l'accueil, si chez une personne la problématique psychiatrique est aussi importante voire plus que celle de la toxicomanie, nous utilisons de façon quasiment inconsciente le terme de "patient". Une même personne peut être dénommée des deux manières, selon les moments ou les intervenants qui parlent d'elle. Il y a toutefois un endroit dans Marmottan où le mot patient n'est pratiquement jamais utilisé, c'est à l'hospitalisation. Cela tient à ce que toutes les personnes hospitalisées le sont pour arrêter un produit. Il est rare que les «clients» suivis à la consultation longtemps après avoir «régulé» leurs problèmes de dépendance, acceptent ou demandent une hospitalisation quand ils vont mal. Si quelqu'un est trop «fou» ou trop malade nous ne pouvons pas l'hospitaliser sans lui faire courir de risque. Evidemment toutes les situations ne peuvent être aussi tranchées.

Si je parle des traitements de cette manière, c'est qu'à Marmottan les accueillants, de par leur savoir supposé, sont habilités à donner leur avis sur les traitements prescrits par les médecins en fonction du suivi, de ce que le client dit de son traitement, de sa façon d'être avec l'institution et l'impression qu'ils ont sur la manière que le client a de se servir du traitement. Cela devient compliqué avec la substitution, les neuroleptiques, les antidépresseurs de plus en plus délivrés à la consultation, et les bithérapies et les trithérapies prescrites à la consultation de médecine générale ou à l'extérieur. Je dois dire qu'à Marmottan un bon nombre de médecins, partagent leur «pouvoir», avec les membres de l'équipe impliqués dans une prise en charge.

Dénomination : Utile ou stigmatisante (polémique)

Si l'histoire des termes utilisés dans Marmottan est liée à l'évolution de la société, je dois maintenant parler de l'avènement de ce que nous appelons aujourd'hui : « la politique de réduction des risques ».

Tout a commencé par une « guerre » entre les anciens, intervenants en toxicomanies, et les modernes, militants de la réduction des risques. Mais face à des problèmes que nous rencontrons dans nos pratiques et qui ne trouvaient pas de solution, tant que les mentalités et la politique n'évoluaient pas (comme les seringues en vente libre par exemple), certains ne sont pas entrés en guerre. Alors le travail a pu évoluer. Les discussions ont pu aboutir sur de véritables réflexions à savoir : comment le sida est-il venu bouleverser nos pratiques et la vie des toxicomanes ? Mais aussi la façon dont il a révélé le « malentendu » qui existait entre les institutions soignantes et les pouvoirs publics. En effet pendant toutes ces années de soixante-dix à quatre-vingt-cinq, l'Etat a subventionné des institutions dans le but d'éradiquer la toxicomanie, alors que celles-ci aidaient les toxicomanes à moins souffrir, qu'ils arrêtent ou non de se droguer. Leur souci premier était le sujet et sa liberté.

A Marmottan, Olieve nous a toujours enseigné que si, après plusieurs années de suivi quelqu'un vient nous dire : « Je me drogue et j'en suis heureux ! » notre travail était réussi. J'ai très rarement entendu quelqu'un parler de la sorte, mais cette idée bien qu'un peu utopique, nous oblige à regarder l'individu et non sa seule souffrance et aussi la dimension d'amour qu'il entretient avec la drogue. J'ai toujours compris ainsi : la question n'est pas l'objectivité de telles idées, la question justement est de ne pas oublier la subjectivité. Sous des demandes apparemment stéréotypées, chaque toxicomane a une histoire et des désirs différents. A nous de lui permettre de les exprimer, et non de nous dire ce qu'il croit être le bon discours : « je veux arrêter la drogue parce que c'est mal ! ». Je dois avouer que les toxicomanes sont souvent très surpris en s'apercevant que ce type de discours n'est pas pour nous une vérité à priori.

Je dois reconnaître que, quels que soient les défauts d'Olieve et les reproches qui lui ont été faits, il a toujours été l'allié des toxicomanes. Toute son approche et son combat pour la création de ce qu'on appelle le système de soin à la française est centré autour du respect et du libre choix des toxicomanes. En 1985, il demandait, par courrier au ministre de l'époque, la mise en vente libre des seringues, affecté de voir l'état de « ces filles et de ces garçons » comme il dit, se dégrader et risquer leur vie à cause d'une loi qui les mettait en danger.

