

Prospective Jeunesse

Drogues
Santé
Prévention

60

Périodique trimestriel
Automne 2011

La médicalisation des assuétudes Tome 2 : Prévention à la dérive

La prévention sanitaire ou la mise en risque du monde

Patrick Peretti-Watel

De quoi le dépistage des drogues au travail est-il le nom ?

Renaud Crespin

La prévention quaternaire,
une tâche explicite du médecin généraliste

Marc Jamoulle



CHOIX ECOLE ASSUETUDES SANTE FETE ALCOOL ADDICTIONS USAGES DANGER PEUR
EDUCATION ADOLESCENCE JEU TABAC PLAISIR PROTECTION CONDUITES A RISQUE
EXPERIENCES SOIN
GROUPE ECSTASY
DROGUES BIEN ETRE
ASSUETUDES SANTE
ADOLESCENCE JEU
SOINS ABUS CONSOI
DOSE INTERNET CAT
TOXICOMANIE FUITE
ADDICTIONS USAGE
PROTECTION CONDU
ENNUI ESTIME DE SOI PROHIBITION GROUPE ECSTASY DOSE INTERNET CANNABIS
PREVENTION DEPENDANCE DROGUES BIEN ETRE JOINTS TOXICOMANIE FUITE
DROGUES BIEN ETRE GROUPE ECSTASY FETE ALCOOL ADDICTIONS
PLAISIR PROTECTION
ON ENNUI ESTIME
ABUS PREVENTION
RISQUES JEUNES
DES DANGER PEUR
CONDUITES A RISQUE
SOI PROHIBITION
ON DEPENDANCE
NES GROIX ECOLE
ER PEUR EDUCATION
A RISQUE EXPERIENCES

PROSPECTIVE Jeunesse ASBL

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

Prospective Jeunesse propose quatre services :

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

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

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

Éditeur responsable

Jean-Guillaume GOETHALS

Rédacteur en chef

Julien NÈVE

Comité d'accompagnement

Philippe BASTIN, Line BEAUCHESNE,
Marc BUDO, Alain CHERBONNIER,
Étienne CLEDA, Martine DAL,
Gérard DAVID, Christian DE BOCK,
Christel DEPIERREUX,
Damien FAVRESSE, Ludovic HENRARD,
Damien KAUFFMAN, Pascale JAMOULLE,
Micheline ROELANDT, Vinciane SALIEZ,
Jacques VAN RUSSELT

Soutien administratif

Nadia MORTIAUX

Dessins

Jacques VAN RUSSELT

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

Impression

Nuance 4, Naninne

Graphisme et mise en page

MEDIA
animation
communication & éducation

ISSN: 1370-6306



ÉDITORIAL

La prévention à la dérive

Dans notre numéro 54 consacré au risque, le philosophe Frédéric Neyrat dressait un constat plutôt amer de l'évolution de nos sociétés occidentales où le concept de risque est utilisé « *d'une manière anesthésiante, préventive et gestionnaire* ». Toujours associé à la menace le risque, se réduit à ce dont il faut absolument se prémunir « *au nom d'une survie ou d'une protection de soi-même, au nom finalement d'une autoconservation bien triste, c'est-à-dire d'une capacité à pouvoir continuer à jouir selon un certain type de biens marchands proposés* ». Refusant cette logique à l'opposé d'une « *écologie des corps et des esprits* », le philosophe en appelait à « *une nouvelle esthétique de l'anticipation, une relance de l'imaginaire* ». Dans les pages qui suivent, le sociologue Patrick Peretti-Watel ne dit pas autre chose lorsqu'il évoque la nécessité de doter la prévention sanitaire d'une nouvelle éthique susceptible de lui apporter la crédibilité qui lui fait bien souvent défaut. Et pour cause, en faisant comme si chacun des sujets auxquels elle s'adresse était « *un individu réellement autonome et responsable, capable de saisir des arguments probabilistes, de faire des calculs et de choisir ce qui est le mieux pour lui* », autrement dit un individu qui réglerait toutes ses conduites à l'aune de la préservation de son capital santé, la prévention ne peut prétendre modifier les comportements. S'adressant à un individu chimérique, elle est la plupart du temps inopérante et ressentie comme une entrave aux libertés individuelles. C'est que généralement ses fins stratégiques « *oublient que les êtres humains ne sont prêts à pouvoir modifier certains de leurs comportements de façon véritablement profonde et authentique que si et seulement si on leur propose aussi la promesse de quelque chose d'autre que ce qu'ils vivent* » et que par ailleurs, « *il faut des protections, des milieux sociaux et environnementaux suffisamment solides et protecteurs pour étayer l'expérience de soi* ». Bref, la réduction des inégalités sociales de santé est au cœur de la démarche préventive, pour ne pas dire sa condition de possibilité. Comment dès lors expliquer le plébiscite rencontré par les démarches de prévention qui semblent passer outre cette évidence ? C'est à cette épineuse question que, par delà la diversité de leur approche respective, les différents contributeurs de ce numéro apportent quelques pistes de réponse. Leur point commun : montrer en quoi la médicalisation des assuétudes et d'une façon générale, la médicalisation des conduites humaines, est un des leviers essentiels pour que les approches de prévention contribuent davantage à la maîtrise sociale des populations qu'à la préservation ou la recherche de leur bien-être.

Je profite de la parution tardive de ce numéro d'automne pour vous souhaiter une excellente année 2012 qui, en dépit de ses sombres virtualités socio-économiques, a au moins une raison de vous réjouir : l'entièreté des numéros de la revue est désormais consultable et téléchargeable sur le site internet de Prospective Jeunesse. Bonne lecture !

Julien Nève, rédacteur en chef
julien.neve@prospective-jeunesse.be

La médicalisation des assuétudes (2)

Prévention à la dérive

Éditorial Julien Nève	1
La prévention sanitaire ou la mise en risque du monde Entretien avec Patrick Peretti-Watel	2
La prévention quaternaire, une tâche explicite du médecin généraliste Entretien avec Marc Jamoulle	7
De quoi le dépistage des drogues au travail est-il le nom ? Renaud Crespin	12
Protéger, soigner ou punir Jean Bérard	20
Le projet TADAM de traitement assisté par héroïne pharmaceutique : une approche pragmatique et médicale Entretien avec Jonathan Meurice	24
Une politique générale des transports ? Jean-Bastien Tinant	30

La prévention sanitaire ou la mise en risque du monde

> Entretien avec Patrick Peretti-Watel, sociologue*.

Pour le sociologue du risque Patrick Peretti-Watel, à l'heure où le biomédical fait figure de référentiel dominant, la prévention se résume à une traque obsessionnelle du risque sous toutes ses formes. Guidée par un idéal de sécurité absolue, elle est devenue « mise en risque du monde » avec comme sujet principal ce que le sociologue appelle « l'homo medicus », un personnage rationnel, autonome et calculateur qui agirait et consommerait en ayant toujours à l'esprit la préservation de son capital santé. Autant dire que la prévention s'adresse à une fiction et s'empêche par-là même d'atteindre ses objectifs. Comment dès lors expliquer le succès rencontré par cette logique de prévention? Qui sont ses principaux laudateurs? Quel est le rôle de la médicalisation dans la mise en risque du monde? Telles sont quelques-unes des questions à partir desquelles Peretti-Watel nous invite à imaginer une nouvelle éthique de la prévention.

Dans votre livre « Le principe de prévention, le culte de la santé et ses dérivés¹ », vous définissez la prévention sanitaire comme une « mise en risque du monde ». Qu'entendez-vous par là ?²

Ces trente dernières années, la notion de risque a connu un succès croissant. De nombreux phénomènes qui, auparavant, n'étaient pas considérés comme des risques le sont aujourd'hui devenus. Cette prolifération du risque se vérifie tout particulièrement dans le domaine sanitaire. Il ne se passe pas une semaine sans que la littérature biomédicale ne fasse état de la découverte de nouveaux facteurs de risque liés à telle ou telle pathologie. Pour ma part, m'inspirant

des travaux du philosophe François Ewald, ce que j'appelle la notion de risque ne recouvre pas un domaine donné de phénomènes ou d'activités mais se rapporte à une façon de se représenter les éléments. De ce point de vue, la grippe espagnole qui a tué des millions de personnes entre 1917 et 1918 n'était pas à proprement parlé un risque vu que personne ne l'a anticipée. La grippe est arrivée, a tué, puis est repartie. En revanche, la grippe que l'on a appelé porcine, mexicaine ou H1N1 était bien un risque. Des mécanismes de veille sanitaire ont été mis en place, la crise a été anticipée et on a essayé de la prévenir. Ainsi comprise, la notion de risque renvoie donc à une attitude prospective par rapport au danger que recèle l'avenir. Et c'est

* Patrick Peretti-Watel est sociologue à l'Inserm (France). Il est membre de l'unité 912 « SE4S » (Sciences économiques et sociales, systèmes de santé, sociétés).

1. Patrick Peretti-Watel et Jean-Paul Moatti, *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérivés*, La République des idées, Seuil, 2009.

2. Propos recueillis par Julien Nève

vrai que dans de nombreux domaines de l'activité humaine, on tente de développer des technologies en vue de transformer des dangers en risques et ainsi opérer une « mise en risque du monde ». En accumulant des connaissances sur ces risques, notre objectif est soit d'arriver à mieux les prévenir en réduisant leur probabilité d'occurrence, soit de les assurer, dans le cas où nous ne serions pas en mesure de les prévenir. La prévention et l'assurance sont donc deux techniques de mise en risque du monde. S'agissant du domaine sanitaire, les épidémiologistes font des statistiques où ils essaient de mettre en évidence des corrélations entre des comportements ou des expositions d'une part et des pathologies d'autre part. Sur base de ces travaux, la santé publique liste les choses à faire ou à ne pas faire pour rester en bonne santé.

Et ce que vous appelez « l'homo medicus » est en quelque sorte le sujet de cette prévention

Nous vivons dans ce que le sociologue anglais Anthony Giddens appelle « la culture du risque ». Et c'est un aspect particulier de l'individualisme contemporain que de plus en plus chercher à responsabiliser les individus, à les autonomiser afin qu'ils prennent les bonnes décisions aujourd'hui pour, selon les mots de Giddens, « coloniser » leur futur, c'est-à-dire pour prévoir aujourd'hui les obstacles qui pourraient se présenter demain. Ainsi par exemple, dans le domaine de la santé, les messages de prévention vont vous dire explicitement qu'il faut préserver votre capital santé. On vous donne de l'information pour que vous deveniez l'entrepreneur de votre propre santé. Derrière cette mise en risque de la santé et ce développement de la prévention, il y a donc l'idée que l'on s'adresse à un individu réellement autonome et responsable, capable de saisir des arguments probabilistes, de faire des calculs et de choisir ce qui est le mieux pour lui. Tel est effectivement l'homo medicus, le sujet fixe et idéal de cette prévention.

On vous donne de l'information pour que vous deveniez l'entrepreneur de votre propre santé.

Mais n'y a-t-il pas un intérêt stratégique dans le fait de faire reposer la prévention sur l'individu et non plus sur la société ou le collectif ?

Il y a des auteurs qui sont effectivement très critiques vis-à-vis de cette évolution. Selon eux, mettre l'accent sur les facteurs comportementaux de telle ou telle maladie, c'est aussi une façon d'ignorer le rôle et l'impact des facteurs environnementaux. On fait énormément de campagnes de prévention contre le tabagisme, l'abus d'alcool, les mauvaises habitudes alimentaires, alors que l'on reste très en retard dans le domaine de la réglementation sur les polluants dans l'environnement. On peut dès lors penser qu'il y a une dimension stratégique et politique qui consiste à mettre l'accent sur des comportements individuels et à passer sous silence d'autres aspects dont l'impact est sans doute au moins aussi important.

Dans le champ des drogues, nombreux sont ceux qui dénoncent les dangers liés au phénomène de médicalisation des assuétudes et à la montée en puissance de l'addictologie. Partagez-vous ce genre de crainte ?

Ces derniers temps, la médicalisation fait figure de gros mot. Or, si l'on se réfère à la définition du sociologue américain Peter Conrad, la médicalisation doit simplement s'entendre comme le processus par lequel on décide qu'un problème social est en réalité un problème d'ordre médical et qu'il revient donc au corps médical de s'en charger. Le jour où l'on a décidé que l'homosexualité n'était pas un vice mais une maladie, on a médicalisé l'homosexualité. Depuis lors, considérant qu'elle n'était ni un vice ni une maladie, on l'a fort heureusement démedicalisée. Toutefois, la médicalisation n'a pas toujours un sens péjoratif. Ainsi, alors que dans la France des années 70, la loi en vigueur identifiait les usagers de drogues à des coupables ou des délinquants, la mis en place, à la fin des années 80, de l'injonction thérapeutique a per-

mis que l'on considère les usagers non plus seulement comme des délinquants mais aussi comme des malades. Cette médicalisation de la toxicomanie a eu pour conséquence de laisser au toxicomane le choix entre aller en prison ou se faire traiter par des médecins. Dans ce cas concret, les avantages de la médicalisation sont patents. Cela étant dit, considérer que l'usager de drogue est un malade revient à le considérer comme un citoyen de deuxième zone, quelqu'un qui n'est pas complètement digne de confiance, ni complètement autonome. S'agissant du champ des addictions, les raisons de son récent développement sont d'abord scientifiques. La neurobiologie a par exemple fait d'énormes progrès pour identifier les mécanismes de l'addiction au niveau des neurorécepteurs et a ainsi permis que la réflexion sur l'addiction puisse être détachée du produit. On est désormais en mesure de penser les addictions sans drogue. Mais la justification du développement de l'addictologie tient également à des raisons stratégiques. Pour une profession donnée, disposer d'une définition extensible de sa mission permet de majorer son pouvoir et ses moyens financiers. Récemment, j'ai discuté avec une jeune fille qui m'a déclaré faire de la prévention de la cyberdépendance tout en estimant que les jeunes avec lesquels elle interagissait n'étaient pas cyberdépendants. Toutefois, si elle voulait toucher des subsides pour pouvoir continuer à faire de la prévention des abus de jeux vidéo, elle était obligée de brandir l'étiquette « cyberdépendance ». Les enjeux sont aussi organisationnels. Ainsi, en France, la décision de considérer l'alcool et le tabac comme des drogues a fait exploser le budget de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT). Il existe aussi des enjeux politiques. Lorsque j'étais à l'observatoire des drogues et des toxicomanies, du fait des restrictions budgétaires nous manquions d'argent pour mener nos enquêtes jusqu'au jour où le ministère des Finances nous commande une étude sur l'addiction aux jeux d'argent. À cette

époque, en effet, la Française des jeux détenait encore le monopole sur les jeux d'argent, ce qui était contraire à la réglementation européenne. Or, la seule façon de justifier la persistance de ce monopole consistait à démontrer que les jeux d'argent étaient un problème de santé publique. Bref, il y a de nombreuses raisons autres que scientifiques pour expliquer le développement de l'addictologie.

L'addiction ou la dépendance sont donc des notions qui sont au carrefour de nombreux enjeux de pouvoir.

Actuellement, un nombre croissant de conduites à risques sont effectivement médicalisées grâce à la notion de dépendance. De très bonnes revues

américaines vous expliquent par exemple que le tabagisme est une maladie chronique addictive et que, partant, elle doit être traitée au même titre que n'importe quelle mala-

Lorsque les conduites à risque sont associées à des pathologies comportementales, il n'y a plus rien à y comprendre.

die chronique. Il conviendrait donc de prescrire à vie des substances antinicotiniques à tous les fumeurs et les rembourser par le mécanisme de l'assurance sociale, sachant que les médecins prescripteurs sont évidemment financés par les firmes pharmaceutiques qui produisent le substitut nicotinique. À l'instar du tabagisme, on parle aussi d'addiction aux jeux d'argent ou à la nourriture. Et comme le montre très bien Peter Conrad dans ses travaux, la notion qui permet de médicaliser les conduites à risque en l'absence d'un agent pathogène, c'est la notion de compulsion. Les gens seraient en fait atteints d'une maladie de la volonté. Ils ne peuvent pas s'empêcher de faire ce qu'ils font alors que c'est mauvais pour eux. La notion d'addiction est donc vraiment une notion-clé pour comprendre ce processus de médicalisation des conduites à risque. Dans son travail sur les premiers pas de la lutte contre le cancer au début du XX^e siècle, Patrice Pinel a montré que l'échec des premières campagnes de prévention lancées dans les années 20 était lié au fait que leurs concepteurs, des professeurs de médecine, s'adressaient au grand public comme si celui-ci n'était composé

que d'étudiants en médecine. De façon générale, les messages préventifs s'appuient implicitement sur une vision idéale de leurs cibles, autrement dit, des individus qui sont supposés faire confiance à la prévention, se préoccuper en priorité de leur santé et avoir une forte préférence pour le futur. Quand l'OMS lance des campagnes disant : « vous avez 25 ans, vous êtes fumeur, vous avez une espérance de vie de 40 ans, mais si vous arrêtez de fumer aujourd'hui votre espérance de vie passe à 48 ans », elle s'adresse à ce genre d'homo medicus. Or, ce dernier est évidemment une fiction, les gens ne se comportent pas de cette façon. Et on voit que pour la prévention la notion d'addiction a du sens car elle permet d'expliquer son échec. Ce n'est pas que l'homo medicus auquel on veut s'adresser n'existe pas, il est simplement endormi par la dépendance. Sur ce point, le sens que l'on donne à la promotion de la santé est très révélateur. En effet, la promotion de la santé consiste non pas à faire des actions qui visent directement à améliorer les comportements de santé des individus mais à leur donner les moyens de prendre leur vie en mains. On veut restaurer leur estime de soi ou ce que la psychologie appelle leur lieu de contrôle de soi de manière à en faire des homo medicus, c'est-à-dire des gens responsables, autonomes qui se préoccupent en priorité de leur santé. On veut les réveiller, les extraire de ces comportements addictifs. Cette façon de définir comme addictif toutes les conduites à risque, c'est aussi une façon de justifier les échecs de la prévention en expliquant que la prévention s'adresse à un homo medicus engourdi par les addictions.

Et cela permet aussi de ne pas prendre en compte les inégalités sociales de santé dans l'explication des échecs de la prévention...

