

Prospective Jeunesse

Drogues
Santé
Prévention

59

Périodique trimestriel
Été 2011

La médicalisation des assuétudes Tome 1: De la Réduction des risques à l'addictologie

Drogues et médicalisation, entre expertise et demande sociale

Anne Coppel

Nouvelle santé publique et individualisation

Henri Bergeron

Médicalisation, assuétude et consommation.
Ne nous trompons pas de débat... et de combat

Micheline Roelandt



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, Lökkhana QUAREMME, Micheline ROELANDT, 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

Les enjeux de la médicalisation

Le débat autour de la médicalisation n'est pas neuf. Les analyses de Michel Foucault ont fait du terme en lui-même un repoussoir intellectuel à grand succès. La thèse selon laquelle « la prépondérance conférée à la pathologie est devenue une forme générale de régulation de la société¹ » a influencé nombre de chercheurs en sciences sociales et politiques ainsi que de nombreux travailleurs de terrain. Pour ces derniers, la lutte contre l'emprise du pouvoir médical sonne comme une évidence. Dès lors que la figure du médecin, sous ses habits réputés neutres de scientifique et d'expert, est appelée à faire valoir son point de vue sur des pratiques sociales extérieures à son champ d'exercice traditionnel, il conviendrait selon eux de s'alarmer. Il est vrai que dans une société sous le joug d'une « médicalisation indéfinie », « le “ corps ” social cesse d'être une simple métaphore [...] pour apparaître comme une réalité biologique et un domaine d'intervention médicale². » Or, derrière cette vision organiciste, c'est bien l'idée d'un système harmonieux par essence qui se profile, autrement dit, un système au sein duquel les contradictions sociales deviennent des inadaptations ou des dysfonctionnements. Un corps biologique ne connaît effectivement que des maladies nécessitant l'intervention de technologies curatives. Ainsi par exemple, sous l'œil de l'expert médical, la délinquance n'est plus une production logique de notre organisation sociale mais le symptôme d'une rupture de l'équilibre social, fruit d'une défaillance personnelle, d'une incapacité à s'adapter ou d'une pathologie individuelle. De même, l'exclu n'est victime de personne sinon d'un certain « handicap social ».

Comme le suggèrent les propos d'Henri Bergeron, parmi les bénéfiques politiques de la médicalisation des phénomènes sociaux, l'individualisation du mode d'analyse et de traitement du phénomène visé occupe une place de choix en ce qu'il permet d'oblitérer les causalités sociales ou extra-individuelles de ce même phénomène. Bref, en individualisant, la médicalisation dépolitise. Dans le domaine des « nouvelles politiques de santé publique », on minimisera ainsi « la contribution pourtant décisive des inégalités sociales et économiques aux inégalités face aux risques, à la maladie et à la santé » pour, au final, faire « peser le poids de la transformation sociale en vue d'un bien collectif (la santé publique) quasiment sur la seule responsabilité des individus. » Un choix politique moins onéreux et, partant, nettement plus confortable dans le contexte actuel de dégradation de l'État-Providence où, apparemment, les recettes manquent.

Dans le champ qui nous occupe, à savoir celui des drogues, où aux dires d'Anne Coppel, « tout fonctionne comme si [...] on ne pouvait passer que d'une erreur à l'autre, du refus de toute réponse médicale, au recours abusif à l'autorité des médecins », le débat sur la médicalisation est éminemment complexe et porteur d'enjeux rétifs à toute interprétation simpliste. Aujourd'hui, nombre d'acteurs du dispositif de la Réductions des risques s'insurgent contre la nouvelle forme dominante de médicalisation : l'addictologie. Avec les neurosciences et le cognitivo-comportementalisme en guise de mamelles scientifiques et guides normatifs, l'addictologie est de fait en passe de devenir le nouveau référentiel de politiques publiques en matière de drogues. Les risques qu'il ne supplante et fasse totalement disparaître la conception déjà fragile et minoritaire d'une santé publique reposant sur la responsabilisation des usagers de drogues sont bien réels. Cela étant dit, il faut savoir raison garder et éviter, comme nous l'y invite Micheline Roelandt, de se transformer en apôtre de la démedicalisation, une posture toute aussi absurde que celle consistant à croire que toutes assuétudes sont à traiter médicalement. Tant qu'elle ne se développe pas sur base d'une confusion entre consommation et assuétude, la médicalisation a tout son sens. N'a-t-elle pas en outre été, comme le rappelle judicieusement Anne Coppel, la condition de survie du dispositif de Réductions des risques ? Autant dire qu'en ce domaine rien n'est simple.