La dénomination de notre population a fait partie de cette querelle entre intervenants en toxicomanie et militants de la réduction des risques. Alors le terme de toxicomane a été remplacé par usager de drogue (U.D.) et U.D.V I, par voie intraveineuse, (terme venu de l'anglais –OMS-, drug user et drug addict). Le terme de prostitué s'est transformé en travailleur sexuel, suivi par des travailleurs ... sociaux.

Plus sérieusement, les changements de termes par usagers de drogue ou travailleurs du sexe sont censés changer l'image négative que la société porte sur eux. Si nous parlons d'eux de manière plus respectueuse, la société va les respecter, nous les respecterons plus, et alors ils se respecteront plus à

la façon d'un syllogisme,. Un jour, un étudiant du CFPES, travaillant dans un établissement de la réduction des risques, (hostile à Marmottan), m'a dit : " chez nous ils s'appellent usagers de drogue parce qu'ils se respectent "...

S'il est vrai qu'en droit civil usager veut dire : Droit à faire usage de..., l'usage de stupéfiant reste soumis au droit pénal. De plus je ne crois pas que pour un toxicomane, se droguer ait vraiment à voir avec le droit à faire usage de... drogue ! Le problème est plus complexe.

Il ne me semble pas que l'on puisse considérer la prostitution comme un travail, sans pour autant porter de jugement sur ceux qui s'y adonnent. Tous les "clients" que je rencontre me parlent de leurs activités rémunératrices, qu'ils volent, qu'ils se prostituent ou qu'ils vendent de la drogue. Nous utilisons aussi le terme de travail avec eux. Mais personne n'a été jusqu'à dire les travailleurs du vol, les travailleurs de l'escroquerie, les négociants de drogue, lors d'une communication publique. Pourquoi ? Parce que les toxicomanes ou les prostituées ne nous touchent pas directement dans notre vie, ce sont les autres. Mais lorsque nous parlons de voleurs, d'escrocs, ça nous touche et notre morale (mot tabou) refait surface. Ces nouvelles dénominations n'ont pas pu éviter un jugement moral et de valeur. Il y a ceux qui ne restent qu'entre eux et ceux qui risquent de faire mal à l'ordre social, à nos enfants ou à nous. Dans L'histoire de la Folie à l'âge classique, Foucault écrit que la répression systématique pour vol est contemporaine de la révolution industrielle et la notion de propriété de la fin XVIIIème siècle. Auparavant, la corporation des voleurs était représentée dans les villes au même titre que celle des commerçants, des charpentiers et d'autres.

Evidement il faut faire évoluer les mentalités. Le soin également, mais pas à n'importe quel prix et pas pour n'importe quoi.

Desproges a dit un jour : " On peut rire de tout mais pas avec n'importe qui ! ". Je pense qu'il en va de même pour la polémique. La confrontation, la dispute, la controverse, la discussion sont intéressantes si elles n'ont pas pour objet de créer un ordre nouveau sur les cendres de temps anciens. La question est également de savoir qui en est le spectateur ? A qui profite le "spectacle" ? Car il ne peut plus s'agir là d'évolution, mais de la conquête du pouvoir. Faut-il encore savoir à qui l'on s'adresse et pourquoi ? Aujourd'hui, forte de ces "usagers", la mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie (MILDT) a lancé un plan triennal, de 1998 à 2001, de lutte contre les addictions, "les patients addictés". Il n'y a plus de toxicomanes, de fumeurs, de joueurs, de boulimiques, de nymphomanes, de donjuanistes, mais seulement des addicts au tabac, à l'alcool, au sexe, au jeu, tous organisés sur le mode DSM4, qui définit les pathologies mentales en fonction d'un nombre donné de réponses positives à un ensemble d'items, une vie centrée sur une activité, un usage invalidant, morbides et réprouvés socialement (sic OMS). Je me dois aussi de citer la définition de Goodman^[28] sur les dépendances : «Un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et/ou de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives. ».

Dans la population que recouvre le terme d'addiction il y a :

- Les utilisateurs de substances : les fumeurs de tabac, les buveurs d'alcool, les sportifs dopés,

les salariés dopés et les fumeurs de haschich. Si le haschich est considéré comme stupéfiant, les fumeurs de tabac, eux, n'étaient pas considérés comme des toxicomanes.

- Les différents modes d'utilisation : les utilisateurs abusifs, les utilisateurs dépendants, les utilisateurs récréatifs et les utilisateurs de circonstance (le sportif qui se dope en vue d'une compétition précise mais qui n'en utilise pas durant l'année ou pour d'autre type de compétitions, le salarié qui se dope lors d'une période particulièrement importante, mais pas tout le temps, l'étudiant qui se dope à l'approche de ses examens ou celui qui ne fume du tabac que lorsqu'il va dans une fête)

- Les addictions sans produits : les joueurs pathologiques, certains utilisateurs d'internet, les acheteurs compulsifs, les boulimiques, le comportement sexuel compulsif, les workoolistes le travail (Workaholics en anglais), le sport.