En effet, cette vision centrée sur un individu isolé, calculeur et autonome ne permet pas de prendre en compte le contexte. Or, les conduites à risque sont des pratiques sociales qui sont ancrées dans les habitudes et souvent transmises par des pairs ou des proches. Elles ont donc du sens, des fonctions précises et, par conséquent, peuvent se justifier. Il faut bien

comprendre cela si l'on veut modifier un comportement. Par exemple, pour convaincre quelqu'un d'arrêter de fumer, il faut comprendre la nature de son attachement à la cigarette, savoir comment il a commencé à fumer, mais



**ATTENTION:
SOCIÉTÉ
A' RISQUES!**

aussi les raisons pour lesquelles il fume. Fait-il partie de ceux qui fument pour gérer leur stress, par convivialité, pour gérer leur poids, etc. ? À partir du moment où l'on considère que le tabagisme n'est qu'une addiction, que le fumeur fume parce qu'il est dépendant à la nicotine, on ne cherche pas à comprendre le contexte lié à cette consommation. C'est là que réside le principal inconvénient de la médicalisation des conduites à risque. Lorsqu'elles sont associées à des pathologies comportementales, il n'y a plus rien à y comprendre. Et si on ne comprend pas pourquoi les gens s'engagent dans des conduites à risque, on ne peut les prévenir.

Comment alors démedicaliser la prévention ?

Cela dépend des contextes nationaux. Ainsi, en France, c'est principalement aux médecins que revient la tâche de faire de la prévention, à l'instar des pays anglo-saxons où les médecins sont même payés pour faire des actes de prévention. Cette évidence est assez discutable. Généralement, les médecins n'ont pas le temps et craignent en outre de faire fuir leurs patients en les interrogeant sur leur consommation d'alcool et en tentant de les persuader de la diminuer, voire de la stopper. Par ailleurs, la plupart ne sont pas du tout formés à faire de la prévention. Il suffit de voir la partie qu'occupe la prévention dans leur cursus pour s'en convaincre. Or, à mes yeux, la prévention nécessite une formation spécifique. Un médecin est formé pour reconnaître des symptômes et prescrire des médicaments et non pas pour convaincre quelqu'un d'arrêter de fumer ou de boire. À mon sens il faut donc développer des métiers de la prévention qui ne soient pas réservés au corps médical. En France, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a mis en place des formations afin de former des acteurs capables de se rendre sur le terrain, de rencontrer des personnes en situation de précarité, de nouer un dialogue avec des fumeurs en vue de leur proposer des

solutions pour diminuer leur consommation. Et ces acteurs ne doivent pas être des médecins car la nature fortement asymétrique de la relation thérapeutique est un obstacle à l'échange et au dialogue.

Dans votre dernier livre, vous invitez le lecteur à réfléchir à la nécessité d'habiller la prévention d'une nouvelle éthique. Quelles seraient les principales caractéristiques de cette éthique ?

La prévention repose sur l'idée évidente que tout le monde veut rester en bonne santé et que la santé est une priorité pour tout le monde. Or, la santé n'est qu'une valeur parmi d'autres et quand on essaye de promouvoir cette valeur, il arrive que notre discours se heurte à d'autres valeurs. Par conséquent, construire une nouvelle éthique implique en premier lieu de se rendre compte des conflits de valeurs que posent les actions de prévention. Quand on interdit le tabagisme dans telle ou telle zone, on porte atteinte aux libertés individuelles au nom de la santé. Nous devrions toujours avoir en tête que la promotion de la santé rentre en opposition avec d'autres valeurs. Cela peut tout à fait se justifier, ce n'est pas forcément grave, mais il faut prendre le temps d'expliquer pourquoi on le fait. À mon sens, la notion d'éthique est liée à celle de crédibilité. Les enquêtes montrent par exemple qu'au sein des milieux populaires, nombreux sont les fumeurs qui sont très critiques par rapport à la prévention car, à leurs yeux, les autorités qui pointent les dangers du tabagisme, qui leur disent que c'est mal de fumer et qu'il faut arrêter, sont aussi celles qui prélèvent à peu près 12 milliards de taxes sur le tabac. C'est une contradiction qui peut être vécue comme un hold-up de la part de l'État. À partir du moment où la seule justification de l'augmentation du tabac c'est de favoriser l'arrêt, je trouverais logique qu'une proportion donnée des recettes fiscales du tabac soient affectées à des actions de prévention.

La prévention quaternaire, une tâche explicite du médecin généraliste

> Entretien avec Marc Jamouille, médecin généraliste.

Dans le domaine de la santé, il est de notoriété publique que la prévention se décline selon un modèle chronologique entre prévention primaire, secondaire et tertiaire. Fort de son expérience de médecin généraliste, Marc Jamouille s'est mis en tête de subvertir ce modèle, de l'enrichir d'une dimension relationnelle.

Opérant ainsi une mise en question de son statut de praticien de la médecine, il en est arrivé à définir ce que pourrait être la prévention quaternaire : la prévention de la médecine non nécessaire ou la prévention de la surmédicalisation

Je sais que vous avez beaucoup questionné votre rôle de médecin généraliste. Quel a été le sens de votre réflexion ?

Selon moi, la question centrale est celle de la relation avec le patient, cette rencontre particulière entre deux êtres humains, chacun chargé de connaissances diverses, où l'un est en position de demande et l'autre en position d'offre. J'ai voulu comprendre ce qui animait les gens à venir chez moi, à me choisir comme interlocuteur sur des sujets parfois extrêmement personnels. Quelle est la légitimité de cette étiquette de médecin qui, sous le seul prétexte de ma connaissance du corps, me donne un droit à l'intrusion dans la vie privée ? C'est étonnant de voir que des domaines comme la santé mentale ou la

sexualité ont été entièrement absorbés par la médecine. La profession médicale a d'une certaine façon pris la place d'autres interlocuteurs sociaux qui tendaient à disparaître. Je pense en particulier à l'organisation sociale de l'église et à son système de confession qui a glissé vers la pratique de la médecine générale. Beaucoup de médecins généralistes sont devenus des psychothérapeutes sans que cela ne pose vraiment question. Ils se sont arrogé un droit de regard sur la vie des gens sans pour autant disposer d'un guide de référence éthique ou moral cohérent. C'est là toute la différence avec ce qui a été la guidance morale chrétienne. Quoiqu'on puisse en penser, son personnel était formé et pouvait s'appuyer sur un ensemble de textes de référence destinés à empêcher les hérésies. Quant à nous,

les médecins, nous reprenons le flambeau sans aucun référent commun. Chacun fait donc comme bon lui semble et les gourous abondent. Désormais, plus rien n'échappe à la médecine, de la naissance à la mort vous ne pouvez plus exister sans médecin. Cette présence du fait médical au nom de la santé est stupéfiante d'un point de vue sociologique, voire même anthropologique. Quoi de plus étrange que se retrouver en consultation avec, en face de moi, quelqu'un qui estime légitime que je détienne le pouvoir de dire ou de définir la normalité ?

Désormais, plus rien n'échappe à la médecine, de la naissance à la mort vous ne pouvez plus exister sans médecin.

C'est sur base de cette réflexion que vous avez construit votre modèle relationnel de la prévention ?

Au cours de santé publique, on fait généralement beaucoup de statistiques, on compare, on met des choses en relation, notamment grâce au « khi carré », un outil de calcul médico-statistique permettant l'évaluation des indicateurs de risque et la liaison entre un facteur d'exposition et une maladie. Reprenant cet outil à mon compte, je me suis amusé à mettre en abscisse le patient et en ordonné le médecin de manière à pouvoir construire une typologie des relations qui se nouent entre eux. Si l'on trace une croix au mi-

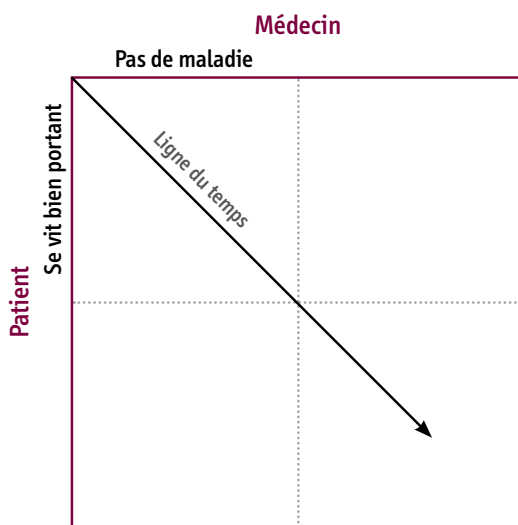
lieu du carré, on obtient quatre situations différentes dans la relation médecin-patient. Les définitions des trois premières situations existent déjà. Il suffit de penser au modèle chronologique

de la prévention : primaire, secondaire et tertiaire. La première situation obtenue correspond effectivement à ce que l'on entend par pré-

vention primaire: la maladie est absente et ne trouvant pas de maladie, le médecin raconte au patient tout un tas de carabistouilles autour de ce qu'il faut ou non faire, sur ce qui est dangereux ou pas. Toute l'éducation pour la santé se retrouve dans cette case. Dans la deuxième case, les médecins cherchent des maladies que les patients n'ont pas. Par exemple, vous venez chez moi et je vous annonce que je souhaite vous faire un toucher rectal parce que je vous cherche un cancer et que j'ai été formé pour ça. C'est exactement la définition du dépistage. Le médecin « parie » sur la maladie. La troisième case correspond à la situation où les gens sont effectivement malades. Le médecin le sait et on essaie alors d'éviter les complications. C'est la prévention tertiaire.

Qu'en est-il de la quatrième case ?

Il reste en effet à définir la quatrième case, c'est-à-dire la situation où les patients viennent en consultation parce qu'ils adorent être dépendants de la médecine. C'est la case du malade imaginaire tel que décrit par Molière, la case des somatisations. Les médecins ont tendance à fabriquer ce genre de personnage, encouragés en cela par le modèle de production capitaliste dans lequel s'inscrit notre système de santé. Ce n'est un mystère pour personne que ceux qui produisent des médicaments ou des appareils de scanner ne le font pas pour le bonheur des peuples mais pour faire du profit, et ce même si leurs produits sont formidables. Résultat des courses, on crée une inflation, une surproduction constante de façon à remplir la case 4. En faisant le choix de prescrire une séance de scanner pour chaque mal de tête on en vient à



RESPONSABILISONS
LE PATIENT ???

surdéterminer l'angoisse exprimée par les patients face à la mort. Et en investissant cette fonction symbolique propre à l'être humain, on fait énormément de profit mais on voit aussi les dépenses de santé exploser dans tous les pays sans que personne ne puisse les maîtriser.

Concrètement, que préconisez-vous?

D'abord s'asseoir et réfléchir car ces questions ne se résolvent pas dans des livres ou des conférences mais au jour le jour, une consultation après l'autre. Quand un patient me dit qu'il souhaite faire un scanner, vais-je prendre le temps d'explorer son angoisse cachée ou m'en débarrasser en lui signant un papier sans me soucier du coût financier, des risques d'irradiation ou de savoir si ça le plonge encore plus dans la médicalisation? Il n'y a pas de recette, c'est une question d'attitude, il faut se montrer pragmatique pour chaque consultation particulière. On estime par exemple que l'hôpital en fait un million par an, soit un million d'occasions pour questionner le droit de la médecine à investir tous les champs de l'existence. Mais les acteurs impliqués sont-ils seulement formés à réfléchir à ce genre de question?



Vous militez donc pour que les médecins soient davantage formés. Mais à quoi doivent-ils être formés? Pouvez-vous me donner un exemple?

Quand on consent à m'envoyer des stagiaires, ceux-ci sont généralement stupéfaits par le questionnement que je pose. Prenons le cas de cette mère de famille marocaine expatriée en Belgique pour être mariée avec un cousin qui, lui, est né en Belgique. Elle vient d'accoucher de son premier bébé mais, dans l'impossibilité de retourner au Maroc pour voir sa famille et surtout sa mère, elle ne cesse de pleurer. N'importe quel médecin spécialiste lui dira que c'est la conséquence de son baby blues car la plupart des médecins ignorent que, dans la culture des pays nord-africains, le contact mère-fille au moment de l'accouchement revêt une importance cruciale. Au lieu de lui prescrire un antidépresseur pour qu'elle se sente mieux, il suffirait donc de lui dire de prendre un billet d'avion pour aller voir sa mère pendant 40 jours. Si cette femme se met à pleurer et à penser qu'elle est dépressive

parce que sa voisine d'abord et son médecin ensuite lui disent que c'est une dépression, le chemin de la maladie lui est grand ouvert. Voilà comment on diagnostique une dépression post-partum sans réellement questionner le pourquoi de cette dépression. On fait le choix d'une médicalisation plutôt que de développer une approche centrée sur le lien entre la détresse de cette jeune maman et l'extraction culturelle qu'elle a subie.

S'agit-il toujours d'éviter la médicalisation?

Pas nécessairement. Dans le cas d'une patiente atteinte d'une multimaladie accompagnée de graves problèmes immunologiques, mon rôle a été de l'aider à y voir clair parmi la multitude des médecins spécialistes. J'ai dû gérer et maîtriser les informations pour que l'on n'en fasse pas trop. J'ai par exemple déterminé que sa crise d'épilepsie était causée par un nouveau médicament et non par un quelconque trouble mental. Ici, mon rôle consistait à lui dire qu'elle était

effectivement malade et qu'elle n'avait rien à faire dans la case 4 des malades imaginaires, mais devait rejoindre la case 3 où les gens sont vraiment malades. Au final et contre l'avis des fonctionnaires de la prévoyance sociale qui, niant sa maladie, lui avaient refusé un complément de pension, je lui ai fait reconnaître son droit à la maladie. Ne se contentant pas du seul point de vue médical, on voit bien que cet état d'esprit prend en compte la multidimensionnalité du problème.

C'est ce genre d'état d'esprit qui, selon vous, fait défaut chez les médecins ?

Actuellement, la médecine est centrée sur le médecin et non sur le patient. Si vous demandez à des étudiants en médecine pourquoi le patient est malade, ils vous diront que c'est à cause d'un diabète ou d'une grippe. Ils citent la maladie mais jamais la raison. Le motif qui a poussé le patient à entrer en contact avec le système de santé n'intéresse personne. Ce qui importe c'est le résultat de la production du système de santé. La position du médecin est verticale et dominante. Il n'est pas en relation horizontale avec son patient. La demande en tant que telle n'est pas considérée. Bien entendu, ce n'est pas le cas de tous les médecins. Personne ne fait de la mauvaise médecine mais rares sont ceux qui réfléchissent à la médecine qu'ils pratiquent.

Si je vous comprends bien, la prévention quaternaire est une forme de résistance par rapport à une position de médicalisation à outrance ?

En quelque sorte. Toutefois, il y a autant de danger à précipiter quelqu'un dans la case 4 par surmédicalisation, en lui faisant croire qu'il est malade alors qu'il ne l'est pas, que de remplir cette case avec des gens qui ne doivent pas y être parce qu'ils sont effectivement malades. Je pense notamment à cette patiente qui, en raison de la bévue d'un radiologue ayant manqué le diagnostic d'une sclérose en plaques pourtant manifeste, a été jusqu'à penser que la perte de

l'usage de son bras était d'ordre psychologique. Croyant avoir inventé sa maladie, elle pensait donc occuper la case 4 et s'imaginait avoir avant tout besoin d'un psychothérapeute. À mon sens, ce genre de mauvaise médicalisation pourrait être évitée par la mise en place d'un dispositif de contrôle qualité dont, en Belgique, la médecine est dépourvue. En tant que médecin, j'ai certainement fait des tas d'erreurs mais, en l'absence d'un contrôle qualité, jamais personne ne me l'a dit. Dans le champ des assuétudes, si on avait mis en place des contrôles qualité sur la prescription, on aurait certainement mieux interprété l'explosion des prescriptions de *Rohypnol* entre 85 et 95. Si on avait pu comparer les prescriptions des médecins et leurs diagnostics, on aurait compris qu'en dépit de son extrême dangerosité le *Rohypnol* faisait office de produit de substitution à l'héroïne. C'est caractéristique de la Belgique où rien n'est mis en place pour que nous puissions poser les bonnes questions. Certes, la campagne très coûteuse visant à inciter les médecins à prescrire moins d'antibiotiques a très bien marché. Après deux ans, les mauvaises habitudes ont toutefois repris le dessus. Pourquoi ? Parce que, précisément, cette campagne ignore l'essentiel, à savoir l'influence

Personne ne fait de la mauvaise médecine mais rares sont ceux qui réfléchissent à la médecine qu'ils pratiquent.

des firmes pharmaceutiques à l'égard des médecins. Si on le faisait et qu'on osait dénoncer la pratique de la représentation

médicale au motif qu'elle perturbe gravement la délivrance de prescriptions par la mise en avant de produits inutiles, dangereux et inadéquats, on se ferait assassiner par l'industrie pharmaceutique.

En tant que médecin généraliste, que pensez-vous du cadre légal censé réglementer la délivrance des traitements de substitution ?

Je n'ai pas connaissance de ce cadre légal qui, de toute façon, ne m'intéresse absolument pas.

Désormais, le médecin est censé prouver qu'il suit ou qu'il a suivi une formation. S'agissant du patient, la loi

impose la délivrance quotidienne de méthadone en officine.

L'idée qu'un médecin soit formé de façon à pouvoir répondre adéquatement à une demande de la population est plutôt pertinente. C'est très préoccupant de se rendre compte qu'un étudiant de quatrième année de médecine, ne sachant généralement rien de la complexité des phénomènes de dépendance, réagit de façon élémentaire, sur base de principes moraux du type « il n'avait pas qu'à », « il faudrait que » ou « ils n'ont qu'à ». L'exigence de formation est une bonne chose, mais si le médecin a été agréé pour faire un traitement qu'on lui fiche la paix. Le 15 octobre 1992 à 17 heures j'ai fait ma première prescription de méthadone parce que j'avais passé deux ans à étudier la question et qu'il n'y avait pas de raison que je refuse les soins que l'on me demandait. D'autant que cette demande émanait des enfants de mes patients. Parmi ceux que j'ai soignés, quelques-uns sont morts, mais beaucoup moins que mes cancéreux, de nombreux autres se sont mariés, ont fait des gosses et sont en pleine forme. Quelques-uns sont toujours sous méthadone dont certains ont 50 ans et savent parfaitement qu'ils seront en traitement toute leur vie. Exiger d'eux qu'ils prennent leur méthadone en pharmacie est une aberration. On ne peut se contenter d'une morale de l'in-

terdit. Les usagers de drogues sont comme tout le monde, des gens complexes, mais leur malheur est de ne pas toujours comprendre ce qui leur arrive et d'être traités comme des criminels.