Telles sont quelques-unes des réflexions qui irriguent les contributions du présent numéro. Soucieux, comme toujours, d'appréhender le débat dans toute sa complexité et de s'ouvrir à toutes les polémiques qui y sont liées, nous avons fait le choix de traiter le dossier en deux volumes. En espérant que cette première fournée d'articles aiguïsera votre curiosité pour la suite.

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

La médicalisation des assuétudes (1)

Éditorial	1
Julien Nève	
Drogues et médicalisation, entre expertise et demande sociale	2
Anne Coppel	
Nouvelle santé publique et individualisation	10
Henri Bergeron	
Médicalisation, assuétude, consommation. Ne nous trompons pas de débat... et de combat	18
Micheline Roelandt	
Interventions intempestives en matière de traitement de substitution aux opioïdes	23
Lawrence Cuvelier	
Consommation de drogues en Communauté française : synthèse des dernières données épidémiologiques	26
Eurotox	
Prévention et culture du chiffre ou comment perdre son temps	29
Julien Nève	

1. Michel Foucault, « Crise de la médecine ou crise de l'anti-médecine ? » (1976) in *Dits et Écrits*, vol. III, Gallimard, 1994, p. 53.

2. Michel Foucault, « L'évolution de la notion d'individu dangereux dans la psychiatrie légale », in *Déviance et Société*, vol. 5, n° 4-5, 1981, p. 403-422.

Drogues et médicalisation, entre expertise et demande sociale *

> Anne Coppel, sociologue, présidente d'honneur de l'Association française de réduction des risques¹

Régulièrement, le débat autour de la médicalisation de la toxicomanie revient sur le tapis. Si aujourd'hui le prisme médical avec l'addictologie comme principal cadre de référence théorique tend à devenir la seule grille de lecture possible et admise pour comprendre tant la dépendance que l'usage de drogues, l'histoire récente montre qu'il n'en a pas toujours été ainsi. Pour nous aider à comprendre les termes du débat, Anne Coppel, sociologue et fondatrice de l'Association française de réduction des risques (AFR), nous en propose une généalogie détaillée et, forte d'une expérience acquise sur le terrain, nous éclaire sur les enjeux moraux et politiques justifiant l'invocation de l'autorité médicale.

L'expertise collective de l'INSERM vient de rendre son verdict: la politique de Réduction des risques a obtenu des résultats

**« Le peuple méprisé est bientôt méprisable. Estimez-le, il s'élèvera. »
Alain**

incontestables, comme l'avait déjà prouvé l'évaluation nationale de l'INVS (Institut National de Veille Sanitaire). C'est ce qu'avait découvert en 2003 un rapport du sénat « La drogue, l'autre cancer ». Quelques sénateurs s'étaient alors emparés de la question des drogues, ignorant que la politique de Réduction des risques avait été expérimentée par Simone Veil et persuadés a priori qu'il s'agissait d'une politique laxiste menée par la gauche. Mais ceux qui avaient espéré qu'on renoncerait à « donner de la drogue aux drogués » en ont été pour leurs frais: il n'y

avait plus un seul expert pour contester l'utilité des traitements de substitution ni même plus globalement la Réduction

des risques dont ces traitements faisaient initialement partie en France.