Là encore, il y a des différences entre utilisateurs abusifs et dépendants, et dans les deux catégories, entre ceux qui sont socialisés ou désocialisés à cause de leur addiction.

Il n'y a plus de spécificité entre les différentes addictions, plus de prise en charge spécifique, et donc moins de centres spécialisés, et moins de dépenses pour les pouvoirs publics. Et voilà, nouvelle dénomination ! Discutée n'importe comment ! Heureusement, les professionnels gardent une certaine spécificité, mais mutualisent leur savoir, et intègrent dans leurs établissements les addictions qui peuvent bénéficier d'un savoir théorique et clinique déjà éprouvé.

Il est vrai de dire que le terme de toxicomane stigmatise la vie de quelqu'un, qui quand il cesse de l'être devient ancien ou ex-toxicomane ! - Alors qu'avec le changement lexical, il passe de toxicomane actif à usager substitué et si l'on pousse le raisonnement jusqu'au bout, s'il arrête... il devient un usager passif !

Il est intéressant de voir que ce changement de vocable a été voulu par la mouvance des militants de la réduction des risques et des associations d'usagers de drogues. En revendiquant le terme d'usager pour sortir les toxicomanes d'une stigmatisation et d'une discrimination négative, ceux-ci pouvaient entre autre avoir le droit à un produit de substitution à vie, s'il le faut, en perdant l'étiquette de toxicomane. Ils rejoignent l'autre extrême, considérée par ces mêmes personnes comme antinomique, que représentent les narcotiques anonymes qui, eux, utilisent le terme d'usagers abstinents. Il s'agit, dans les deux cas, de centrer la personne toxicomane, sur le produit, consommé ou non... à vie.

Sûrement, grâce à ce changement de terme, les traitements de substitutions ont pu voir le jour. Tant dans la tête des politiciens, des médecins non spécialisés, des pharmaciens, des partenaires socio-éducatifs, ils n'ont plus eu à faire à des toxicomanes mais à des usagers de... drogues. Cela leur a-t-il fait moins peur ? En tout cas, quoiqu'on pense, la possibilité d'avoir des traitements de substitution comme outil supplémentaire a apporté un plus dans la prise en charge des toxicomanes. Cependant la question du moyen ou de la finalité d'un outil doit toujours être posée, l'outil ne peut pas être la réponse à la question du sujet.

La dénomination de toxicomane a permis de créer une clinique, des théories, en définissant une

spécificité de la problématique d'une personne utilisant des substances psychotropes pour en "jouir".

Il me semble que tout à la fois une dénomination peut-être utile et stigmatisante. L'important à mes yeux et de savoir à qui l'on parle, pourquoi l'on parle et de qui l'on parle !

Entre 1984 et 1990, à cause des problèmes de sida et de l'insistance des intervenants en toxicomanie, via des associations comme l'ANIT, par exemple, le budget va passer de 170 Millions de francs à 435 Millions de francs. Durant cette période vont se créer et se développer des consultations pour parents, des centres de thérapie familiale, des familles d'accueils, des pratiques d'insertion ou de réinsertion. Les militants de la réduction des risques ont aussi apporté leur pierre à l'édifice en obligeant les pouvoirs publics à instituer des budgets toxicomanie-sida qui ont permis la création d'appartements de coordination thérapeutiques spécifiques, de centres de transitions (lieux d'accueils ouverts ou fermés permettant à quelqu'un d'être hébergé jusqu'à l'aboutissement d'un projet vers des post-cures). Dans la politique de réduction des risques, la MILDT a donné des subventions pour des actions de prévention comme les programmes d'échanges de seringues, les bus d'accessibilité aux soins ou de distribution de méthadone, des hébergements bas-seuil pour usagers de drogues actifs, très marginalisés et à la rue et des boutiques ont pu voir le jour.

Mais dans cet affrontement et les critiques sur l'iniquité du sevrage, nous passons après de l'époque du tout sevrage à l'époque du tout substitution (90 000 toxicomanes officiellement sous produit de substitution dont 10 000 sous méthadone) sur fond de substitution et du passage des budgets toxicomanie à la sécurité sociale, avec l'argument de faire entrer les toxicomanes dans le droit commun, contre la discrimination. Nous vivons une période de libéralisation économique du système, la majorité des prescription de Subutex se faisant en médecine de ville, donc perdant l'anonymat et la gratuité des soins. Les conséquences seront importantes, mais la première sera d'exclure les plus pauvres, les clandestins et ceux qui ne seront pas à jour dans l'ouverture de leur droit. Nous risquons ainsi d'avoir à faire remplir des formulaires avant de pouvoir les écouter.