Votre approche relationnelle de la prévention est, en quelque sorte, une transposition de votre pratique.

Je pense que le modèle de prévention relationnel vient remplacer utilement le modèle chronologique où la prévention se résume à une vue du médecin sur une tâche à réaliser avant la survenue d'un événement. Dans cette vision chronologique, la prévention quaternaire correspond aux soins palliatifs. L'originalité du modèle que je propose n'est pas tellement d'avoir une nouvelle définition de la prévention quaternaire, mais de développer une vision relationnelle de la prévention, plus qualitative et aussi plus individuelle. Je suis évidemment intéressé par la santé publique mais je suis d'abord un clinicien de patient individuel et un médecin de famille. « Qu'est ce que je dois faire docteur ? » Telle est la question qui en premier lieu m'attire. Et à moi d'aider le patient à trouver comment faire pour qu'il puisse survivre. Car au final, la question centrale demeure toujours identique. Comment survivre socialement, politiquement, économiquement et mentalement ?

Lectures

- LEBRUN Jean-Pierre, *De la maladie médicale*, De Boeck-Wesmael, Bruxelles, 1993.
- Moynihan Ray, "Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering", *British Medical Journal*, 324:886, 13 April 2002
- BLECH Jorg, Les inventeurs de maladies, Actes Sud, mai 2005.
- GORI Roland, DEL VOLGO Marie-José, *La Santé totalitaire, Essai sur la médicalisation de l'existence*, Denoël 2005.
- CONRAD Peter, *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, The Johns Hopkins University Press, 2007.
- JAMOUILLE Marc, *Prévention quaternaire*, http://docpatient.net/mj/P4_citations.htm

De quoi le dépistage des drogues au travail est-il le nom ?

Quelques points sur le cas français

> Renaud Crespin, docteur en science politique

Dans le présent numéro, P. Peretti-Watel évoque la mise en risque du monde orchestrée par la prévention sanitaire et décrit le rôle central joué par la médicalisation des conduites dites à risque. Travaillant sur le recours aux techniques biologiques dans la définition des problèmes publics, Renaud Crespin nous donne à voir comment concrètement s'opérationnalise cette dérive de la prévention dans le milieu du travail.

À entendre les arguments avancés aujourd'hui en France pour promouvoir le recours au dépistage des drogues comme solution aux problèmes posés par l'usage de drogues dans le monde du travail, ces instruments biologiques auraient tout pour séduire aussi bien les dirigeants d'entreprises que les pouvoirs publics ou même les salariés. Désormais performantes et fiables grâce à des procédures scientifiquement validées, ces techniques de dépistage permettraient tout à la fois de résoudre les problèmes de sécurité au travail, de favoriser la conquête de marchés internationaux, de respecter les nouvelles responsabilités éthiques et juridiques qui incombent au chef d'entreprise, d'aider les médecins du travail à exercer leur mission de surveillance de la santé et de conseil aux entreprises et cela tout en respectant l'autonomie des salariés¹.

Nous voudrions ici prendre quelque distance avec ce discours de promotion. À l'instar des

études qui, en science politique et en sociologie des sciences et des techniques, interrogent les processus d'instrumentation de l'action publique, un premier déplacement sera de nous déprendre des approches fonctionnalistes qui véhiculent l'idée d'une neutralité des techniques². En effet, loin d'être neutres, les techniques de dépistage des drogues sont porteuses de théorisations politiques implicites qui placent les individus au travail dans des relations spécifiques de pouvoir³. Or ces relations ne sont pas stables dans le temps. Le recours à l'histoire s'avère donc nécessaire.

Nous proposons ainsi un bref retour sur la carrière française du dépistage des drogues au travail afin de repérer certains changements intervenus dans le cadrage public de ce problème. Nous verrons alors que la diffusion actuelle des instruments de dépistage est indissociable des transformations qui, depuis vingt-

1. Comité Consultatif National d'Éthique, Usage de l'alcool, des drogues et toxicomanie en milieu de travail. Enjeux éthiques liés à leurs risques et à leur détection, avis n°114, Paris, avril 2011, 29p.

2. Lascoumes P. et Le Galès P., Gouverner par les instruments, Paris, Presses de Sciences Po, 2005.

3. CRESPIN R. « Quand l'instrument définit les problèmes. Le cas du dépistage des drogues dans l'emploi aux États-Unis », in Gilbert CL., Henry E., Comment se construisent les problèmes de santé publique, Paris, La découverte, novembre 2009, p. 215-236.

cinq ans, modifient la hiérarchie des savoirs et des expertises légitimes dans le champ de la lutte contre les toxicomanies.

Le dépistage est-il une solution nouvelle ?

Non, en France la régulation publique de ces instruments débute à la fin des années 1980. C'est en effet en 1989 que, sous la pression commerciale du laboratoire pharmaceutique Syva-bioMérieux, la Mission interministérielle de lutte contre les toxicomanies (MILDT) sollicite l'expertise de plusieurs organismes administratifs sur les conditions d'usage de ces instruments dans le milieu professionnel. Présentant ses conclusions en octobre 1989 dans un avis sur « le dépistage des toxicomanies dans l'entreprise », le Conseil consultatif national d'éthique (CCNE) est le premier organisme à se prononcer. S'inspirant des travaux antérieurs du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels (CSPRP) sur le problème posé par la séropositivité dans l'entreprise, le CCNE estime qu'en matière de toxicomanie un même principe de « non discrimination » doit s'appliquer. Ce premier cadrage est précisé l'année suivante par le CSPRP qui confirme une logique de « despécification » du problème de la toxicomanie dans l'entreprise, tout en prenant en compte les exigences de sécurité liées à certains postes « sensibles ». Pour autant, si la question n'est pas nouvelle pour les pouvoirs publics, la façon de la traiter a subi une évolution significative. En effet, en 1990, le CSPRP réfutait l'idée que la toxicomanie puisse être réduite à une simple prise de produit ou à une dépendance physique et/ou psychique à un produit toxique pour le système nerveux central. L'accent était mis sur le sujet et le « vécu toxicomane » appréhendé dans toute la complexité de ses manifestations et notamment des contradictions propres à la notion de dépendance. Cette approche amène le groupe à relativiser l'ampleur du problème dans le cadre des relations de travail. En effet, *a contrario*, est considéré comme



« toxicomane » une personne qui est non seulement dépendante à un produit mais qui de plus a « relégué au second plan tous ses autres investissements affectifs et sociaux ». Or, selon le CSPRP, cette définition correspond à environ 150 000 personnes en France, dont un quart seulement exerce une activité professionnelle. En conséquence, si le dépistage peut apparaître justifié dans un cadre thérapeutique, le groupe conclut à son inutilité comme instrument de diagnostic ou d'évaluation des capacités d'un sujet à effectuer certaines tâches. Au début des années 1990, les régulations publiques cadrent donc les tests comme outil d'appréciation des conditions d'aptitude au travail, excluant tout usage systématique dans les entreprises sauf pour les postes de sécurité. Dans le même temps, l'adoption d'une législation anti-discriminatoire, qui sanctionne pénalement les discriminations liées à l'état de santé, devait offrir une protection supplémentaire aux salariés consommateurs de produits psychoactifs. Mais l'absence de définition limitative de la notion de « poste de sécurité » par les pouvoirs publics laissait aux entre-

prises la latitude d'interpréter cette notion selon leurs besoins propres. Or, à partir des années 1991-1992, on observe une progressive publicisation de la consommation de produits psychoactifs au travail couplée à une offre toujours plus pressante d'instruments de dépistage. Si ce couplage entre un problème et sa solution tend à élargir la notion de poste de sécurité, sa mise en visibilité peut schématiquement être analysée comme le résultat de trois types de mobilisation se fondant sur des savoirs et des méthodes d'expertises qui vont traduire la consommation de drogues en risques pour les entreprises.

Une mobilisation des médecins du travail

En novembre 1993, l'Association française d'études des déviances et de leurs conséquences sur l'aptitude physique (AFEDCAP), qui rassemble des professionnels de la santé, organise un colloque sur le thème « toxicomanie et travail⁴ ». Plusieurs présentations rendent compte des difficultés rencontrées par les médecins du travail pour déterminer l'aptitude de certains candidats consommateurs de drogues à des postes de sécurité ou de sûreté. Inquiets de l'absence de réponse publique aux questions nouvelles posées par le développement des toxicomanies, les médecins du travail de l'AFEDCAP se proposent d'homogénéiser leurs pratiques en précisant le cadre de leurs actions. Si l'approche prônée fait une place non négligeable aux soins et à la clinique, l'accent est mis sur la prévention, conformément au rôle imparti au médecin du travail. Ce dernier, comme l'écrit le docteur Raymond Trarieux, président de l'AFEDCAP, a pour devoir « d'évaluer les dangers relatifs à tel ou tel poste à risque ou tel ou tel poste de sécurité ou de responsabilité. L'extrême difficulté semble toujours pour lui, comme pour la Direction d'ailleurs, de discerner les risques potentiels⁵ ».

Au cours des années 1997-1998, la mise en évidence d'une croissance de la consommation de drogues dans la société pose à nouveau le problème de sa prévention dans le monde du travail. La définition d'un traitement de la toxicomanie en entreprise fait l'objet de plusieurs publications. L'une d'entre elles, co-écrite par le docteur Tra-

rieux et Jean-Luc Maxence, directeur d'un centre d'aide et de soins aux toxicomanes (DIDRO), fait date comme la première tentative pour placer le dépistage au cœur d'une démarche de prévention globale des drogues en entreprise⁶. Soucieuse de ne pas réduire le problème de la toxicomanie en entreprise à la simple prise d'un produit licite ou illicite, l'approche développée plaide pour l'intégration du dépistage des drogues dans des actions de prévention et d'information sur les risques toxicomaniaques. Se fondant sur les actions menées depuis le début des années 1990 par le centre DIDRO avec des entreprises comme la SNCF, Peugeot ou le Centre d'énergie atomique, les auteurs insistent pour que les campagnes de prévention puissent associer l'ensemble des partenaires : le personnel, ses représentants, l'employeur, ainsi que les Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Parmi ces acteurs, le « rôle pivot » doit être confié, conformément aux textes en vigueur, au médecin du travail. Mettant en avant la fiabilité nouvelle des tests de dépistage des drogues, les auteurs envisagent leur utilisation comme un moyen d'aide au diagnostic car les signes cliniques d'une toxicomanie sont, pour eux, peu évidents ou même inexistantes. Prenant acte des régulations émises par le CSPRP, les auteurs regrettent que n'ait pas été établie une liste d'activités ou de postes de travail impliquant nécessairement un dépistage. Ce dernier apparaît aux auteurs particulièrement justifié lorsque l'employé occupe un poste à risque puisque la conduite toxicomaniaque augmenterait le risque inhérent à ce type de poste.

On comprend alors que parce qu'ils permettent d'assurer la précision d'un diagnostic, les tests sont perçus comme indispensables pour évaluer l'aptitude d'un salarié à occuper un poste de sécurité. L'avis rendu par le médecin du travail dans la fiche d'aptitude engage sa responsabilité comme celle de l'employeur, qui peut être mis en cause à la suite de fautes commises par ses salariés. Le recours aux tests se trouve ainsi constitué en « garantie pour autrui » notamment pour les postes comportant sur le plan de la sécurité et de la maîtrise du comportement de hautes exigences.

4. AFEDCAP *Informations*, « Toxicomanie et travail », n° 3, 1994, 145 p.

5. MAXENCE J.-L., TRARIEUX R., « Toxicomanies et milieu du travail : la prévention des drogues en entreprise », *Toxibase*, 3^e trimestre 1998.

6. MAXENCE J.-L., TRARIEUX R., op. cit., p. 1-11.

Savoirs experts et promotion du dépistage

Depuis le milieu des années 1990, les progrès des techniques de dépistage viennent plaider en faveur de l'utilisation des tests de dépistage des drogues. En effet si le CSPRP soulignait, à la fin des années 1980, le manque de sensibilité et de spécificité des tests urinaires utilisant des procédés immunologiques, au début des années 2000, les instruments disponibles deviennent plus performants notamment s'ils sont couplés à des examens de confirmation⁷. Ces examens reposent sur l'utilisation de techniques de spectrométrie de masse dont la simplification permet des usages plus diversifiés⁸. En France, la promotion de ces techniques est notamment assurée par la Société française de toxicologie analytique (SFTA) qui mène un double travail de réflexion interne et de communication externe donnant à cette organisation toutes les apparences d'un « think tank », comme le montre son organigramme⁹. Ainsi en 2002, par le biais de sa revue *Annales de toxicologie analytique*¹⁰, la SFTA, après plusieurs publications en faveur d'un dépistage des drogues au volant, publie un numéro entier consacré au dépistage des drogues en milieu professionnel¹¹. Se référant aux politiques de dépistage des drogues telles qu'elles existent aux États-Unis ou en Grande-Bretagne, l'objectif affiché est de faire accepter les dépistages des drogues en milieu professionnel¹². L'analyse du contenu des articles de ce numéro spécial permet de caractériser quatre registres d'arguments justifiant le recours au dépistage dans le milieu professionnel tout en inscrivant le problème posé par la consommation des drogues au travail dans le champ de la lutte contre les addictions.

Les besoins de connaissances épidémiologiques

L'un des arguments porte sur l'intérêt de développer des études épidémiologiques sur la prévalence de la consommation de produits psychoactifs en entreprise. C'est le sens des travaux du docteur Fontaine, toxicologue industriel, qui, depuis le milieu des années 1990, a tenté d'évaluer les risques liés à la toxicomanie au travail

grâce à différentes études menées par un réseau associant médecins du travail et toxicologues¹³. En 2002, le docteur Fontaine regrette que ce type de travaux soit freiné par des obstacles de différentes natures (éthique, technique, financier, temporel, culturel, pratique) car pour lui l'interrogatoire seul de salariés ne permet pas d'appréhender le phénomène de conduite addictive en milieu professionnel et en conséquence il s'avère nécessaire de le coupler à un dépistage biologique¹⁴. Pour cela deux principaux obstacles doivent être levés afin de favoriser la connaissance épidémiologique. Le premier est l'obstacle « éthique ». Ces normes, rappelées dans les régulations publiques, obligent d'une part à informer les salariés sur la nature du dépistage et, d'autre part, à obtenir au préalable leur consentement, ce qui crée un biais dans les échantillons de salariés participant aux enquêtes. Le second obstacle est réglementaire. Pour obtenir des échantillons représentatifs, le docteur Fontaine plaide pour que les entreprises prévoient une politique systématique de dépistage pour les postes de sûreté/sécurité.

Des arguments toxicologiques, neurobiologiques et cognitivo- comportementaux

Dans ce même numéro des *Annales de toxicologie analytique*, la dangerosité des drogues pour les entreprises est également démontrée par la mobilisation d'analyses fondées sur des expertises neurobiologiques. Les variables contextuelles (types de poste) et/ou personnelles (vécu toxicomaniaque du sujet) de la prise de produits sont évacuées pour centrer l'expertise sur ses effets sur le système nerveux central, tranchant ainsi avec les analyses plus nuancées proposées par d'autres spécialistes de la toxicomanie¹⁵. La démonstration de la dangerosité des drogues, par le prisme de leurs effets, repose sur un procédé rhétorique qui consiste à glisser constamment d'un registre argumentaire à l'autre : l'un neurologique et l'autre cognitivo-comportemental. Ainsi, en ce qui concerne les effets du cannabis, seules deux modalités d'usage sont présentées sans être davantage précisées¹⁶ : l'usage occasionnel ou fréquent et prolongé. Dans le cas d'un usage occasionnel,

7. FONTAINE B., LEGRAND P.M., PAMART B., ELOY E., FRIMAT P. et al., « Évaluation de 7 tests rapides pour le dépistage des substances psychoactives dans le cadre de la médecine du travail », INRS, document pour le médecin du travail, n°87, 3^e trimestre 2001, p.321-324.

8. Développée par des toxicologues et des pharmacologues, cette technique, couplée à la chromatographie, offre, comme l'indique un éditorial de 1999 de la revue professionnelle *Toxicorama*, des possibilités d'application : « innombrables [...] concernant aussi bien des médicaments, des drogues, des produits phytosanitaires que des toxiques naturels ». MARQUET P., « Éditorial : l'avenir de la LC-MS et de la LC-MS/MS en toxicologie », *Toxicorama*, vol. XI, n° 2, 1999.

9. À côté de plusieurs commissions dont les travaux portent sur des aspects scientifiques et techniques (toxicologie hospitalière, contrôle de qualité, groupe de travail sur la toxicologie clinique ou les toxiques industriels), on trouve d'autres groupes de travail dont les activités touchent directement à la promotion de la toxicologie dans divers espaces sociaux. C'est le cas notamment des commissions « accréditation » ou « drogue et sécurité routière » ou encore du groupe de travail « toxicomanie en milieu professionnel » dont une part importante des activités est relative aux questions légales et éthiques soulevées par le dépistage.

10. Anciennement *Toxicorama*.

11. *Annales de toxicologie analytique*, n°1, vol. XIV, 2002. Certains articles feront l'objet en 2003 de communications orales lors de salons professionnels tel que Forum Labo. Créé en 1992, Forum Labo et son extension Forum Biotech sont parmi les plus importants salons professionnels de biotechnologie en France. Leur spécificité est d'articuler des journées scientifiques avec la promotion de nouvelles technologies tout en proposant des sessions de réflexion à l'interface entre « science et société ».

12. VERSTRAETE A., DEVEAUX M., « Historique du dépistage des conduites addictives en milieu professionnel en Europe et aux États-Unis », *Annales de toxicologie analytique*, n°1, vol. XIV, 2002.

13. L'objectif était d'analyser les conséquences d'une toxicomanie, entendue comme la consommation de substances psychoactives (alcool, médicaments et drogues licites ou illicites) sur la vigilance et l'aptitude des salariés au travail. FONTAINE B., « Les réactions des médecins du travail », Actes du colloque : *Médicaments et aptitude à la conduite automobile*, La prévention routière, 30 octobre 2000.