Ainsi donc, la politique de Réduction des risques a fait la preuve de son efficacité, avec, de 1994 à 1999 une baisse de 80% des OD mortelles, des 2/3 de la mortalité liée au sida et de 67% des interpellations liées à l'héroïne. Il y aurait beaucoup de choses à dire sur ces chiffres, non pour contester les bons résultats obtenus mais pour en comprendre les enjeux — ce qu'ils disent et ce qu'ils ne disent pas. Mais le débat public



* Cet article est initialement paru dans *Multitudes* n°44, revue trimestrielle, printemps 2011. (<http://multitudes.samizdat.net>)

1. Anne Coppel est notamment l'auteure de *Peut-on civiliser les drogues? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, La Découverte, 2002.

n'autorise pas cette discussion : soit la Réduction des risques peut faire état de résultats « scientifiques », c'est-à-dire chiffrés, soit elle est taxée de laxisme et condamnée. Aussi, nous, les acteurs de la Réduction des risques, avons-nous dû nous approprier cette logique comptable au nom de la santé publique, même si nous étions comme moi-même tout à fait conscients des dangers de « la médicalisation des toxicomanes », pour reprendre la terminologie années 1980 ou pour le dire plus précisément, de l'invocation abusive de l'autorité médicale. Nous nous sommes gardés de protester lorsque le dispositif a été légalisé et institutionnalisé en 2004 avec des objectifs limités aux risques infectieux et à la baisse de la mortalité par overdoses. La médicalisation du dispositif était la condition de sa survie. Je n'ai pas osé dire alors que cette logique purement médicale condamnait à termes ce dispositif, le rendant incapable de répondre aux enjeux actuels des conséquences de l'usage de drogue.

C'est d'ailleurs ce que le rapport de l'INSERM pourrait laisser penser : en résumé, la Réduction des risques a démontré son efficacité dans la lutte contre le sida et dans les conséquences sanitaires de l'usage de l'héroïne mais elle ne parvient pas à faire face à l'épidémie d'hépatite, qui avec ses quelques 4 000 morts par an, est aujourd'hui une priorité incontestable de santé publique. Elle ne parvient pas non plus à contrer la hausse récente des overdoses mortelles. La question se pose d'abord en termes de moyens. Comment le dispositif pourrait-il être efficace alors qu'il n'a pas suffisamment d'équipes pour aller à la rencontre de ceux qui consomment actuellement des drogues, qu'il n'est pas en mesure de développer des expérimentations adaptées, et que ces actions de terrain ne sont pas soutenues par des campagnes nationales, tous moyens qui ont été mobilisés dans la lutte contre le sida. Mais comme toujours dans le débat sur les moyens des services, il faut aller au-delà de ce « toujours plus » tourné en dérision quand les principes qui fondent ces services sont contestés. C'est précisément le cas.

Car au-delà des moyens, le dispositif de Réduction des risques est confronté à deux contradictions majeures : **une conception archaïque de la santé publique et la criminalisation de l'usage comme priorité de la politique des drogues.**

Une conception archaïque de la santé publique

Cette conception archaïque invoque l'autorité médicale, en excluant la responsabilité des acteurs concernés. Avec la lutte contre le sida, l'expertise médicale s'est associée aux personnes concernées pour protéger effectivement leur santé. La difficulté initiale, réside dans le fait que, dans ce cas particulier, les acteurs concernés sont des « toxicomanes », malades de leur toxique ou délinquants selon la loi de 1970. Non seulement la responsabilisation des « toxicomanes » était peu crédible à priori, mais elle va en outre à l'encontre du cadre légal pour lequel l'interdit

La médicalisation du dispositif était la condition de sa survie.