Si l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) du Subutex^[29]® a arrangé les pouvoirs publics, c'est qu'en termes de santé publique, le Subutex® offre plusieurs intérêts. L'un est d'être un agoniste aux opiacés, donc de calmer le manque. L'autre est d'être en même temps un antagoniste puissant aux opiacés. (essentiellement du fait de son caractère d'agoniste partiel) et d'avoir un effet plafond qui limite les risques d'overdoses. Les toxicomanes ne peuvent pas associer le Subutex® avec l'héroïne au risque de ne rien éprouver ou d'être en manque, tout dépend dans quel ordre ils les prennent sans rien pouvoir faire que d'attendre l'élimination des produits.

De ce fait il est facilement prescrit en médecine de ville sans obligation de consulter dans un service spécialisé.

Avec la Méthadone® le problème est inverse si j'ose dire. Elle est un agoniste pur avec les autres opiacés, d'absorption lente, les risques d'overdose due à l'association avec l'héroïne sont réels et peuvent être fatals. Il faut donc que tout toxicomane demandant de la Méthadone^[30]® passe par un centre spécialisé qui évalue par divers moyens la quantité à délivrer à chacun au moment de l'initialisation et la stabilisation du traitement. Il faut savoir que si certains toxicomanes ont 100 à 120 mg par jour, la dose létale pour une personne non toxicomane de poids moyen est de 40mg.

Pour ne pas terminer sur une note trop négative, je voudrais dire que L'ANIT (Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie), d'autres associations et de nombreux professionnels

luttent, tout comme nous, pour que la liberté de l'individu soit respectée. Cette lutte est difficile. Le danger est grand et ne se cantonne pas au simple champ de la toxicomanie. Il doit sûrement y avoir de belles citations de Nietzsche ou d'autres pour dire que la liberté est et restera le combat incessant de l'homme, et qu'il ne s'arrange pas avec l'accroissement du nombre. Puisque alors nous ne devenons qu'un de plus pour ne pas dire, encore un !

S'il est un principe dans le travail avec les toxicomanes, c'est que rien n'est acquis. Si je l'ai déjà écrit avec le sida et l'arrivée des trithérapies, il en est de même avec l'arrivée de la substitution. S'ils ont bien entendu détourné le Subutex® en se l'injectant, ils se sont aussi mis à consommer en masse la coke, le crack et l'alcool, ce que nous appelons aujourd'hui les polytoxicomanies. Un certain nombre de militants de la réduction des risques pensaient qu'avec les produits de substitution de l'héroïne, qui était le principal produit consommé en France, les problèmes d'existence, de besoin et de désir des toxicomanes seraient résolus, et bien non comme toujours, ils ont détournés le problème et s'en sont créé d'autres.

De la même manière, dans un colloque que nous avons suivi avec le CFPES, un Hollandais nous expliquait que s'il y avait peu d'injecteurs en Hollande, ils ne le devaient pas à leur politique de réduction des risques mais à la culture locale des toxicomanes, sûrement soutenue par une répression policière moins sévère, qui a pour conséquence une héroïne moins chère et de meilleure qualité, qui sera fumée. Ceci m'a fait penser aux problèmes du crack. Au début de la mise en place de la substitution, beaucoup de nos clients revenaient avec de nombreux abcès, l'injection étant très importante dans la culture des toxicomanes français. Ils s'injectaient le crack en plus du Subutex®. Prévention, prévention, je ne savais plus quel discours tenir pour leur faire comprendre qu'ils allaient y laisser leur bras, j'étais affolée de les voir ainsi. Par la suite, les toxicomanes se sont mis à le fumer sans nous puissions ni dire ni prouver que la prévention faite par des spécialistes de tout bord ait été prépondérante. Peut-être se sont-ils aperçus que l'effet en était meilleur ? Il y a un effet de contexte, de culture et de mode qui nous dépasse parfois. Avec les toxicomanes nous ne pouvons jamais dire ou penser que nous savons ! Une question, un problème nouveau, sont toujours à venir et la formation est permanente.