14. FONTAINE B., « Substances psychoactives et travail : approche épidémiologique », *Annales de toxicologie analytique*, n°1, vol. XIV, 2002.

15. Pour une revue de littérature scienti-

fique faisant le point sur le sujet voir notamment : *Toxibase*, « L'usage problématique de cannabis », numéro spécial *Toxibase-Crips*, n° 12, février 2004, 82 pages.

16. Rien n'est dit par exemple sur la quantité et la fréquence des consommations ni sur le type de produit (haschich, cannabis, huile) ou le mode d'absorption (inhalation, ingestion) entraînant les symptômes décrits. De même, aucune indication sur le profil social ou médical des consommateurs n'est apportée.

17. « Le dysfonctionnement cérébral induit par la prise de ces stupéfiants modifie plus ou moins profondément le comportement du sujet qui ne sera plus en mesure de juger sainement une situation critique et pourra, en conséquence, soit sous-estimer le risque ou au contraire aura tendance à augmenter la prise de risque et dans certaines circonstances à favoriser l'accident. ». ANGER J-P, « Principaux effets psychiques des stupéfiants : risque en milieu professionnel », *Annales de toxicologie analytique*, n° 1, vol. XIV, 2002.

18. FRIMAT P., NISSE C., *op. cit.*

19. Le docteur P. Mura déclare ainsi : « S'il a été démontré que l'aptitude à conduire un véhicule en toute sécurité était largement altérée par un usage récent de cannabis, qu'en est-il des conséquences de cette consommation chez des sujets qui occupent des postes de travail dans lesquels les fautes professionnelles peuvent mettre en péril l'entreprise et/ou la collectivité? ». MURA P., « Cannabis sativa var. indica : une menace croissante pour les entreprises », *Annales de toxicologie analytique*, n° 1, vol. XIV, 2002.

20. Sur ces questions CRESPIEN R., « Drogues et sécurité routière. Changement politique ou nouvel usage des instruments? », *Revue française de science politique*, Vol. 56, n° 5, p. 813-836.

21. Le docteur Patrick Mura écrit ainsi que : « L'altération des performances cognitives et psychomotrices, les troubles de l'attention, de la mémoire immédiate et de la perception sensorielle induits par une consommation de cannabis suffisent largement pour expliquer ce risque accru d'accidents du travail. ».

22. DAVENAS L., PÉPIN G., « Conséquences juridiques et financières de l'accident du salarié sous l'emprise d'une substance psychoactive », *Annales de toxicologie analytique*, n° 1, vol. XIV, 2002.

les effets « principaux » décrits vont des « perturbations sensorielles » aux « hallucinations », en passant par « la diminution des performances intellectuelles, motrices et cognitives » pouvant aboutir à une « décompensation psychotique se traduisant par un syndrome délirant organique ». L'usage « fréquent et prolongé » conduit quant à lui, sans autre précision, du « syndrome amotivationnel » à « l'altération du fonctionnement intellectuel et ralentissement de la pensée » pour finalement favoriser « la survenue de schizophrénie ». La description des symptômes sert alors à soutenir une explication de comportements présentés comme incompatibles avec une activité de travail nécessitant le « contrôle de soi ». Incompatibilité qui va bien au-delà des seuls postes de sécurité pour concerner tout poste « nécessitant concentration et lucidité ». De plus les consommations de stupéfiants par certains salariés sont désignées comme potentiellement dangereuses pour autrui¹⁷. Aussi, pour les entreprises qui doivent en assumer les conséquences, le dépistage est-il présenté comme la solution pour prévenir les risques qu'induirait une toxicomanie, à savoir : troubles du comportement, absentéisme, accident, baisse de la vigilance ; le travail de prévention, par le dépistage, de ces comportements devant revenir à la médecine du travail¹⁸.

Le dépistage comme solution aux conséquences de la consommation de drogues pour les entreprises

Reprenant les conclusions d'études publiées aux États-Unis au cours des années 1980, plusieurs articles justifient également l'utilisation des tests afin de prévenir les coûts financiers induits par la consommation de drogues pour les entreprises. C'est le cas de l'article du docteur Patrick Mura, toxicologue au CHU de Poitiers¹⁹, qui s'avère une véritable charge contre le cannabis et ses effets dans le monde du travail. Pourtant, aucune évaluation de la consommation du cannabis dans le monde de l'entreprise n'est fournie. Les seules données chiffrées avancées ne sont qu'une transposition des résultats contestés d'une enquête menée dans le domaine routier²⁰. Dans un style « dramatisant », la démonstration des effets de la consommation de

cette drogue sur le travail se fonde sur deux études, l'une américaine, datant de 1990, qui « explique » que les consommateurs de cannabis ont des périodes plus longues et plus fréquentes de chômage, et l'autre, datant de 1976, qui montre que les chômeurs sont plus nombreux parmi les consommateurs de cannabis au Costa Rica. L'article en conclut que la consommation de cannabis est responsable d'une baisse de productivité et d'une hausse de l'absentéisme dans les entreprises. Le cannabis est également accusé d'accroître les accidents du travail et/ou les « erreurs professionnelles menaçant la vie d'autrui ». L'argumentation repose ici sur deux histoires courtes qui, sur le mode de la brève journalistique, permettent, tout en écartant les conditions et les situations de travail spécifiques à chaque accident, d'en désigner la cause grâce à l'expertise toxicologique : la présence de THC dans le sang²¹. L'article se termine par une synthèse des dangers représentés par le cannabis pour les entreprises : « Dans le meilleur des cas son influence sur l'organisme peut avoir comme conséquences une diminution de la productivité et une augmentation de l'absentéisme. Dans le pire des cas, les erreurs professionnelles aboutissent au décès du consommateur ou d'autrui. » En conclusion, l'auteur fait « un appel » en faveur de mesures « de prévention » dans lesquelles s'inscrit l'usage des tests de dépistage des drogues. Il s'agit de souligner que l'usage préventif du dépistage ne vise pas uniquement les accidents du travail ou les coûts de l'éventuel absentéisme des salariés mais également l'engagement des responsabilités respectives de l'employeur et de l'employé. Ainsi, en apportant la preuve d'une consommation de drogues par un employé impliqué dans un accident, les résultats des tests permettraient d'exonérer la responsabilité pénale d'un employeur et donc de réduire voire de supprimer les indemnités auxquelles peuvent prétendre la ou les victimes ainsi que leurs ayant-droits²².

Entre sanitarisation et individualisation : le dépistage des addictions

En 2003, ces registres argumentaires ont fortement inspiré les conclusions d'un rapport du

sénat intitulé « Drogue : l'autre cancer²³ ». Favorable à un renforcement de la répression en matière de lutte contre la drogue, ce rapport reprend dans plusieurs sections consacrées au milieu professionnel les analyses et les expertises présentées plus haut et notamment celle de la SFTA sur la dangerosité des drogues²⁴. Face à l'usage de drogues et à leurs conséquences dans les entreprises, le recours au dépistage est ainsi expressément souhaité. Au cours des années suivantes, le problème posé par les drogues au travail et la solution du dépistage ne cessent de gagner en visibilité sous l'impulsion des pouvoirs publics et de la mise en œuvre du plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les dangers provoqués par la consommation des produits illicites, du tabac et de l'alcool. Si les travaux d'experts²⁵, les colloques²⁶ et les rapports²⁷ réalisés dans le cadre de ce plan de lutte promeuvent le recours au dépistage comme solution aux problèmes posés par les drogues au travail, ils consacrent également une approche par les addictions²⁸. Dans le domaine du travail, les usages de produits psychotropes deviennent ainsi des facteurs de risques pour les entreprises, langage du *risque* qui marque une *sanitarisation* du problème et de sa solution, ce qui conduit à induire et à préciser de nouveaux modes d'action. Il s'agit dorénavant d'observer l'incidence mais aussi de lutter contre les conséquences des addictions entendues comme des risques de diverses natures, les instruments de dépistage s'avérant d'autant mieux ajustés à cette nouvelle définition de la consommation de drogues qu'il doivent permettre non seulement de quantifier ces risques grâce à des études épidémiologiques, mais également de les prévenir en repérant les salariés qui s'adonnent à ces consommations. En avril 2011, le dernier avis rendu par le CCNE s'inscrit dans cette approche par les addictions pour légitimer le recours au dépistage²⁹. Le CCNE reconnaît certes que le contexte professionnel peut jouer un rôle important dans le développement de l'usage de produits mais rappelle que ce sont les facteurs personnels, familiaux et sociaux qui jouent un rôle décisif dans l'usage de produits illicites et dans l'addiction à ceux-ci ou à l'alcool. De plus, si l'état d'addiction est considéré comme une

maladie, dont la différence avec le simple usage n'est pas spécifiée, il génère des comportements qui présentent un certain nombre de risques pour les entreprises comme pour les individus. À la question de savoir quels sont ces risques, on notera d'abord que la logique de faute individuelle demeure très présente, le CCNE affirmant, sans référence à l'appui, que : « *toute la réflexion contemporaine sur l'analyse des risques et l'accidentologie confirme la prédominance de fautes humaines (erreur d'appréciation et/ou d'action) dans la plupart des accidents catastrophiques (Bhopal, plateforme pétrolière, accidents ferroviaires graves) qui ont pu donner lieu à analyse détaillée, mais aussi des accidents banals. La consommation d'alcool et de produits illicites qui peuvent modifier l'attention, troubler la vigilance ou entraîner une perte de jugement, augmente à l'évidence ce risque d'erreurs.* »

Le dépistage pour prévenir quels risques ?

Pour autant trouve-t-on dans cet avis des études ou des données permettant, si ce n'est de quantifier, ne serait-ce que d'estimer les risques suscités par les consommations de drogues pour les entreprises ? Non, le CCNE n'apporte aucune donnée et se contente de renvoyer aux travaux menés dans le cadre du plan 2004-2008, sous-entendant par là que ces risques existent, ce qui est loin d'avoir été démontré. Or, faute de données précises, les formulations prêtent parfois à confusion. C'est notamment le cas lorsque le CCNE indique que « *dans le contexte professionnel, environ 10 % des salariés consommèrent régulièrement ou occasionnellement des produits illicites* ». Ce qui peut laisser entendre que 10 % des salariés consomment des drogues au travail. D'où viennent ces chiffres ? Du *Baromètre santé 2005*, qui est une enquête menée par téléphone auprès d'un échantillon représentatif de la population générale, dont un des objectifs était d'estimer la consommation de produits illicites chez les personnes ayant une activité professionnelle³⁰. Si les résultats obtenus permettent effectivement de dresser un tableau des consommations en fonction de catégories socioprofessionnelles, ils n'autorisent pas à en déduire que les personnes interrogées

23. OLIN N., PLASAIT B., « Drogue : l'autre cancer », Sénat, rapport d'information n° 321, 2 tomes, 2002-2003.

24. Auditionné le 12 février 2003, les travaux de P. Mura sont omniprésents tout au long du rapport.

25. MILDT, *Conduites addictives et milieu professionnel*, rapport au Premier ministre, décembre 2006, 32 pages.

26. MILDT-DGT, *Assises nationales : Drogues illicites et risques professionnels*, Paris, juin 2010.

27. REDONNET B., *Consommation de drogues en milieu professionnel, état des lieux des connaissances et des recherches menées en France*, OFDT, juin 2010, 13 pages. 28. Pour démystifier la visée englobante et consensuelle inhérente à la notion d'addiction, voir le très bel article de Nicolas Fortané : « La carrière des « addictions, D'un concept médical à une catégorie d'action publique », *Genèses*, vol. 1, n° 78, p. 5-24.

29. CCNE, « Usage de l'alcool, des drogues et toxicomanie », *op. cit.*

30. BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S., *et al.*, « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005 : exploitation des données du Baromètre santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte », *Tendances*, n° 48, 2006, 6 pages.

31. Sur ce point les données les plus fiables semblent celles de la SNCF qui effectue 100 000 tests de dépistage des drogues par an. En 2010, le pourcentage de résultat positif était de 0,8% soit 800 tests positifs dont 92% concerne le cannabis. On est bien loin de 10%. Pour une méthodologie de cette enquête voir: WENZKE M., RIGODEL I., « Dépistage urinaire systématique des substances psychoactives parmi le personnel SNCF affecté aux postes de sécurité des circulations ferroviaires. Bilan à deux ans », Actes du 29^e congrès national de médecine et santé au travail, *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, Vol. 67, n°2, 2006, p.214.

32. CNNE., *Usage de l'alcool, des drogues*, *op.cit.*, p. 7.

33. Dans ce type d'enquête la drogue illicite la plus fréquemment retrouvée est le cannabis. Ainsi dans une étude publiée 2004, elle est présente dans 8,5% des échantillons contre 0,1 pour la cocaïne. Ce résultat est assez logique puisque le cannabis est la drogue illicite la plus largement consommée en France et que pour cette drogue un test peut s'avérer positif plusieurs semaines après une consommation alors même que ses effets psychotropes n'excèdent rarement quelques heures. Cela signifie que l'information produite par les tests urinaires ne fait pas de différence entre un employé qui fait un usage occasionnel de drogues lors de son temps libre et un employé sous l'influence de drogues sur son lieu de travail. LABAT L., DEHON B., LHERMITTE M., « Prévalence de la consommation de produits modifiant la vigilance chez les transporteurs routiers dans la région Nord-Pas-de-Calais », *Annales de toxicologie analytique*, Vol. 16, n°4, 2004, p. 269-274.34. REDONNET B., *Consommation de drogues en milieu professionnel*, *op.cit.*, p. 10.

35. National research council, Institute of medicine, *Under the Influence? Drugs and the American Workforce*, NORMAND J., LEMPERT R.O., O'BRIEN C.P., (eds.), Washington DC, National Academy Press, 1994, p. 136 et s.

36. MARTIN J. K., BLUM T. C. *et al.*, "Drinking to Cope and Self-medication: Characteristics of Jobs in Relation to Workers Drinking Behaviour", *Journal of Organizational Behaviour*, vol. 13, n°1, 1992, p.55-71.

37. HARRIS M. M., HEFT L. L., "Alcohol and Drug Use in the Workplace: Issues, Controversies and Directions for Future Research", *Journal of Management*, vol. 18, n°2, 1992, p.239-266.

38. BERGERON H., « Nouvelle santé publique et individualisation », *Prospective Jeunesse: drogues-santé-prévention*, n°59, été 2011, p.10-17.

39. BEAUJOUAN L., CZERNICHOV S., *et al.*, « Prévalence et facteurs de risque de l'addiction aux substances psychoactives en milieu anesthésique: résultats de l'enquête nationale », *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, vol. 24, 2005, p.471-479.

consomment des drogues sur leur lieu de travail³¹. L'usage de ces données vise donc à dramatiser une situation où la grande majorité des professionnels de santé s'accorde à rappeler que le principal problème demeure celui de l'alcool³². En matière de drogues illicites et en particulier pour celle qui est le plus largement consommée en France, à savoir le cannabis et ses dérivés, il s'avère particulièrement difficile d'obtenir des données fiables. En effet, si certaines enquêtes menées à partir d'un dépistage d'échantillon d'urine démontrent que des salariés ont bien consommé des drogues³³, elles sont en revanche incapables de donner une information indiquant si un salarié est sous l'influence de drogues au moment du prélèvement. Cette incapacité découle des techniques biologiques utilisées qui ne détectent pas directement la présence des drogues mais seulement la réaction produite par le corps à la suite d'une consommation (métabolites). Il devient ainsi difficile de faire un lien entre consommation de drogues et accident du travail. C'est d'ailleurs ce que conclut la synthèse des travaux existants commandés par la MILDT à l'OFDT, même si son auteur envisage une solution en souhaitant que « la recherche sur les drogues et les risques professionnels pourrait davantage porter sur le rôle de substances dont les drogues illicites dans les accidents du travail, avec dépistage urinaire lors de la survenue d'un accident, ce qui permettrait de déterminer l'impact de ces substances sur le nombre d'accidents³⁴ ». À première vue, cette piste de recherche paraît séduisante mais elle se heurte, elle aussi, à un obstacle que l'abondante littérature américaine sur le sujet a permis de mettre en évidence. En effet, aux États-Unis les tests ont été utilisés dans de nombreuses études statistiques visant à évaluer l'influence de la consommation de drogues sur les accidents du travail ou l'absentéisme des salariés³⁵. Or, aucune étude n'a été réellement concluante car les tests ne permettent pas d'établir de lien de causalité. Cette impossibilité tient au fait que, contrairement à l'alcool, il n'existe pas, en matière de drogues, de relation documentée entre une quantité absorbée de produit et un niveau d'altération des facultés psychomotrices. Si ces études se sont avérées inca-

pables de répondre directement aux problèmes qu'elles posent, elles ont, en revanche, abouti à réduire l'explication des comportements à risques à la seule consommation de produits. De fait, d'autres variables liées, par exemple, aux conditions de travail ont été écartées ou marginalisées alors même qu'il semble raisonnable que des horaires décalés, des tensions hiérarchiques ou l'augmentation des cadences de travail puissent induire de l'absentéisme, des accidents ou des consommations de produits. De telles relations sont très complexes à établir, car elles nécessitent de pouvoir mener des enquêtes approfondies au sein même des entreprises³⁶. Or, dans les années 1980, les approches dominantes sont celles qui considèrent que l'usage de drogues par les salariés dépend davantage de leur profil psychosocial que des situations concrètes de travail³⁷. Les variables liées à l'environnement de travail se trouvent donc écartées au profit d'études qui expliquent que consommer des drogues sur son lieu de travail est le fait d'individus ayant des personnalités anticonformistes, rebelles ou déviantes. En France, ce type d'approche centrée sur les individus domine les recherches, comme le montrent les travaux réalisés par la SFTA ou la référence plus ou moins implicite à la notion de faute individuelle pour qualifier ce type de consommation³⁸. En 2005, une enquête portant sur des médecins indiquait par exemple que les difficultés liées à l'environnement de travail ou une attitude négative vis-à-vis des conditions de travail étaient le plus souvent exprimées par des individus souffrant d'addiction³⁹. Ainsi, soit parce qu'elles se focalisent sur les produits consommés, soit parce qu'elles évacuent les conditions de travail, ces différentes expertises et études stabilisent et renforcent la définition du problème posé par les drogues comme étant un problème de comportement et de responsabilité individuels. Par là même, elles légitiment le dépistage comme solution pour repérer et identifier ces salariés « déviants » qui, parce qu'ils consomment des drogues, représentent des risques pour les entreprises françaises.