Etat des lieux, situation interne et changement extérieur

Entre le début de ma formation et aujourd'hui le Professeur Olievenstein est parti à la retraite, Marc Vallée a pris sa succession, les personnes avec qui j'ai réalisé mon stage à responsabilité éducative sont parties, l'une parce qu'il a passé l'examen de cadre infirmier, l'autre parce qu'elle a décidé de partir vivre en province. Plus de la moitié de l'équipe s'est renouvelée en un temps très court.

Ces départs sont liés pour partie au changement de chefferie, quasi inévitables, quand le fondateur d'une institution s'en va. Mais les changements sont liés aussi aux retournements de politique sanitaire et sociale dont nous préservent ces grands patrons d'un autre temps. A l'époque où Marmottan a été créé, il s'agissait d'une décision politique et donc Olievenstein discutait directement avec le ou les ministres, Simone Veil, pour ne citer qu'elle. Les administrations, elles, n'étaient pas consultées dans les prises de décisions. Cette situation a naturellement perduré tout le temps où la vie de Marmottan était liée à celle d'Olieve. Il y avait des bouleversements dans le monde de la toxicomanie, mais Marmottan n'était affecté, pour faire simple, que par les bouleversements cliniques, philosophiques et sociologiques. Dans ces conditions les phantasmes de

l'administration, voire d'autres institutions en relation avec celles-ci allaient bon train.

De ce fait, quinze jours à peine après le départ du Pr. Olievenstein, la DDASS de Paris, lors d'une réunion demandée par elle, nous annonçait une inspection. La DDASS pensait trouver une institution vieille et lymphatique. Un rapport d'étape a déjà été rendu et discuté, le bilan est plutôt positif quant à notre façon de travailler et à l'implication des salariés. Cela dit une restriction budgétaire de 5% au plan national dans le champ de la toxicomanie "justifierait" "que les tutelles cherchent de l'argent de droite et de gauche". Comme si tout cela ne suffisait pas, l'hôpital psychiatrique Perray-Vaucluse auquel nous sommes rattachés subit lui aussi les restructurations de la psychiatrie dans son ensemble et verra son directeur partir à la retraite d'ici quelques mois.

Le contexte que je viens de développer crée un climat d'ensemble difficile, fait d'insécurité qui entraîne des tensions internes et externes.

Les projets

Malgré tout, sur la scène de la vie, le spectacle doit continuer. Nous devons nous occuper de nos clients et chercher à mettre en place des dispositifs de prise en charge toujours plus adaptés, répondant le mieux aux difficultés rencontrées.

Deux projets actuellement retiennent particulièrement notre attention :

- Le pôle de délivrance quotidienne
- La consultation d'addictologie

Le pôle de délivrance quotidienne

Depuis longtemps déjà, nous délivrons à certains clients leur traitement quotidiennement. Jusqu'à présent, il fallait improviser, trouver qui était là tel jour, qui tel autre jour, ce qui rendait cette délivrance compliquée.

Nous organisons ce pôle de délivrance avec une équipe constituée d'un médecin, d'un infirmier et d'un accueillant, chaque jour. Trois intervenants sont inscrits sur le planning de ce pôle et nous nous réunissons tous les lundis pour parler des cas, des situations et plus largement des questions que pose ce nouvel outil. Si pour l'instant cette délivrance concerne l'ensemble des traitements donnés à Marmottan, il s'agit le plus souvent de médicaments qui peuvent être utilisés pour se défoncer ou s'abrutir tels que les traitements de substitution et les tranquillisants, rarement des neuroleptiques ou des antidépresseurs. Il y a à l'intérieur de ce projet, un autre projet qui est celui d'une délivrance de Méthadone®. Si un ou deux clients que nous connaissons bien viennent chercher leur Méthadone®, avec une durée de délivrance plus ou moins longue en fonction de leur pouvoir à gérer, nous ne sommes pas, actuellement, en situation de généraliser cette dispensation.

Cela étant, si la création d'un pôle de délivrance quotidienne n'a pas été subordonnée à la mise en place d'une délivrance de Méthadone®, l'augmentation en nombre de clients sous Subutex® fait

que nous avons de plus en plus de clients qui demandent de l'aide face leurs difficultés à ne pas l'injecter ou l'associer avec d'autres produits comme le crack, l'alcool ou les médicaments. La plupart des clients qui viennent chercher leur traitement tous les jours l'ont demandé en disant que ça ne pouvait plus durer. Ce pôle de délivrance ouvre un espace supplémentaire aux nouveaux problèmes posés par la substitution au Subutex®. Nous arrêtons la délivrance de Subutex®, de même que les autres traitements, si le remède est pire que le mal. Nous travaillons dans le soin, notre devoir premier est que les traitements que nous donnons ne doivent en aucun cas engager le pronostic vital.

En conséquence, si le Subutex est une substitution de l'héroïne, Marmottan n'est pas la substitution au dealer et ne peut pas accepter de donner ce médicament sans se soucier de l'utilisation que la personne en fait. Le Subutex® peut, comme tous les médicaments détournés par les toxicomanes, être un traitement ou une drogue. Le médecin prescrit des traitements, le dealer vend de la drogue, même si le produit est le même.

La consultation d'addictologie

Du point de vue politique et politique de santé publique, les pouvoirs publics demandent à ce que les centres spécialisés, notamment les centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) prennent en charge une population plus large que la population des toxicomanes au sens strict du terme, tant du point de vue des produits que du mode d'usage, ou que des toxicomanies sans produit.

Nous souhaitons que cette consultation se fasse dans un lieu différent de l'accueil et fonctionne sur rendez-vous. L'idée est que, au moins dans un premier temps, un certain nombre de personnes qui pourraient bénéficier de notre expérience, ne se reconnaissent pas comme toxicomanes. Ils sont mal à l'aise d'être mélangés avec ces derniers et ne peuvent pas prendre un temps indéterminé pour voir leur médecin comme dans le cas d'un accueil sans rendez-vous. Une autre idée moins importante mais qui influence aussi ce cadre, est que depuis plusieurs mois, nous recevons des fumeurs de haschich dans le cadre du présentiel. Ce sont de jeunes majeurs utilisateurs de cannabis interpellés par la police, que le procureur nous adresse dans le cadre d'un classement sans suite judiciaire. Pour des raisons de protection de ces jeunes nous avons pensé les recevoir dans un autre cadre de consultation : lieu, rendez-vous. Pour l'instant elle n'est prévue qu'un jour par semaine.

Les autres réflexions tournent plus autour du type d'addictions et ce en quoi nous nous sentons compétents pour les prendre en charge.

Une des pistes est la similitude qui existe entre une addiction et la toxicomanie, comme le démontre par exemple Marc Valleur entre les toxicomanes et les joueurs pathologiques.

Une autre concerne le fait de ne pas accueillir de mineurs car nous n'avons pas les compétences requises.

La dernière est qu'il faut avoir une certaine distance avec l'objet de l'addiction en question. Marc Valleur (chef de service) a ainsi décidé que nous ne nous occuperions ni des addictions sexuelles, ni de tabagisme. Ainsi, il y a beaucoup de tabagiques à Marmottan et il est donc difficile d'ouvrir une consultation de tabacologie dans un établissement où l'odeur du tabac est quasiment le parfum d'ambiance.

Tout ceci est actuellement en chantier, d'une part pour les raisons politico-budgétaires évoquées ci-dessus, et d'autre part si certains ont une bonne connaissance théorique et de la pratique, comme Marc Valleur, l'équipe dans son ensemble doit encore développer et affiner ses repères théoriques et cliniques, qui passera par l'expérimentation de l'une par l'autre.

Conclusion

Je ne sais pas si au lendemain de mon diplôme d'éducatrice spécialisée je resterai à Marmottan, mais j'ai pu au cours de ma formation évaluer, rendre compte et tester les transmissions et les savoirs que j'avais reçus toutes ces années à Marmottan.

Grâce au stage de découverte demandé durant cette formation, je me suis aperçue auprès des enfants de l'hôpital de jour de la possibilité de l'exportation de ce savoir-être et l'importance qu'il a dans notre travail.

Les premiers jours, n'ayant pas l'habitude d'être stagiaire, j'y suis allée comme on va au travail et là je me suis aperçue que je ne savais pas travailler avec eux et dans cette institution. Je demandais à ma référente et aux anciens de l'équipe de m'expliquer le fonctionnement de l'institution et les problématiques des enfants. Les premiers à me montrer que je n'étais pas à Marmottan, furent les enfants. Les enjeux n'étaient pas les mêmes, leurs modes de communication non plus.

J'ai écouté l'équipe mais aussi les enfants, j'ai attendu qu'ils viennent me voir pour savoir qui j'étais réellement. Ils m'ont provoquée et j'ai répondu avec ce que j'étais et j'ai, alors, établi des relations avec eux.