En guise de conclusion, nous souhaiterions insister sur quelques-uns des effets les plus repérables du déploiement du dépistage des drogues

dans le cadre du travail. En s'adressant au salarié par le biais de son organisme, un des premiers effets du dépistage est d'assigner les individus dans des catégories fondées sur des comportements, catégories à partir desquelles ces individus seront ensuite traités et gérés, ce qui soulève la question du mode de prise en charge des salariés dépistés. S'agit-il, au nom d'un certain pragmatisme, de tenter de modifier un comportement source de troubles dans l'entreprise, ou de reconnaître le salarié comme un sujet dont la consommation éventuelle de produits serait le signe d'une difficulté à répondre aux exigences sociales de certains types d'organisation du travail ? Certes les dispositifs et les pratiques adoptés sont encore balbutiants mais le mode de prise en charge aujourd'hui promu par les pouvoirs publics oriente les possibles à venir⁴⁰. Il semble ainsi que l'on se dirige vers une logique de *normalisation* des comportements déviants par le biais de procédures de réhabilitation devant permettre d'induire chez le salarié dépisté positivement un changement de comportement par réajustement progressif du comportement inadapté⁴¹. En cela, l'accent mis sur l'autonomie supposée des salariés rend de telles orientations particulièrement congruentes avec les nouvelles politiques de santé publique d'inspiration néolibérale, qui misent sur la capacité des individus à se conformer aux exigences de l'entreprise⁴². À bien des égards le dépistage s'avère donc rassurant, prometteur et disponible, car il est techniquement facile à mettre en œuvre et coïncide avec les idéaux du nouveau management bureaucratique : l'évaluation et l'efficacité. Or, ce mode de gestion conduit également les individus à se penser eux-mêmes selon les exigences et les attentes prescrites par ces catégories, selon la formule

particulièrement répandue du « tous addicts ». Mais ce qui apparaît encore plus central réside dans le fait que les tests participent à la construction même de ces catégories. Ainsi participent-ils à faire exister les problèmes qu'ils sont censés résoudre, l'existence d'un problème de productivité et de sécurité pour les entreprises étant reconnue parce que les études épidémiologiques identifient effectivement des employés consommateurs de drogues.

Un autre effet des tests de dépistage des drogues est que ces instruments affectent la définition du problème des drogues au travail, pensé comme un problème individuel. En cela, les politiques de dépistage participent bien de cette dynamique d'individualisation à l'œuvre depuis les *XVI^e* et *XVII^e* siècles., dont une des dimensions repose sur ce que l'on peut appeler avec M. Foucault la transformation des modes de connaissance de l'homme⁴³.

Ce qui nous amène à souligner un dernier effet des instruments de dépistage : leur usage a tendance à simplifier la complexité des situations de travail. Or cela n'est pas sans conséquence sur les interactions sociales propres au travail. En effet, dans un contexte de désépécification des tâches de travail, ou de travail sans qualité pour reprendre l'expression que Sennett emprunte à Musil, les employeurs n'ont plus de temps pour « connaître » leurs employés ; le caractère binaire des résultats des tests, « positif » ou « négatif », permet ainsi d'accélérer les processus de recrutement ou de licenciement en substituant au contenu de la relation employeur-employé une information sommaire dans laquelle se trouve condensé tout un ensemble d'exigences sociales et morales liées au travail dans nos sociétés libérales

40. Le CCNE promeut ainsi : « une politique d'accompagnement des agents chez lesquels une addiction à l'alcool ou aux produits illicites a été diagnostiquée (dans le respect du secret médical) et de reclassement de ces agents dans l'entreprise lorsque leur santé est rétablie. Ce volet est essentiel en termes de prévention, de dialogue social et de communication interne puisqu'il met l'accent sur l'aspect « pathologie » (qui correspond à la réalité de l'addiction) et non de « faute », et écarte également le risque de licenciement ». L'expérience américaine a montré qu'il était rare qu'une entreprise licencie dès le premier résultat positif, essentiellement pour des raisons de coût. Il est en effet moins rentable de former un nouvel employé que de « réhabiliter » un employé même si celui-ci consomme des drogues.

41. Procédures de réhabilitation standardisées en trois étapes sur le modèle adopté par la plupart des entreprises américaines. La première est le dépistage. En cas de résultat positif, s'ouvre une seconde étape dont l'objectif est d'amorcer un changement de comportement du salarié. Cette seconde étape est assurée par un service externalisé par l'entreprise, qui va du simple conseil téléphonique à une prise en charge plus globale. À l'issue de cette seconde phase, le salarié est de nouveau testé : c'est la troisième étape. S'il est négatif, il peut réintégrer l'entreprise mais il fera d'abord l'objet d'une période probatoire au cours de laquelle un nouveau dépistage positif entraînera des sanctions allant du déclassement au licenciement. Rien ne se perd.

42. Sur ces questions voir notamment : NOURY M., « Entre autonomie et responsabilité. L'individu au cœur des nouvelles stratégies de gouvernement de la santé », *Revue Sociologie Santé*, Vol. 31, 2010, p. 317-330.

43. FOUCAULT M., *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1963.

Protéger, soigner ou punir ?

Retour sur la loi de 1970 sur les stupéfiants

Jean Bérard, historien*

Depuis plus de 40 ans, la France organise sa politique de lutte contre les drogues avec le même cadre législatif, la loi de 1970 sur les stupéfiants. Cette loi a pour particularité d'avoir instauré une alternative de soins à la sanction : le « drogué » est aussi un « malade ». Toutefois, cette « troisième » voie ne doit pas faire illusion. Bien qu'introduit dans la loi, le principe de médicalisation n'a pas fait le poids face aux interprétations répressives et partant, à une tendance lourde à emprisonner les usagers de drogue. Pour Prospective Jeunesse, l'historien Jean Bérard revient sur les débats parlementaires hauts en couleurs qui ont présidé à la genèse de la loi. Très éclairant pour qui s'intéresse à la construction des représentations sociales dominantes en matière d'usages de drogue.

* Jean Bérard a soutenu en 2010 une thèse intitulée *Les métamorphoses de la question pénale. Les mouvements sociaux et la justice (1968-1983)* (à paraître en 2012 aux Presses de Sciences-Po). Il est notamment l'auteur, avec Gilles Chantraine, de *80 000 détenus en 2017 ? Réforme et dérive de l'institution pénitentiaire*, éditions Amsterdam, 2008.

1. GUILLAUME Pierre, « Un projet : la « Nouvelle société », in LACHAISE Bernard, LE BÉGUEC Gilles, SIRINELLI Jean-François (dir.), *Jacques Chaban-Delmas en politique*, Paris, Presses universitaires de France, 2007, p. 187.

2. DUPREZ Dominique, KOKOREFF Michel, « Les drogues, consommation et trafics », in MUCCHIELLI Laurent, ROBERT Philippe (dir.), *Crime et sécurité, l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 2002, p. 189.

3. BERNAT DE CELIS Jacqueline, *Fallait-il créer un délit d'usage illicite de stupéfiants ? Une étude de sociologie législative*, CESDIP, Études et données pénales, 1992, n° 54, p. 4.

En France, la loi de 1970 est le texte structurant, depuis quatre décennies, l'approche de la question des drogues. Revenir sur les conditions de son élaboration permet de comprendre de quelles façons se sont mises en place les problématiques qui n'ont depuis lors plus quitté l'espace public : l'atteinte aux libertés contre les impératifs de santé publique, l'incrimination pénale contre les espoirs de soin, la distinction du trafic et de l'usage. Le contexte de ces discussions est singulier : deux ans après mai 1968, le gouvernement oscille entre des tentatives vivement contestées pour maintenir l'ordre (par la loi anticasseurs notamment) et une volonté d'ouverture symbolisée par l'idée de « Nouvelle société¹ » du Premier ministre Jacques Chaban-Delmas, qui implique notamment de prendre garde à la préservation des libertés publiques.

La loi illustre ainsi une forme de réaction des pouvoirs publics à mai 1968 et à ses suites, sous l'angle du diagnostic d'un malaise singulier dans la jeunesse. Contrairement à celle des années quatre-vingt, « la génération des années soixante-dix provient pour une grande part de jeunes issus des couches moyennes ou supérieures. Leur rapport à la drogue est défini par la contre-culture, et leurs trajectoires peuvent se comprendre comme une rupture sociale et générationnelle, que symbolisent les idoles de la musique rock² ». C'est pourquoi « le but, politique, des décideurs, semble avoir été d'exorciser de leurs peurs et de conforter dans leur choix de société, les adultes de l'après-mai 68³ ». La question des drogues devient publique en 1969, lorsque des affaires médiatisées conduisent à un débat à l'Assemblée nationale. Le 28

mai 1969, lors d'une réunion au ministère de la Justice, un commissaire de police dit qu'il reçoit des visites de parents angoissés, qui disent que leurs enfants sont incités à la consommation de drogues par des provocateurs, et qu'il faut faire quelque chose sans poursuivre les enfants⁴. Les questions de députés au gouvernement se multiplient à l'automne 1969, et entraînent un débat à l'Assemblée le 24 octobre 1969. « Ce qui jette soudainement l'émoi, c'est le décès d'une jeune fille de 16 ans, morte à Toulon d'une overdose d'héroïne⁵ ».

Dans la presse parisienne 22 articles portent sur la drogue en septembre 1969, et 65 en

octobre. Les experts auditionnés par les députés expliquent qu'il y a un problème lié à l'extension de la consommation de drogues dans la jeunesse. Ils notent la diversité des produits et de leurs effets, et le fait que tous les consommateurs ne sont pas toxicomanes. Mais « les députés n'ont entendu qu'une chose : qu'il fallait s'inquiéter⁷ ».

Le 23 octobre, Pierre Mazeaud attire l'attention sur « l'émotion soulevée dans l'opinion publique par la multiplication des accidents causés, notamment dans les milieux de jeunes, par l'absorption de la drogue sous toutes ses formes⁷ ». Alain Peyrefitte dit craindre « une intoxication et même [...] une autodestruction de la jeunesse ». Pour le Parti communiste, Marie-Claude Vaillant-Couturier soutient le démantèlement des trafics, mais juge que la réponse policière n'est pas suffisante « pour détourner une fraction de la jeunesse des paradis artificiels⁸ ». Elle plaide pour une politique scolaire et universitaire, et pour la construction d'équipements sportifs permettant des « loisirs sains ». Ce premier débat pose les bases de la discussion de la loi de 1970. Malgré des différences d'analyses, il montre que l'accord se fait sur la réalité de l'apparition d'un phénomène inquiétant, sur la nécessité de légiférer, et sur celle de distinguer une jeunesse à protéger et des trafiquants à poursuivre et à punir.

Protéger la jeunesse

Lorsque, quelques mois plus tard, la question revient à l'Assemblée nationale sous la forme d'une discussion législative, le diagnostic sur le fait que la drogue est un phénomène récent et particulièrement inquiétant est partagé par l'ensemble des acteurs politiques⁹. Robert Boulin, ministre de la Santé publique et de la sécurité sociale, reprend l'idée d'une consommation croissante par les jeunes, et signale également

que l'opinion publique a été alarmée à l'été 1969, par des accidents mortels¹⁰. Il mentionne les efforts

Dans le discours des parlementaires de tous bords politiques, les toxicomanes sont, au moins potentiellement, les enfants de tous.

faits depuis des mois par les pouvoirs publics. Le 15 décembre 1969, deux circulaires ont été prises, une du ministère de la Santé, l'autre de la Justice défendant l'idée de réprimer durement les trafiquants, et de faire preuve de discernement concernant les usagers¹¹. Pierre Mazeaud, rapporteur de la loi, explique, selon une distinction qui sera de nombreuses fois reprises dans les débats, que certes « il serait faux de dire que notre pays découvre aujourd'hui le problème de la drogue », car la France a « connu certaines périodes où l'usage des stupéfiants était assez considérable ». « Toutefois, juge-t-il, jusqu'à une date récente, le problème de la drogue s'était posé en France essentiellement en termes de trafic », entre l'Orient et les États-Unis. Depuis quelques mois, se produit « un accroissement de la consommation de stupéfiants dérivés de l'opium comme l'héroïne, haschich, LSD 25, amphétamines, ou encore de mélanges ».

Le second trait du débat est la manifestation d'une inquiétude pour la jeunesse. Pierre Mazeaud explique que, « parce que ce phénomène frappe plus particulièrement les jeunes, parce qu'en cette matière le prosélytisme est la règle, parce qu'il s'agit d'un problème social, parce qu'à toutes ces causes spécifiques s'ajoute incontestablement une crise d'autorité ». Bernard Lemarié, le rapporteur du projet de loi au Sénat, s'alarme d'un usage des drogues par les jeunes

4. BERNAT DE CELIS Jacqueline, *op.cit.*, p. 97.

5. BERNAT DE CELIS Jacqueline, *op.cit.*, p. 106.

6. BERNAT DE CELIS Jacqueline, *op.cit.*, p. 134.

7. Pierre MAZEAUD, Assemblée nationale, question orale avec débat, séance du 23 octobre 1969, *Journal officiel*, p. 2895.

8. Marie-Claude VAILLANT-COUTURIER, Assemblée nationale, question orale avec débat, séance du 23 octobre 1969, *Journal officiel*, p. 2896.

9. Marie-Hélène DIENESCH, Assemblée nationale, troisième séance du 29 juin 1970, *Journal officiel*, p. 3305.

10. Robert BOULIN, Sénat, séance du 3 novembre 1970, *Journal officiel*, p. 1716.

11. Sénat, séance du 3 novembre 1970, *Journal officiel*, p. 1717.

« depuis deux ans surtout¹² », et estime de 20 000 à 40 000 le nombre de jeunes usagers. Il cite l'augmentation du nombre de personnes interpellées pour des questions de drogues, de 6 en 1965 à 186 en 1969 pour les moins de 19 ans, de 36 à 693 pour les 20-34 ans.

Cette perception en termes de génération est une clef de la compréhension de la structure de la loi et de la manière dont se déroulent les débats. Elle détermine les députés à agir vis-à-vis de cette jeunesse en tant que « parents¹³ ». Comme l'explique Pierre Mazeaud non sans lyrisme, « si nous n'y prenons pas garde, nous allons rejeter, enfermer à nouveau tout un groupe social dont l'erreur est de ne pas être dans la norme du moment. Mais, en le faisant, c'est nous-mêmes que nous condamnerions, car il s'agit tout banalement de nos propres fils¹⁴ ». Les usagers de drogue ne sont pas considérés selon une appartenance de classe, et encore moins en les assimilant au monde de la délinquance. Dans le discours des parlementaires de tous bords politiques, les toxicomanes sont, au moins potentiellement, les enfants de tous. Pierre Mazeaud explique que « la drogue peut amener l'intoxiqué en état de manque au vol, à

la prostitution, voire au meurtre ». Il ne s'agit donc pas tant de réprimer un délinquant que de prévenir un risque de délinquance qui concernerait, à cause de la drogue, des personnes qui, sans cela, en auraient été tout à fait prémunies.

Soigner ou punir ?

Pour cette raison, il est nécessaire de déterminer une autre figure pour le toxicomane que celle du délinquant. Le consensus chez les parlementaires est de retenir l'image du malade : « Il s'agit plus d'un malade que d'un délinquant¹⁵ » (Pierre Mazeaud) ; « les troubles mentaux créés chez le drogué annihilent sa volonté¹⁶ » (Marie-Claude Vaillant-Couturier) ; avec l'héroïne, « l'altération de la personnalité devient complète¹⁷ » (Édouard Le Bellegou, député socialiste). La description consensuelle du toxicomane en jeune malade dans une société qui ne lui offre pas suffisam-

ment de perspectives, pose la question du traitement législatif de l'usage de drogue. Un argument opposé à la pénalisation est celui de la liberté individuelle. La raison principale évoquée pour légitimer de porter atteinte à cette liberté est le fait que les jeunes s'inscrivent dans un État protecteur, qui, en particulier, garantit le droit d'accès aux soins. L'État a donc le droit d'interdire un usage « pernicieux pour la santé publique¹⁸ ».

La reconnaissance de la légitimité de l'incrimination laisse le problème le plus délicat entier. En effet, les députés de tous bords expliquent que la loi pénale doit exister, mais dans le but paradoxal de ne pas avoir à être utilisée. Comme l'explique Pierre Mazeaud, d'un côté, « la possession d'une substance interdite doit rester une infraction, sinon la société ne pourrait pas intervenir, ni même obliger le toxicomane à se soumettre à un traitement ». De l'autre, « l'intoxiqué bénéficiera d'une sorte d'excuse et ne se verra par conséquent pas poursuivi lorsqu'il se soumettra à la mesure médicale de désin-

toxication dans un établissement spécialisé ». « Dans aucun pays, la répression n'a réglé le problème de la toxicomanie. C'est

Le consensus chez les parlementaires est de retenir l'image du malade.

la raison pour laquelle n'est envisagée que subsidiairement la sanction pénale¹⁹ ». L'accord n'est pas parfait mais il est très large autour du dispositif proposé. Le projet du gouvernement réunit la droite et la gauche autour de l'idée qu'il faut « considérer la toxicomanie comme un nouveau fléau social qu'il s'agit d'endiguer par des mesures sanitaires plutôt que par une simple répression²⁰ ».

Le texte consacre donc une innovation pénale partielle, l'instauration d'une mesure de soin sous menace pénale. Ainsi, « la loi de 1970 contient des dispositions autant pénales que sanitaires : elle incrimine l'usage privé de produits classés comme stupéfiants et instaure en regard, la règle d'anonymat et la gratuité pour celui qui accepte de rentrer dans une démarche de soin, ce qui signifie un projet d'abstinence. L'usager qui ne veut pas ou ne peut pas envisa-

12. Bernard LEMARIÉ, Sénat, séance du 3 novembre 1970, *Journal officiel*, p. 1711.

13. Georges SPÉNALE, Assemblée nationale, question orale avec débat, séance du 23 octobre 1969, *Journal officiel*, p. 2895.

14. Pierre MAZEAUD, Assemblée nationale, troisième séance du 29 juin 1970, *Journal officiel*, p. 3305.

15. Pierre MAZEAUD, Assemblée nationale, troisième séance du 29 juin 1970, *Journal officiel*, p. 3303.

16. Marie-Claude VAILLANT-COUTURIER, Assemblée nationale, troisième séance du 29 juin 1970, *Journal officiel*, p. 3307.

17. Édouard LE BELLEGOU, Sénat, séance du 3 novembre 1970, *Journal officiel*, p. 1718.

18. Robert BOULIN, Sénat, séance du 3 novembre 1970, *Journal officiel*, p. 1718.

19. Pierre MAZEAUD, Assemblée nationale, troisième séance du 29 juin 1970, *Journal officiel*, p. 3304.

20. Marie-Hélène DIENESCH, Assemblée nationale, troisième séance du 29 juin 1970, *Journal officiel*, p. 3306.

ger l'abstinence, tombe ainsi dans la prise en charge pénale de l'usage de drogues²¹ ». Cette innovation est la solution au dilemme posé par la drogue qui apparaît au législateur comme un produit devant demeurer illégal par la menace qu'il fait peser sur une jeunesse qui n'est pas une clientèle pénale habituelle. C'est pour cela que Jacqueline Bernat de Celis juge que la pénalisation de l'usage de drogue est « une incrimination non voulue pour elle-même²² ».

Il en va tout autrement des trafiquants. En effet, le second axe de la loi est le durcissement des sanctions pour le trafic, de 2 à 10 ans de prison, et de 50 000 à 50 millions de francs d'amende. Cette idée fait l'objet d'un consensus total, même si des débats ont lieu sur des points de procédure. Un trait frappant de la description des trafiquants par les parlementaires est qu'elle dessine l'image exactement renversée de celle de l'usager jeune et malade : ce sont, explique Robert Boulin, « des individus pour lesquels il convient d'être sans pitié²³ ». Le socialiste Marcel Massot en dresse ainsi le portrait : « Tous les avocats et tous les magistrats qui s'occupent de toxicomanie et de stupéfiants sont unanimes à dire que les trafiquants sont tous, ou à peu près tous, des étrangers qui nous viennent en général d'Algérie, d'Orient ou d'Extrême-Orient, et que les trafiquants ne sont jamais des intoxi-

qués. Ils n'ont d'autres soucis que de satisfaire leur esprit de lucre, au mépris de la santé de notre jeunesse²⁴ ». L'opposition frontale entre « notre » jeunesse et des délinquants étrangers satisfait parfaitement à la définition d'une clientèle contre laquelle doit s'appliquer dans toute sa rigueur la rationalité pénale. Le texte fait donc une double opération pénale : d'une part, l'espoir d'une action par la pénalité contre le trafic, par la création d'un régime d'exception dans les règles de procédure et par l'aggravation des sanctions ; de l'autre, l'espoir d'une action contre l'usage, par une action à la marge des règles pénales.

À cet accord politique transpartisan s'opposent les sarcasmes de la jeunesse protestataire. Ainsi, les maoïstes de *Vive la révolution* publient une photographie de Sartre une cigarette à la main avec comme légende : « Attention cet homme pourrait être un ancien toxicomane²⁵ ». Le journal critique la loi et le discours psychiatrique sur la dépendance, sur les « troubles du comportement » et le « dépistage de la toxicomanie ». Il présente une « Proposition de loi sur la lutte contre la toxicomanie législative et journalistique » : « Article premier et dernier : il est interdit à quiconque de légiférer sur les comportements des gens, sous prétexte de spécialité médicale ou de capacité scientifique²⁶ ».

21. BARRÉ Marie-Danielle, BÉNEC'H-LE ROUX Patricia, *Approche sociologique des acteurs de première ligne, travaillant dans le cadre de la politique de réduction des risques liés à la toxicomanie, étude d'un espace professionnel déviant*, CESDIP, Études et données pénales, 2004, n° 95, p. 17.

22. BERNAT DE CELIS Jacqueline, *op.cit.*, p. 95.

23. BERNAT DE CELIS Jacqueline, *op.cit.*, p. 95.

24. Marcel MASSOT, Assemblée nationale, troisième séance du 29 juin 1970, *Journal officiel*, p. 3307.

25. *Tout!*, n° 8, 1^{er} février 1971.

26. *Ibidem*.

Le projet TADAM de traitement assisté par héroïne pharmaceutique : une approche pragmatique et médicale

Entretien avec Jonathan Meurice, coordinateur général faisant fonction de la fondation privée TADAM

Associant la Ville et la Province de Liège à quatre hôpitaux locaux, la fondation privée TADAM assure la gestion du centre de délivrance du projet pilote liégeois de traitement assisté par diacétylmorphine (héroïne pharmaceutique), expérience clinique réalisée sous l'évaluation scientifique de l'Université de Liège.

Le centre a « inclus » son premier patient en janvier 2011.

Pourquoi parler de diacétylmorphine plutôt que d'héroïne, de traitement plutôt que de délivrance et de patient plutôt que d'utilisateur ? Coordinateur du projet, Jonathan Meurice explique les raisons de cette prévalence de l'approche médicale.

Pourquoi parler de centre de traitement plutôt que centre de délivrance ?*

C'est une précaution que nous avons jugé utile de prendre vis-à-vis de l'opinion publique. L'expression « centre de délivrance » pouvait en effet laisser croire que nous donnions de l'héroïne à quiconque en ferait la demande. Or, au sein du centre de traitement TADAM, la diacétylmorphine, forme pharmaceutique de l'héroïne, est un traitement délivré exclusivement sur base de prescriptions médicales à des patients sélectionnés à partir de critères très stricts.

Le cadre médical est d'une certaine manière un gage de légitimité

Tout à fait. Dès lors que l'on parle de délivrance contrôlée d'héroïne, ça pose problème, la plupart

des gens, peu au fait de notre démarche, se méprennent sur sa finalité. Nous avons donc opté pour le terme « traitement ». D'autant que c'est effectivement le cas. Ce n'est pas qu'une histoire d'opinion publique. Le projet TADAM s'inscrit pleinement dans le champ médical.

Depuis quand le centre est-il ouvert ?

Le centre de traitement a ouvert le 16 janvier 2011. Le lendemain, nous avons inclus le premier patient. Depuis lors, nous procédons à l'inclusion régulière de patients. Nous aurions pu ouvrir plus tôt vu que l'infrastructure du centre a été inaugurée en mai 2010, mais plusieurs autorisations se sont fait attendre, notamment la plus contraignante, celle émanant de l'agence fédérale des médicaments pour la détention et l'im-

* Propos recueillis par Julien Nève

portation de la diacétylmorphine. Nous ne l'avons obtenue qu'en octobre 2010.

Combien de patients sont actuellement suivis ?

Actuellement, nous avons 29 patients en diacétylmorphine. Dans le groupe méthadone, nous en sommes à 27 personnes. Depuis le début de l'expérimentation, seuls trois patients ont arrêté volontairement le traitement et nous avons dû exclure une personne, ingérable du fait de ses problèmes psychologiques. Cela dit, à l'origine, nous comptions avoir 200 patients au total.

Nous sommes dans le cadre d'une expérience pilote. À quel stade en est-elle ?

Nous sommes toujours dans la phase d'inclusion et ce jusqu'au 16 janvier prochain, soit un an exactement après l'accueil de notre premier patient. Ensuite les patients vont progressivement sortir du programme. Le 16 janvier 2013, nous clôturerons l'expérimentation et procéderons à la fermeture du centre. L'université aura alors six mois pour tirer ses conclusions et les transmettre au SPF Santé publique.

En vue d'une réouverture ?

On ne sait pas encore ce qui va être décidé. Soit la fondation va continuer telle quelle, soit le traitement par diacétylmorphine sera implanté en complément des autres traitements déjà existants. N'oublions pas que la diacétylmorphine ne concerne que des toxicomanes qui ont échoué à toute autre forme de traitement et qu'en aucun cas il ne s'agit de remplacer le traitement à la méthadone. On pourrait également envisager la possibilité d'intégrer le projet dans nos centres partenaires (SIAJEF-REVERS, CLIPS, STAGH, ALFA, CAPFLY, AIGS et START-MASS). Par ailleurs, le projet TADAM a une envergure nationale. Si l'expérience est concluante, nous pourrions l'étendre à d'autres villes du pays. Mais ce genre de décision est d'ordre politique.

Et le monde politique compte quelques opposants au projet...

Au niveau du Service public fédéral en général, il y a évidemment quelques opposants, mais globalement, s'ils ne supportaient pas le projet, nous ne serions déjà plus là. Au niveau du monde politique liégeois, je pense qu'il existe une vo-

lonté réelle pour qu'une solution soit trouvée à l'égard des toxicomanes gravement atteints et le projet TADAM est sans doute l'une de ces solutions.

Un processus d'inclusion avant le traitement

Chaque patient doit répondre à des questionnaires et passer un examen médical. L'équipe de recherche déterminera sur cette base si le patient répond aux critères d'inclusion. Pour être inclus dans le projet, un patient doit notamment être dépendant de l'héroïne de rue depuis au moins cinq ans, consommer de l'héroïne de rue de façon quotidienne ou presque, avoir plus de 20 ans et avoir essayé le traitement par méthadone. De plus, seuls les patients inscrits dans un des centres partenaires du projet TADAM peuvent se présenter à l'équipe de recherche. Ces centres partenaires sont des centres de traitement par méthadone qui ont signé une convention de partenariat avec les responsables du projet.

Si un patient rentre dans les conditions d'inclusion, l'équipe de recherche procédera au tirage au sort et le patient ira soit dans le groupe « Diacétylmorphine », soit dans le groupe « Méthadone ». S'il est dans le groupe « Diacétylmorphine », le patient ira au centre TADAM pour commencer son traitement par diacétylmorphine (soit par injection, soit par inhalation selon son mode habituel de consommation). S'il est dans le groupe « Méthadone », le patient sera invité à poursuivre son traitement dans le centre partenaire qui l'a envoyé à l'équipe de recherche.

Dans tous les cas, le patient est renvoyé dans son centre partenaire pour son suivi psychosocial. Il n'y a en effet pas de suivi psychosocial dans le centre TADAM de manière à conserver le lien que le patient a pu nouer avec le centre partenaire qui l'envoie au projet.

Comme les 200 patients du projet doivent être inclus sur une période de 12 mois et que chaque patient est traité pendant 12 mois, le centre TADAM ouvrira pendant 24 mois pour assurer le traitement par diacétylmorphine pour l'ensemble des patients. L'équipe de recherche verra chaque patient tous les trois mois pour des évaluations. Chaque patient sera suivi pendant 12 mois (même s'il a arrêté son traitement par diacétylmorphine ou par méthadone).

Les résultats

Au bout de ces 24 mois, l'équipe de recherche de l'Université de Liège aura 6 mois pour analyser les données récoltées. Les résultats seront envoyés à la ministre fédérale de la Santé publique. Celle-ci subventionne en effet à plus de 80 % le projet TADAM. La ministre se prononcera ensuite sur le prolongement ou non du traitement par diacétylmorphine à Liège.

Isabelle Demaret
Chercheuse-coordinatrice sur le volet Évaluation du projet TADAM
(www.secunews.be)

lonté réelle pour qu'une solution soit trouvée à l'égard des toxicomanes gravement atteints et le projet TADAM est sans doute l'une de ces solutions.

Le centre est-il bien accepté par les riverains ?

Situé à côté d'un commissariat, le centre ne se distingue que par une grande baie vitrée occultée. Du fait de l'organisation du traitement en

trois plages journalières, tout ce que vous risquez de voir, c'est un groupe de patients qui stationne devant une porte à certaines heures de la journée. Une fois que ceux-ci ont consommé, ils restent dans la salle d'attente, le temps que le produit fasse son effet. Ensuite, ils rentrent chez eux. Du côté des riverains comme de la police, on ne déplore donc aucun incident. D'autant que pour de nombreux patients, le traitement fait qu'on ne les reconnaît plus physiquement et psychologiquement. Lors de son inclusion, l'un d'eux est arrivé dans un état déplorable, famélique, édenté et vivant quasiment à la rue. Apparu récemment à la TV, il était méconnaissable. Il a tout simplement repris goût à la vie. Malheureusement, le traitement par diacétylmorphine ne dure qu'un an et ce patient n'est pas encore sevré. Le but premier de ce projet n'est pas d'entretenir la toxicomanie de nos patients, mais de les réinsérer progressivement dans la vie sociale. Le sevrage viendra ensuite.

Et s'agissant de vos patients, se montrent-ils satisfaits du programme ?

L'homme dont je viens de parler a déclaré que nous lui avons littéralement sauvé la vie. D'autres nous disent qu'ils sont ravis — c'est le mot qu'ils emploient — car ils n'ont plus à faire face aux dealers de rue, ils n'ont plus peur de se faire attaquer, de devoir commettre un délit pour se procurer une dose ou de se cacher dans leur cave pour fumer ou se piquer à l'écart de leur famille. De plus, nous leur offrons un cadre sécurisé où ils sont assurés de la bonne qualité du produit et où ils peuvent compter sur le soutien de notre équipe qui comprend outre un médecin psychiatre, trois médecins généralistes et plusieurs infirmiers et aides-soignants.

« L'après » risque d'être compliqué à gérer ?

C'est en effet le gros problème. Bien entendu, à la fin des deux ans que doit durer le projet, nos infirmiers seront toujours là pour accompagner

les patients et éventuellement les réinsérer dans le programme de traitement par méthadone. Il se peut que certains aient aussi arrêté définitivement de prendre de l'héroïne. Malheureusement, on ne peut pas faire beaucoup plus au risque de fausser le projet. D'autant que nous sommes limités en matière de diacétylmorphine. Nous ne pouvons pas la délivrer indéfiniment. C'est vraiment le point faible de ce projet.

Mais sans cette limitation dans le temps, le projet n'aurait pas pu voir le jour.

Les conditions ont été fixées par l'État. On est donc contraint de s'y tenir en dépit de la lourdeur que cela peut représenter pour nos patients. On a eu beau protester, rien n'a bougé. La ville est

Si l'expérience est concluante, nous pourrions l'étendre à d'autres villes du pays. Mais ce genre de décision est d'ordre politique.

d'ailleurs bien consciente que l'on doit impérativement réfléchir à des solutions pratiques. Il faut savoir que nous bénéficions d'une souplesse légale vis-à-vis de la détention et de la délivrance de diacétylmorphine car ceci est réalisé dans le cadre d'un projet scientifique. Si ce n'était pas le cas, nous serions hors-la-loi. De plus, contrairement à l'héroïne de rue, le produit est à 99 % pur. Par conséquent, il ne faut pas que nos patients se disent qu'en rue, ils doivent consommer une plus grande quantité d'héroïne pour obtenir le même effet. Pour nous, le plus gros risque serait qu'un patient, une fois sorti du programme, rechute et fasse une overdose en ayant voulu retrouver le même effet. D'autant qu'à l'inverse de l'héroïne, l'effet de la diacétylmorphine n'est pas direct, mais progressif. Il s'agit donc de prendre le temps d'expliquer cela aux patients et de les suivre avec attention après leur sortie.

L'idée consiste tout de même à les faire sortir de la consommation.

Je m'avance peut-être, mais je pense que nombreux sont nos patients à être déjà sortis de ce qui constituait leur milieu habituel de consommation. Ne fusse que physiquement, ils sont déjà nettement mieux. De façon générale, j'ai le sentiment que la plupart ne touchent plus à ce qui est vendu en rue parce qu'ils trouvent ce

TRAITEMENT PAR DIACETYLMORPHINE: LES PARENTS DEMEURENT INQUIETS !!!



qu'ils cherchent chez nous. Et le but est effectivement de diminuer les doses au fur et à mesure. On constate d'ailleurs que certains patients diminuent d'eux-mêmes leurs doses. Ils sont tous motivés à vouloir s'en sortir, c'est indéniable.

Ce critère d'abstinence a lui aussi été décisif pour faire accepter le projet.

C'est effectivement notre direction. Toutefois, on est aussi conscient que l'on ne peut pas demander à un toxicomane de s'abstenir après seulement un an. C'est un délai beaucoup trop court. Nous gagnerons des points, si nous pouvons démontrer que sur cette période leurs doses diminuent ou si nous arrivons à en réintégrer certains dans le traitement par méthadone. L'abstinence est l'objectif ultime, mais la réinsertion sociale est notre

but premier, le second étant de les sevrer.

Les personnes qui sont accueillies sont donc des patients et non des usagers.

Ce sont effectivement avant tout des patients. Soumise au secret professionnel et médical, leur identité n'est d'ailleurs connue que de l'équipe soignante. La prise du produit se fait sous la surveillance d'infirmiers. Bien que ces derniers ne portent pas de blouse blanche, il s'agit bel et bien d'une relation patient-infirmier. Chacun des infirmiers est désigné comme étant le référent d'un patient. Si un patient connaît une difficulté, il peut en parler à un infirmier ou à une intervenante sociale. On les suit vraiment de A à Z. Ils viennent ici pour se soigner et nous sommes là pour les aider.

d'autres produits, je pense que les autorités fédérales seront satisfaites. Et j'ai plutôt bon espoir étant donné l'évolution positive de nos patients. Cela étant dit, initialement nous devions avoir 200 patients. Est-ce que les données seront suffisantes avec 50 patients, je ne peux vous répondre.

**Vous attendiez 200 inclusions.
Comment expliquez-vous le faible
nombre de vos patients?**

Je pense que la durée du traitement peut dissuader certaines personnes de s'y investir parce que, précisément, elles craignent « l'après ». D'autres sont rebutées par son aspect contraignant, l'obligation de venir tous les jours. Il y a aussi la peur de l'échec dans la mesure où, conformément au protocole de l'expérience, la répartition des patients se fait par tirage au sort. Certains rejoindront le groupe diacétylmorphine, d'autres le groupe méthadone. Or, la plupart des patients souhaitent être traités à la diacétylmorphine, pas à la méthadone. C'est, je le crains, le frein principal. Mais ce seront les conclusions de l'équipe de recherche de l'ULg qui le détermineront.