Je me souviens de cette petite fille anorexique et de l'infirmier de mon groupe qui voulait lui faire manger de grosses quantités. L'éducatrice du groupe, ma référente, trouvait que ce "gavage" était trop violent pour cette petite. Elle voulait en parler pendant la réunion du vendredi avec la psychologue, mais ne savait pas comment le faire sans remettre en question son collègue. C'est moi qui ai abordé ce problème, quand l'infirmier a remis en cause la possibilité pour cette enfant d'aller à la piscine à cause de ses problèmes d'hypoglycémie. Là, j'ai décrit ce que je voyais et ce que je ressentais durant les repas. Cette gamine était très myope et regardait son assiette les yeux écarquillés ; me mettant à sa place, "mentalement", j'imaginai l'envahissement qu'elle pouvait ressentir devant cette assiette plus grosse qu'elle et l'impossibilité pour elle de satisfaire l'infirmier. Je rajoutais que la priver de piscine serait, à mon sens, vécu comme une punition pour une faute qu'elle n'avait pas commise. La description que je fis de l'assiette plus grosse qu'elle, permit à tout le monde de voir avec les yeux de cette enfant. Il fut décidé qu'il fallait lui faire manger de tout, mais dans des quantités acceptables pour elle. Je n'avais rien fait là que de prêter ma sensibilité et ma pensée à cette enfant et les rapporter simplement en réunion d'équipe.

Je finirai avec l'histoire de ce petit garçon de onze ans, qui au lieu de dire mes couilles, disait toujours "ma couille". En plus il se faisait réprimander pour sa grossièreté. Un jour où l'infirmier et moi étions avec lui et qu'il nous redonnait du "ma couille", je devançais les réprimandes pour lui

demander : “pourquoi dis-tu toujours “ma couille” alors que tu en as deux”. L’enfant se mit à poser plein de questions : où est la deuxième, est-ce que la première fois qu’un garçon fait l’amour ça fait mal, enfin toutes les questions qui traînaient au fond de sa tête, qu’il n’osait pas poser mais qui s’exprimaient derrière ces deux mots : “ma couille”. Je lui répondais sur ce que je savais où était la deuxième, la différence entre la bourse et les “testicules” et pour le reste je laissais l’infirmier répondre car il était plus au fait que moi.

Ces exemples montrent l'apport capital de ce que qu'Olieve et l'équipe de Marmottan et les toxicomanes m'ont apporté. Mais cela ne suffisait pas pour apprendre sur les pathologies des enfants et comment faire avec ceux dont la maladie me dépassait. Non, il m'a fallu suivre l'enseignement interne de l'hôpital, lire et beaucoup échanger avec ma référente.

Mais je m'apercevais quand même que je tenais entre mes oreilles une chose essentielle: oser être, nos émotions peuvent se dire et se réfléchir.

Je dois sûrement me confronter à d'autres publics, pour apprendre et recevoir encore, mais là, il s'agit d'une autre vie. . .

Références Bibliographiques

J. Derrida. De quoi demain... J. Derrida et E. Roudinesco Ed. Fayard Paris 2001

M. Hautefeuille. Actes du colloque Toxicomanie et devenir de l'humanité Ed. Odile Jacob Paris 2001

J. Houssaye. Deligny, éducateur de l'extrême. Coll. L'éducation spécialisée au quotidien Ed. Erès Paris 1998

N. Maestracci. Actes du colloque Toxicomanie et devenir de l'humanité Ed. Odile Jacob Paris 2001

C. Olievenstein. Actes du colloque Toxicomanie et devenir de l'humanité Ed. Odile Jacob Paris 2001

C. Olievenstein. Le destin du toxicomane. Coll Le temps des sciences Ed. Fayard Paris 1983

C. Olievenstein. Titres et travaux

D.Richard et J-L Senon. Dictionnaire des drogues et des dépendances Ed. Larousse 1999

M. Valleur. Actes du colloque Toxicomanie et devenir de l'humanité Ed. Odile Jacob Paris 2001

Revue

ASUD Journal n° 11 printemps 1996. Fabrice

Le groupe familial n° 126 Y a-t-il une histoire avant la vie. Histoire de vie R. levy-Bass et J-G Offroy Paris 1990

Dédicace.....	1
Introduction.....	2
Tout commença, à peu près, ainsi.....	5
Mes débuts à Marmottan.....	5
Olievenstein, un personnage, un établissement, deux Histoires.....	6
Création de l'établissement et les débuts de la prise en charge des toxicomanes	8
Marmottan et la loi de 1970.....	9
La création, à partir de cette loi, de la chaîne thérapeutique.....	12
Mon inscription dans Marmottan.....	13
Un lieu : l'accueil, des accueillants, des accueils, une équipe	
Le pôle accueil.....	20
Les techniques d'entretien : institution et/ou intuitions.....	21
Une journée type à l'accueil.....	22
Mamadou, l'histoire d'une transmission.....	24
Le rôle des accueillants.....	25
L'accueil, un travail d'équipe.....	28
Est-ce qu'être accueillant est un des métiers de l'éducation spécialisée ?..	32
Théories et Pratiques	
Olieve et son enseignement.....	35
Les références théoriques.....	42
Le modèle trivarié.....	42
L'ordalie comme prise de risque et la métaphore ordalique du toxicomane.....	43
La démocratie psychique :	43
L'intentionnalité de soins.....	44
L'alliance thérapeutique.....	45
La trajectoire.....	45
L'enseignement à Marmottan.....	46
Transmission de la dimension politique de notre travail.....	48
La douloureuse transmission du sida aux dépens de ceux qui l'ignoraient.	50
La création d'un nouveau pôle : la consultation de médecine générale et d'un programme d'échange de seringues.....	50

De la réduction des risques à l'addictologie : Une politique budgétaire de santé publique

Dénomination(s) et réflexion sur notre dénomination.....	52
Dénomination : Utile ou stigmatisante (polémique).....	54
Etat des lieux, situation interne et changement extérieur.....	59
Les projets.....	60
Le pôle de délivrance quotidienne.....	61
La consultation d'addictologie.....	62
Conclusion.....	63
Références Bibliographiques.....	65

[1] De quoi Demain... Dialogue J. Derrida E. Roudinesco pp. 15/21 Fayard octobre 2001

[2] Actes du colloques Toxicomanie et devenir de l'humanité organisé par Marmottan pour ses trente ans. Ed. Odile Jacob Paris octobre 2001

[3] Actes du colloque Toxicomanie et devenir de l'humanité organisé par Marmottan pour ses trente ans. Ed. Odile Jacob Paris Octobre 2001 p. 79

[4] Ibid

5 Actes du colloque Toxicomanie et devenir de l'humanité organisé par Marmottan pour ses trente ans Ed. Odile Jacob Paris octobre 2001 p 41

[6] Actes du colloque Toxicomanie et devenir de l'humanité organisé par Marmottan pour ses trente ans. Ed. Odile Jacob Paris octobre 2001

[7] Au vu du caractère particulier de cette recherche, la commission mémoire du CFPES autorise la levée de l'anonymat concernant la structure et son personnel. Celui concernant les personnes, est bien sûr respecté.

[8] Y a-t-il une histoire avant la vie ? R. Levy-Bass J-G. Offroy le groupe familial n°126 pp 109/112 ; 1990 Paris Histoire de vie.

[9] Déf. Dictionnaire le petit Robert.

[10] Examen Spécial d'Entrée à l'Université

[11] D'après Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances. Paris 1999

[12] Le Subutex® ou buprénorphine est un produit de substitution.

[13] Mot utilisé pour signifier une interdiction de séjour, momentanée ou définitive.

- [14] Diagnostic Statistical Manuel book. Américain. quatrième version. Chaque pathologie est découpée en plusieurs items, si l'on coche positivement un nombre défini d'items dans une pathologie alors le patient est considéré comme atteint de la pathologie en question.
- [15] Médicaments contre la douleur
- [16] Hypnotique d'action rapide avec une forte accoutumance.
- [17] Déf. Dictionnaire, Le petit Robert.
- [18] Déf. Dictionnaire Larousse
- [19] Deligny, éducateur de l'extrême J. Houssaye p 28 coll. L'éducation spécialisée au quotidien éd. érès
- [20] Association d'usagers de drogues, qui les présentent sous un jour favorable.
- [21] In "Destin du toxicomane" coll. Le temps des sciences éd. Fayard Paris mars 1983
- [22] Nom moléculaire d'une famille de tranquillisant, très utilisée par les toxicomanes
- [23] In Destin du toxicomane de Claude Olievenstein éd. Fayard coll. Le temps des sciences Paris mars 1983 p. 92
- [24] In titre et travaux de Claude Olievenstein
- [25] Le non-dit des émotions de C. Olievenstein éd. Odile Jacob Paris 1988
- [26] L'homme parano de C. Olievenstein éd. Odile Jacob Paris février 1992
- [27] Narcotic Anonyme, venu du mouvement des alcooliques anonymes groupe d'entraide d'anciens dépendants abstinents
- [28] Goodman, psychiatre anglais définition éditée dans le British journal of addiction en 1990
- [29] Sous forme de comprimé, ce produit de substitution peut être injecté.
- [30] Opiacé de synthèse présenté sous forme de sirop buvable, non injectable.