**Le côté très médicalisé du projet n'a-t-il
pas également été un frein pour certains
usagers ?**

Peut être pour une minorité, mais ce n'est vraiment pas ce qu'on entend comme bruit de couloir. Le fait qu'ils soient constamment contrôlés ne semble pas les déranger. Ils comprennent que cette surveillance est organisée au profit de leur santé. À mon sens, la durée du traitement et le caractère aléatoire de l'intégration sont les deux principaux freins. Sans compter que de nombreux usagers se satisfont très bien de leur situation actuelle. Plusieurs patients potentiels nous ont expliqué qu'ils préféreraient rester entre

copains, que tel était leur mode de consommation habituel et qu'ils ne voulaient rien changer. D'ailleurs, alors que seules trois personnes ont arrêté volontairement le traitement par diacétylmorphine, dans le groupe méthadone c'est le double, voire plus. Par ailleurs, n'oublions pas que les 56 patients que compte actuellement le projet auraient tous pu bénéficier de la diacétylmorphine. Ils répondent à tous les critères d'inclusion. Il faut donc se dire que si nous n'avons pas été obligés de mettre en place un groupe de contrôle, d'une certaine manière, nous devancerions un centre tel que celui mis en place à Genève qui ne compte qu'une soixantaine de patients après 15 ans d'ouverture. Le fait que

**Le but premier de ce projet n'est pas
d'entretenir la toxicomanie de nos
patients, mais de les réinsérer
progressivement dans la vie sociale.**

nous avons inclus une cinquantaine de patients en seulement neuf mois démontre déjà une très bonne intégration du projet. Il faut savoir que selon les estimations, la po-

population liégeoise compte 1% de toxicomanes, c'est-à-dire entre 2000 et 4000 personnes selon la population prise en compte (centre ville ou « grand Liège »).

**Si le projet fonctionne bien à Liège et
qu'il est prolongé, pensez-vous ouvrir
d'autres centres en Belgique ?**

C'est en tout cas le but que nous poursuivons en Wallonie sachant qu'en Flandre il y a davantage de réticences d'ordre idéologique. Cela dit, nous avons eu des visites d'universitaires anversoises et gantoises qui se sont montrés très enthousiastes par rapport au projet et ont salué son professionnalisme. Il faut par ailleurs se dire que tout ce qu'on fait, tous les actes que l'on pose, toutes les procédures que nous engageons, pourront servir pour l'avenir. Je souhaite sincèrement que nous puissions ouvrir d'autres centres TADAM, mais ce sont des décisions qui se prendront au niveau fédéral. Et cela implique d'avoir un gouvernement.

Invitation aux groupes de travail

« Stratégies concertées de prévention et de réduction des risques en matière de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles »

La diversité des logiques d'intervention en matière d'assuétudes a été largement pointée par les intervenants du secteur. Ceux-ci éprouvent parfois des difficultés à créer de nouvelles synergies et à travailler dans un cadre de réelle concertation.

Suite à ce constat, notamment exprimé lors de la table ronde « assuétudes » organisée le 21 mai 2010, le cabinet de la ministre F. Laanan a proposé de mettre en place un projet de concertation entre les intervenants du secteur des assuétudes financés par la Fédération Wallonie-Bruxelles.

L'objectif du projet est d'aboutir à l'élaboration d'un plan d'action « assuétudes » émanant du terrain. Plusieurs étapes sont prévues: 1. Élaboration collective de diagnostics de la situation par milieux de vie; 2. Élaboration de plans d'actions spécifiques; 3. Harmonisation et validation du plan d'action général.

Le projet a une durée de deux ans et est piloté par l'asbl Eurotox avec l'appui du SIPES-ULB. Un comité d'accompagnement multidisciplinaire a été mis en place afin d'alimenter la réflexion autour de la méthodologie.

Le projet s'adresse aux intervenants du secteur socio-sanitaire des assuétudes actifs en prévention et réduction des risques liés à l'usage de drogues:

- Les acteurs du secteur « santé » mettant en place des actions de prévention et de réduction des risques liés à l'usage des drogues;
- Les intervenants du secteur socio-sanitaire concernés par la prévention et la réduction des risques liés à l'usage des drogues (par exemple, les services PSE et PMS pour le milieu scolaire);
- Les acteurs représentatifs du secteur des « soins » en assuétudes. Bien que le projet ne vise pas l'analyse approfondie de la problématique du soin en tant que telle, il tiendra compte du continuum prévention-RdR-soins.

Vu les spécificités du projet (ressources humaines et durée du projet limitée), des priorités ont été établies, ce qui a donné lieu à la création de cinq groupes de travail prioritaires, centrés sur les « milieux de vie » suivants: familial, rue, festif, scolaire, carcéral.

Les aspects politiques de la prévention et de la réduction des risques seront abordés dans les groupes de travail, et à travers des entretiens approfondis et réunions.

Une invitation est lancée aux intervenants de terrain pour participer aux réunions de concertation sur les milieux de vie retenus.

Les travaux de groupe auront lieu aux dates suivantes:

Groupes de travail		Dates de réunion prévues
Groupe 1	Milieu familial	8 et 19 décembre 2011
Groupe 2	Milieu de la rue	26 janvier, 9 février et 28 février 2012
Groupe 3	Milieu scolaire	15 mars, 29 mars et 24 avril 2012
Groupe 4	Milieu festif	22 mai et 12 juin 2012
Groupe 5	Milieu carcéral	25 juin 2012

Les groupes de travail se réuniront de 9 h 30 à 16 h (repas et pauses-café offerts)

Espace « Mundo-B », 26 rue d'Édimbourg à 1050 Bruxelles.

Inscription par courriel à l'attention d'eleonore.carael@eurotox.org

Merci de préciser votre *nom, prénom, institution* et groupe(s) de travail choisis.

Invitation aux groupes de travail

« Stratégies concertées de prévention et de réduction des risques en matière de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles »

La diversité des logiques d'intervention en matière d'assuétudes a été largement pointée par les intervenants du secteur. Ceux-ci éprouvent parfois des difficultés à créer de nouvelles synergies et à travailler dans un cadre de réelle concertation.

Suite à ce constat, notamment exprimé lors de la table ronde « assuétudes » organisée le 21 mai 2010, le cabinet de la ministre F. Laanan a proposé de mettre en place un projet de concertation entre les intervenants du secteur des assuétudes financés par la Fédération Wallonie-Bruxelles.

L'objectif du projet est d'aboutir à l'élaboration d'un plan d'action « assuétudes » émanant du terrain. Plusieurs étapes sont prévues: 1. Élaboration collective de diagnostics de la situation par milieux de vie; 2. Élaboration de plans d'actions spécifiques; 3. Harmonisation et validation du plan d'action général.

Le projet a une durée de deux ans et est piloté par l'asbl Eurotox avec l'appui du SIPES-ULB. Un comité d'accompagnement multidisciplinaire a été mis en place afin d'alimenter la réflexion autour de la méthodologie.

Le projet s'adresse aux intervenants du secteur socio-sanitaire des assuétudes actifs en prévention et réduction des risques liés à l'usage de drogues:

- Les acteurs du secteur « santé » mettant en place des actions de prévention et de réduction des risques liés à l'usage des drogues;
- Les intervenants du secteur socio-sanitaire concernés par la prévention et la réduction des risques liés à l'usage des drogues (par exemple, les services PSE et PMS pour le milieu scolaire);
- Les acteurs représentatifs du secteur des « soins » en assuétudes. Bien que le projet ne vise pas l'analyse approfondie de la problématique du soin en tant que telle, il tiendra compte du continuum prévention-RdR-soins.

Vu les spécificités du projet (ressources humaines et durée du projet limitée), des priorités ont été établies, ce qui a donné lieu à la création de cinq groupes de travail prioritaires, centrés sur les « milieux de vie » suivants: familial, rue, festif, scolaire, carcéral.

Les aspects politiques de la prévention et de la réduction des risques seront abordés dans les groupes de travail, et à travers des entretiens approfondis et réunions.

Une invitation est lancée aux intervenants de terrain pour participer aux réunions de concertation sur les milieux de vie retenus.

Les travaux de groupe auront lieu aux dates suivantes:

Groupes de travail		Dates de réunion prévues
Groupe 1	Milieu familial	8 et 19 décembre 2011
Groupe 2	Milieu de la rue	26 janvier, 9 février et 28 février 2012
Groupe 3	Milieu scolaire	15 mars, 29 mars et 24 avril 2012
Groupe 4	Milieu festif	22 mai et 12 juin 2012
Groupe 5	Milieu carcéral	25 juin 2012

Les groupes de travail se réuniront de 9 h 30 à 16 h (repas et pauses-café offerts)

Espace « Mundo-B », 26 rue d'Édimbourg à 1050 Bruxelles.

Inscription par courriel à l'attention d'eleonore.carael@eurotox.org

Merci de préciser votre *nom, prénom, institution* et groupe(s) de travail choisis.

Une politique générale des transports ?

L'efficacité thérapeutique par le milieu, fictions et conversions

Jean-Bastien Tinant, anthropologue et dramaturge

Tard dans l'année, au fond du silence celui qui s'appartient verra descendre des regards, de nouveaux regards, intacts.

G. Benn (trad. Pierre Garnier)

Dans les années 1970, le philosophe des sciences Raymond Ruyer a joué un joli tour au public français. En présentant, dans son livre *La gnose de Princeton*¹, les éléments de sa propre philosophie comme celle d'un petit cénacle de physiciens américains, il a réussi à intéresser les commentateurs à ce qu'autrement, dans le paysage rationaliste français, ces derniers auraient certainement rejeté avec dédain, ou mépris.

Or, ce que Raymond Ruyer tente comme opération, et qu'il appelle avec humour opération de conversion, c'est un retournement de la vision avec laquelle nous intégrons les vérités scientifiques. La conversion, ici, n'est pas à prendre au premier degré. Elle retourne plutôt la question vers ceux qui pensent que les pratiques scientifiques permettent d'induire des lois générales et valables partout. Car, pour Ruyer, il suffit d'une opération de conversion, exigée par la science même.

Le philosophe ne s'y trompe pas. Il ne s'agit pas ici de convaincre les scientifiques, mais plutôt

d'éveiller à une question ceux qui, par intérêt, ou de force, ont déjà été convertis une première fois.

À l'origine, une science d'extra-terrestre

Ruyer utilise une image où il assimile les scientifiques du XIX^e siècle à des extra-terrestres, qui, en soucoupe volante, s'intéresseraient au mouvement des rues terrestres, sans faire la distinction entre piétons, voitures et camions, et qu'ils nommeraient « fluide circulant », tout en repérant par exemple la corrélation entre les bouchons et la hausse de la température au début du mois de juillet. Ils en infèrent alors que quand la température monte, des bouchons ont tendance à se former.

Au XX^e siècle, la description est allée un peu plus loin. Elle s'est mise à décrire les piétons, les camions, la fréquence des feux de signalisation, et même les bureaux d'études, et les entreprises de construction. Les scientifiques en ont alors

1. RUYER Raymond, *La gnose de Princeton*, Paris, Fayard, 1974.

inféré des lois statistiques. Néanmoins, cette description plus fine ne parvient pas à nous convaincre que s'y trouve, *in abstracto*, la raison de la circulation.

En allant encore un peu plus loin, il est tout à fait possible de décrire par de simples inférences de cause à effet la progression lente des voitures dans une file, à la queue leu leu, nous dit-il. Ici, l'effet pour l'un devient la cause de l'autre, et tout semble se résoudre dans des enchaînements mécaniques de causes à effets. Et pourtant, si nous pouvons décrire les informations dans le tuyau, nous n'en savons pas plus sur le tuyau lui-même, et sur les raisons de sa disposition ainsi que sur les causes de son encombrement relatif à certains moments. Nul gène ou chromosome ne viendra ici receler le secret de la circulation automobile, programmant de manière déterminée les éléments qui circulent, la manière dont ça circule, et les effets de cette circulation sur la contrée vivante qui la contient.

C'est, nous dit Ruyer, que la science, par un certain tournant de la raison observante, décrit à l'envers ce qu'il faut remettre à l'endroit. Chaque entité que la science vient à « découvrir », « révéler », ou même « inventer », se possède d'abord elle-même, et c'est bien toute la nouveauté du dispositif expérimental de fabriquer cet environnement maîtrisable où l'entité, muette par définition, parviendra par les faits, à imposer une manière de la décrire, où seront sélectionnées les bonnes questions, et où seront recherchées les bonnes réponses².

En ce sens, le « déterminisme » n'est rien d'autre que le fait d'inférer une liaison logique, et non nécessaire, au comportement habituel d'une entité quelconque. Même si cette théorisation passe sur le fait que l'entité a peut-être une bonne raison d'avoir cette habitude-là. Dit de manière plus prosaïque, l'habitude est ce qui permet de s'occuper d'autres choses que de ce que justement l'habitude a pris comme objet. Et si les atomes ont des habitudes de compor-

tement, on ferait bien parfois de les remercier. Cela a tout de même permis que quelque chose se stabilise un tant soit peu et me permette par exemple d'écrire ce texte, entre deux rayons de soleil, et quant à vous, de le lire en fronçant peut-être les sourcils.

Soit dit en passant, on peut trouver ici une autre manière de formuler une addiction problématique. C'est quand l'habitude prise vient à empêcher qu'autre chose arrive, mettant dès lors l'individu en conformité totale avec l'idée que l'on peut se faire du « déterminisme ». Il s'agit alors de changer ses habitudes, c'est-à-dire, et ce n'est pas une sinécure, réussir à se transformer tout en transformant l'environnement proche autour de soi.

L'effet thérapeutique reste un « miracle ».

Une médecine terrestre

S'il est un domaine où la question de l'envers et de l'endroit prend une signification cruciale, c'est bien celui de la médecine thérapeutique. Or, il nous semble que la métaphore de l'envers et de l'endroit peut présenter une fécondité particulière, car elle permet d'éviter les truismes du dualisme traditionnel entre le corps et l'esprit, et de contourner les effets parfois délétères d'une vue (ici je le laisserais) trop extra-terrestre sur ce qu'est le corps/esprit humain.

En effet, là où le corps et l'esprit, la nature et le mental nous dessinent un paysage double et séparé, l'envers et l'endroit posent la question de l'unité, et même, permettent de penser que deux vérités peuvent coexister sans pour autant s'entraîner dans une négation mutuelle.

Le fameux « effet placebo » prend ici une signification tout à fait particulière. C'est François Dagognet qui, en 1964 déjà, avait montré à quel point la question de l'efficacité du médicament n'était absolument pas épuisée par l'étude en double aveugle du placebo³. Il est impossible d'opérer rationnellement l'opération soustractive qu'elle comporte. En effet, ce que l'étude placebo montre, c'est que quelque chose opère, dans la guérison, qui ne peut se résoudre dans

2. Cette description abstraite reprend seulement la première partie, et de manière très schématisée, de ce que I. Stengers énonce, à propos de l'invention expérimentale comme étant : invention du pouvoir de conférer aux choses le pouvoir de conférer à l'expérimentateur le pouvoir de parler en leur nom. Ici, les contraintes que désigne l'expérimentation ont trait autant au « fait » qu'à l'environnement « social », qui lui, est fait d'humains, d'objets techniques et d'institutions. Stengers Isabelle, *L'invention des sciences modernes*, Paris, Champs Flammarion, 1995, p. 102. Pour cet article, nous restons au niveau des généralisations, ou de leurs impossibilités, à partir de l'idée du « fait brut », où le réalisme quasi enfantin attaché à la « vérité des sciences » vient buter sur l'immense domaine des « imputations », si chères au droit... et aux adultes. Pour Raymond Ruyer, cette position ramène de la verticalité, sans s'enfermer dans les anciennes royautés purement humaines ou dans la projection d'une guerre des mondes.

3. DAGOGNET François, *La raison et les remèdes*, Paris, Presses universitaires de France, 1984 (1964).



l'efficacité seule du produit. Qui plus est, l'effet placebo ne peut déterminer exactement ce qui, dans le produit test, résulte de l'influence ou non. L'effet thérapeutique reste un « miracle ». Il y a là une frontière, une ligne floutée entre l'envers et l'endroit des choses, entre l'intérieur et l'extérieur, entre la matière et le psychologique et pour tout le dire, entre le visible et l'invisible. C'est ici que s'intéressant à la *materia medicans*, et plus précisément au médicament moderne, Dagognet pose le problème à l'endroit.

En revenant à l'acte thérapeutique, et au médicament en tant qu'objet de prédilection, le médecin et philosophe replace la question du remède au centre d'une scène mélangée et aug-

mentée: « Ils [les remèdes] sont le moyen par lequel l'homme agit le plus efficacement et le plus salutairement sur l'homme, ils définissent les plus chaleureuses et la plus sympathique des interactions sociales⁴. »

Des endroits se réunissent, temporairement, le temps d'une action transformatrice. Le médicament n'est pas seulement l'outil. Il n'est pas seulement ce qui s'offrira comme réponse. Il vient tout autant constituer la scène et participe à l'élaboration des questions visant à « cerner le mal », et à jauger les effets.

Il y a une erreur à éviter, que l'on peut aujourd'hui mieux saisir, parce qu'elle a longtemps été choi-

4. *Id.*, p.16.

sie pour rendre explicite l'espoir de la guérison, c'est l'idée qui fait croire « *d'un côté, à l'existence d'affections pathologiques bien déterminées, d'un autre côté à la possibilité de découvrir des « spécifiques » qui en délivreront⁵.* ».

Le remède concrétise d'abord « une volonté secourante » et partant, participe à la transformation de l'organisme en victime d'une agression localisable, à laquelle un espoir technique vient s'ajouter, à savoir que l'identification de la cause et une intervention mécanique sur celle-ci permettront d'en annuler les effets. Mais comme toutes les pratiques terrestres, le remède et l'action thérapeutique s'inscrivent dans les restes, qui ne cessent de proliférer et nous donnent une image plus satisfaisante du réel que la beauté muette d'une équation mathématique. En ce sens, la médecine loge au fond de ce que l'on appelle la « *faith healing* », la foi en la guérison. Le spécifique est venu remplir cet espoir, et a certainement permis des progrès par définition précis et localisables, mais le médecin, redevenu scientifique, feint d'oublier que, si le patient fait office de victime, le corps, lui, est d'abord complice. Il est ce qui acte les concaténations moléculaires. L'extra-terrestre qui viendrait à agir sur ce terrain s'est d'abord épanoui dans un paysage en guerre. Il ne voit que le mal, auquel il oppose le bien. Mais il néglige le fait qu'il est totalement chimérique de croire que l'on peut « *anéantir l'ennemi sans modifier le terrain où il s'est implanté.* »

L'action thérapeutique biochimique s'inscrit à travers la rencontre pleine d'espoir d'une définition mutualisée de l'organisme et des molécules chimiques. Le médicament, c'est le corps, mais passé au tamis d'une action localisatrice, réparatrice, et en forme de paris sur les mécanismes de causalités spécifiques. C'est une sorte de précipité, disponible au-dehors, d'une projection du dedans.

La singularité de cette efficacité résulte dans le fait qu'elle ne peut pas dire grand-chose en dehors d'un problème localisé dans le corps et dans le comportement. C'est son point de départ et son point de terminaison. La médecine, jadis victorieuse, est amenée à minimiser le fait qu'en-dehors de sa mimétique expérimentale, « le

remède cesse d'exister — expérimentalement, s'entend — en dehors de celui qui en bénéficie⁶ ». Et de la même manière que les premiers véhicules à moteur ont été l'occasion d'une complicité active dans le devenir automobiliste des humains, le médicament moderne, issu de la chimie extractive et des techniques de synthèse, a été l'occasion d'une complicité immense entre les humains dans la manière de soigner les lésions de la vie.

La vie dans l'atmosphère

Si l'on fait un grand pas en arrière et que l'on prête attention aux cartographies terrestres intégrées à la pratique médicale, on ne pourra qu'être impressionné. Les cartes et les contrées se sont multipliées. Les routes et ce qu'elles contiennent ont été décrites, et l'ensemble a été reconstruit selon des fréquences statistiques. Des systèmes généraux de causalités rétroactives ont été mis à jour. Cela circule, et cela n'arrête jamais de circuler. *L'homme normal*, et ses *steady state*, est ici le personnage de fiction qui fait tenir toutes ces cartes les unes aux autres.

La mimétique est presque parfaite. Une frontière se dessine pourtant dans les messages extra-terrestres, en lien avec la fausse énigme de placebo. Ils se fient exclusivement à ce qui est visible et mesurable. Ne voyant que les voitures et la mécanique, ils ont, pour l'instant, oublié le conducteur.

Si l'on ouvre une « *introduction biochimique de la médecine* », par exemple celle qui est sur mon bureau, et dont l'édition date de 1959, on découvrira un paysage étrange d'éléments, d'accouplements, de conversions, de métamorphoses se dessiner devant nous⁷. La frontière du domaine est toutefois bien gardée, et les chemins qui permettent de la passer, à vos risques et périls, sont indiqués, mais se perdent, à la limite, dans un horizon flou.

L'ouvrage va d'un petit délimité à un très grand, délimité lui aussi. Entre les deux, la peau est la frontière intérieure du paysage, celle que l'on ne passe qu'en tremblant.

Quand il s'agit d'approcher cette frontière, et de voir ce qu'il se passe de l'autre côté, le livre

5. *Id.*, p.13.

6. *Id.*, p.19

7. Il s'agit de Marcel Florkin, *Introduction biochimique à la médecine*, Paris, Masson et Liège, Desoer, 1959.

touche presque à sa fin : « Huitième partie : Organisme et milieu⁸ », dernier chapitre de ce paysage si lointain, et pourtant si proche. L'émulsion biochimique est ce que l'on a suivi à la trace. Dès lors, rassembler et récapituler, dans une perspective humaine, les échanges entre ces milieux perméables passent par une appréhension assez floue de tout ce qui va, littéralement, dépasser l'homme.

D'emblée, cette partie se divise. Les pages finales s'occuperont de la nutrition, où, derrière le miracle alimentaire, se profilent déjà les meilleures tables, et les meilleurs vins. Auparavant, il faut toutefois décrire et récapituler les autres types d'échanges que le corps entretient avec son milieu. Et ceux-ci semblent bien se confondre avec toute la médecine des lésions.

Le corps transpercé par la baïonnette rejoint ici les micro-lésions du bacille. Or, à ce stade, plus nous plongeons à l'intérieur, plus nous constatons que l'action causale la plus spécifique n'épuise pas les causes plus générales, et donc indéterminées, du déclenchement. Le cas de la tuberculose vient illustrer le propos. La symbiose avec l'organisme qui va rendre virulente l'attaque n'est pas entièrement comprise dans la présence de l'agent. Quelque chose se passe dans le milieu, et passe du milieu à l'organisme, et passe entre les organismes, ce qui rend le terrain propice à une sorte de fête moléculaire clandestine, faite de métamorphoses et de conversions radicales, où les molécules, entraînées dans une danse endiablée, semblent s'interpeller l'une et l'autre : — Moi aussi ! Moi aussi !

L'au-delà de la frontière se perd ici dans les notions de facteurs déclenchants, et de facteurs de risque, que le bacille, d'abord inerte, intègre à l'égal des autres.

Faisons un pas en arrière. Toute introduction d'une substance étrangère dans l'organisme, autre que celles liées aux mécanismes de la

nutrition idéale, provoque des réactions que nous pouvons lire sur les cartes tactiques et synchronisées renseignées par l'immunobiologie. C'est que le corps est le plus souvent son propre médecin et boucle ainsi une première fois la complicité partagée entre le thérapeute et son vis-à-vis.

— Moi aussi, dis cette fois-ci le corps au médecin, ça fait longtemps que je joue dans mon laboratoire interne, et tu as bien fait d'en tenir compte.

Alors l'extra-terrestre tente d'embarquer le médecin avec lui, de reprendre de la hauteur. Ici, il va commettre ce que d'aucuns désignent comme

une erreur fatale. En remontant dans sa soucoupe, il a voulu annexer tout le paysage, et même au-delà. Ce faisant, il va rester bloqué dans la couche atmosphérique et ne pourra plus repartir.

Il cerne vaguement

les phénomènes dans une description limitée de l'ambiance générale entre le chaud et le froid. Et le corps immunisé, décrit à partir d'états moyens de l'activité métabolique, s'offre pour la première fois dans la perspective abstraite de circuits bouclés sur eux-mêmes. L'extra-terrestre va alors faire un grand saut dans le vide, considérant que tout ce qui n'est pas traçable, ni mesurable, une première fois cernée dans la notion de « facteurs », toutes les micro-interactions d'une peau à l'air libre, d'un soleil reconfortant, et du temps qui passe, rejoignent le monde encore à décrire de la lésion fatale. C'est que, toujours, les véhicules cessent un jour de rouler, et de bouchonner, et si ce n'est donc la mécanique, qu'est-ce ça peut être sinon, *l'entière du paysage* ?

Et c'est ainsi que le médecin pédagogue, formé aux analyses des lésions caractéristiques, des contaminations traçables, donne foi à l'extra-terrestre. Il a titré ces pages « l'agression » et entamé cette dernière récapitulation orientée comme ceci : « *Toute modification du milieu*

D'où les abysses des assuétudes, auxquelles on peut reprocher beaucoup de choses, mais dont on peut au moins reconnaître qu'elles répondent à un certain impératif de régularisation du comportement.

8. *Id.*, p. 703-759.

aérien terrestre dans lequel vit l'organisme humain peut être considérée dans le sens large comme une agression (stress)⁹ ».

Le fait même de vivre est l'occasion d'une attaque continue. Or, l'identification de l'agresseur se trouble, jusqu'à disparaître complètement, dans une sorte d'état perpétuel de variations entre des valeurs limites. Le corps agressé est déjà mesurable entre et sous toutes ses coutures tissulaires. L'agression caractérisée, identifiable à un mécanisme biochimique, provoque des effets spécifiques, et donc traçables, où le corps, parfois aidé d'une adjonction moléculaire, se répare tout seul et, autrement, se tient bien droit. Cet ensemble spécifique est redéfini en « *syndrome local d'adaptation* ». Tout le reste, c'est-à-dire tous les effets dits « généraux », toute cette mobilisation de l'animal qui constitue sa réaction à l'événement stressant, mais aussi tous les facteurs externes que l'on suppose à la cause désormais multifactorielle du déclenchement, tout ce qui passe entre l'organisme et le milieu et qui échappe aux lésions localisées, se voient projetés dans les formes de l'homéostasie systémique, qui oriente le regard sur les mises en jeu du « système hypothalamo-hypophyso-adrénocortical¹⁰ ». L'état de santé devient l'état de nature, et par ce petit croisement, s'accomplit l'identification des animaux et des humains à travers la sphère chaude et viscérale des mécanismes soutenus d'homéostasie. Bloqués désormais dans l'atmosphère, les extra-terrestres atterrissent pour de bon, et face à l'animal doté d'un cerveau, il ne peut réprimer des larmes trop humaines : — Alors ? Toi aussi ? semble dire l'animal. — Moi aussi, lui répond l'alien démasqué, et ils tombent dans les bras l'un de l'autre.

Sans y prendre garde, l'extra-terrestre téméraire a annexé l'atmosphère et dans le même temps, a indiqué la nouvelle frontière, celle qui ouvre le territoire étrange et fascinant d'une petite masse grise et gélatineuse, relativement indifférenciée, et dont les filaments parcourent tout le corps carné de l'animal.

Dans ce chapitre conclusif de l'ancienne médecine des lésions, les effets spécifiques d'un agresseur, connu ou pas, sont rassemblés une

dernière fois et l'univers des effets non spécifiques — l'atmosphère, l'ambiance générale, le fait même de vivre — vient redistribuer les cartes concernant la santé et la maladie. Le stress, et le syndrome général d'adaptation, ont fait leur entrée sur la scène, augurant les futures fêtes sous influence où les gènes, les synapses et les animaux stressés seront priés de répondre à ce nouveau chapitre du grand mystère de la vie. La médecine devient préventive, dans les bilans de santé, les conseils judicieux, et les interventions ciblées selon les protocoles standardisés qui s'agencent à l'hôpital. Tout l'univers social se voit convoqué dans la factorisation de la cause du trouble, quand celui-ci ne répond à aucune lésion spécifique. Le fonctionnement passe du diagnostic corporel aux réactions atmosphériques des corps dotés d'un cerveau.

Le médecin quitte l'extra-terrestre, car il sait déjà que toute l'atmosphère, et toute la vie de son patient, se présentent à chaque fois devant lui. Marcel Florkin sent bien le trouble, lui aussi. Il boucle la route qui a mené la rédaction de ces 759 pages. Par la convocation de la totalité du milieu aérien terrestre, et les pieds posés sur la frontière de ce nouvel horizon qui lorgne vers le sommet du crâne, il ne peut s'empêcher de remarquer que ce qui n'est somme toute qu'une hypothèse, proposée par Selye au début des années 1950, produit « *un certain relent de système médical rappelant les célèbres systèmes en faveur du dix-huitième siècle* ¹¹ ».

Une politique générale des transports ?

Un grand récit se met effectivement en place¹². Car, au moment où l'extra-terrestre en vient à se pencher enfin sur l'automobiliste, à se demander sans fin si c'est la voiture qui conduit ou si c'est le conducteur, de toutes nouvelles machines sont mises au point, qui rajoutent un jeu de contrôle aux anciennes machines mécaniques. Voici les machines à information, qui viennent décoder et recoder les ensembles. Toutes les métaphores de systèmes autorégulés, d'automates, de stress, et d'adaptation prennent ici un sens trouble, dont on ne sait s'il se rapporte à l'être humain, rendu à son animalité sociale,

9. *Id.*, p. 703. Nous avons gardé la mauvaise traduction du mot stress, qui a eu cours dans le domaine francophone, jusqu'à la fin du siècle passé. Le stress est alors devenu un mot français, détachant plus clairement le terme de l'ancien domaine des « attaques », et des « agressions », qui avait le défaut de désigner, presque par magie, la question des intentions derrière le phénomène. Ici, cette traduction nous permet de souligner les frontières d'un discours à forte teinte paranoïaque à partir d'un point de vue qui tente d'y échapper. Dans le domaine francophone, l'accueil du mot anglais dans le vocabulaire a neutralisé l'arrière-plan mythique, celui-ci étant dans le même temps la condition de l'adaptation et son manquement toujours possible, et même certain. Le stress, ainsi entendu, est un pari sur l'apprentissage, et sur la mesure des performances d'un système, à savoir que seul un organisme stressé *par nature* est supposé bon à quelque chose. Je finirais par rêver que, en sociologie, on prête autant d'intérêt à des inventions poétiques, telles que l'intranquillité de Pessoa, ou le sentiment océanique de Romain Rolland, pour distinguer de la fatigue des cellules l'immense réservoir de satisfactions que le fait d'être un mortel provoque et invoque à l'organisme cervicalisé. La finitude des buts rejoint ici l'éternité des passages.

10. *Id.*, p. 71411. *Id.*, p. 715

12. Pour une mise en perspective de ce récit, à laquelle ce texte doit beaucoup, voir HARRAWAY Donna, *Manifeste cyborg et autres essais*, Paris, Exils éditeurs, 2007.

ou à un système plus général expliquant la beauté des rondeurs logiques sans rupture d'information d'un univers totalement fonctionnel où chaque entité prend la place de variable d'ajustement ; où l'efficience est la règle, derrière les ronronnements de la salle des machines.

Dans ce paysage, la scène thérapeutique peut faire office de résistance. Les complicités s'entrecroisent et ne sont jamais figées. Les médicaments ont proliféré, se sont engendrés et relativement différenciés à partir de quelques molécules mères¹³. On réchauffe la voiture, ou on la refroidit. On régule les circuits. On apprend à changer ses habitudes. On se calme. On se motive. On se concentre. On se relaxe. Il faut que ça marche, parce qu'il ne faut pas être envoyé à la casse. Les centres de tri sont partout. Et l'atmosphère naturelle et sociale recèle parfois des processus qui sont comme des coups de baïonnette dans l'âme, dont nulle prédisposition génétique ne viendra épuiser la cause.

La scène thérapeutique a ses singularités, dont les effets ne peuvent être à priori qualifiés. La complicité est de rigueur et c'est le patient qui détient les clés de l'efficacité. L'homéostasie relative est ce qui permet de faire tourner la

machine. D'où les abysses des assuétudes, auxquelles on peut reprocher beaucoup de choses, mais dont on peut au moins reconnaître qu'elles répondent à un certain impératif de régularisation du comportement.

On invente de nouveaux diagnostics où les facteurs de stress répondent aux perturbations du fonctionnement social, où le médicament représente l'artefact de « la vocalisation du mal », d'où se redéfinit sans cesse ce que peut bien signifier être un adolescent, être une femme, être un homme, être dépendant, être un animal, être une machine. On en est là. On vient juste d'apercevoir qu'aucun mécanisme de la nature corporelle ne pouvait s'expliquer sans faire référence à une visée coiffant l'organisme. La normalité, et la normalisation, si chère aux sociologues, est ce qui se partage le plus. C'est devenu la visée stressante et du coup, c'est toute la vie qui a trouvé une porte d'entrée dans l'ancienne sphère pathologique.

Seule l'atmosphère générale a obtenu la permission de se déréguler sans fin. Une question est en train de prendre corps, comme une an-tienne lancinante, et de plus en plus audible : mais qu'est-ce qui est en train de se fabriquer ?

13. L'industrie pharmaceutique a tout intérêt à ce que l'on ne pose le problème qu'en terme d'agents de police ou de feux de signalisations, de dispositifs visibles bloquant telle voie, libérant une autre, ou interdisant aux plaques paires de circuler. Des études transversales nous montrent à quel point cette industrie dispose de toute une manière de s'imposer qui a multiplié les agents de police au coin des bois, dans la cour d'école et même dans la chambre à coucher. Régulièrement aussi, elle change le sifflet de l'agent, sa gestuelle ou la couleur de son costume tout en le présentant comme étant radicalement nouveau par rapport à l'ancien, alors même que les lignées d'agents de police corporelles s'engendrent, par « me too », en brigades opérationnelles. Certaines ont, en leur pouvoir, des actions spécifiques, quand d'autres ont proliféré à leur suite, agissant tous azimuts, de manière non spécifique, mais non sans effet sur la politique générale des transports. À ce sujet, pour une bonne introduction, voir PIGNARRE Philippe, *Le malheur des psys, psychotropes et la médicalisation du social*, Paris, La découverte, 2006.

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

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

Prospective Jeunesse

Drogues
Santé
Prévention

Milieus de vie

- Famille et parentalité (n°s 22, 24, 42, 43, 44, 49)
- L'école (n°s 3, 4, 6, 25, 29, 55, 57)
- La fête (n° 35)
- Le monde du travail (n° 26)
- La prison (n°s 13, 16, 40)
- Milieu du sport (n° 53)

Produits et leurs effets

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

Pratiques professionnelles

- Promotion de la santé (n°s 31, 34, 56)
- Pratiques de prévention (n°s 31, 50, 59)
- Réduction des risques (n°s 27, 28, 54)
- Représentations (n° 46)
- Secret professionnel (n° 23)
- Travail en réseau (n° 45)
- Soins aux usagers (n° 41, 52)

Contextes d'usage

- La loi et la répression judiciaire (n°s 1, 2, 38)
- Pauvreté, marginalité et exclusion (n°s 11, 12, 36, 37)
- Culture et consommation (n°s 5, 17, 30, 58)

ABONNEMENT ANNUEL

Prix au numéro: 4 euros *Frais d'envoi compris*

Numéro de compte bancaire: BE04 2100 5099 0831

Formulaire d'abonnement ou de commande au numéro

Institution

Nom Prénom

Téléphone Courriel

Adresse de livraison

Rue Numéro

Code postal Ville

Pays

Type d'abonnement (entourez votre choix)

L'abonnement est gratuit

Toutefois vous pouvez souscrire à un abonnement de soutien (24 euros)

- Je désire souscrire à un abonnement de soutien oui non

- Je souhaite une facture oui non

Date Signature

Prospective Jeunesse

Drogues
Santé
Prévention

60

Périodique trimestriel

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

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

Chaque numéro aborde un thème particulier.
Celui-ci est consacré à la médicalisation des assuétudes.

Pour consulter les sommaires des numéros parus ou
contacter l'équipe de rédaction, visitez le site:

www.prospective-jeunesse.be



FÉDÉRATION
WALLONIE•BRUXELLES

Avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles
et de la Commission communautaire française