s'affirme comme la principale réponse à l'usage tandis qu'avec l'injonction thérapeutique, le traitement devient alternative à l'incarcération. C'est mettre la médecine au service de la justice. Si le Dr Olievenstein n'a cessé de vilipender la santé publique, réduite à une fonction de contrôle social, c'est qu'il était bien placé pour savoir que dans le champ des drogues, la santé publique avait été instrumentalisée par le gouvernement. Appartenant au corps des experts sollicités par le ministère de la santé en 1970, il savait que la pénalisation de l'usage avait été imposée par Marcellin, alors ministre de l'Intérieur. Votée deux ans après 1968, la sévérité de la loi répondait à un impératif politique : réaffirmer l'autorité de l'État, tandis que la toxicomanie devenait symbolique d'une dérive contestataire. L'enjeu de cette loi était de reconstruire un consensus politique sur les valeurs d'ordre et d'autorité au nom de la protection de la santé. Ce détournement de la santé publique a eu de

nombreuses conséquences, dont le désinvestissement de ce champ par les experts, tous persuadés que le problème était une question de société sans réelle incidence sur la santé publique.

Depuis, pas à pas, l'expertise de santé publique a dénoué les liens qui la liaient au pouvoir politique, elle a reconquis son champ propre et développé ses propres concepts. On sait désormais que l'interdit n'est pas justifié par la dangerosité. Ainsi l'alcool et le tabac, drogues licites, sont plus dangereuses que le cannabis, drogue illicite. On sait aussi que l'usage, au contraire de la dépendance, ne relève pas d'un traitement médical. Voilà qui remet en cause le fondement de la loi de 1970, mais la classe politique ignore avec constance cette évolution des cadres conceptuels. Le fossé se creuse entre l'expertise et la demande sociale et pourtant, cette expertise est plus que jamais sollicitée, mais sa légitimité tient en partie à une conception traditionnelle de l'autorité médicale. Ainsi, lorsque les

Reconstruire un consensus politique sur les valeurs d'ordre et d'autorité au nom de la protection de la santé.



Actes des troisièmes Rencontres nationales de la Réduction des risques

Les 14 et 15 octobre 2010, l'Association française de réduction des risques (AFR), dont Anne Coppel est la présidente d'honneur, organisait dans la région parisienne les troisième Rencontres nationales de la Réduction des risques. Ces journées ont accueilli 600 personnes, militant(e)s professionnels ou bénévoles. Afin de permettre à celles et ceux qui n'ont pu être présents, ou qui n'ont pu assister à l'ensemble de ces Rencontres, l'AFR vient d'en éditer les Actes. Outre 22 heures d'enregistrement de l'ensemble des débats, ces Actes intègrent 56 pages des écrits fournis par les intervenants ainsi qu'un DVD de bonus reprenant les films passés dans la salle de cinéma.

Intégrée aux Actes, l'intervention d'Anne Coppel porte également sur les liaisons dangereuses entre Réduction des risques et médicalisation. A. Coppel s'insurge notamment contre l'idée

que la santé publique puisse être invoquée « pour justifier la répression de l'usage ». Elle y voit en effet « un détournement de la santé publique. Car la répression ne protège pas la santé ; bien au contraire, elle fait obstacle à l'accès aux soins, elle rend aussi le discours de prévention peu crédible. Plus les usagers sont réprimés, plus ils meurent : c'est là un fait validé par de nombreuses recherches menées en particulier aux États-Unis. » La sociologue d'en conclure qu'« il nous appartient de dénoncer ce détournement. »

Le bon de commande des Actes est téléchargeable sur le site web de l'association : <http://a-f-r.org>

sénateurs découvrent en 2003 les bons résultats obtenus par la Réduction des risques, ils l'attribuent au traitement médical, c'est à dire à la prescription de médicaments de substitution. Ils ont toutes les raisons de le penser puisque l'évaluation nationale a démontré que plus les médicaments sont accessibles, plus la baisse de la mortalité et de la délinquance sont attestées. Il reste une question que l'évaluation française n'a pas pu traiter : à quoi attribuer les très bons résultats obtenus par l'accès aux « médicaments de substitution » ? Car les médicaments en question ne sont pas des antibiotiques, dont les résultats sont systématiques, indépendants du contexte. Les études internationales montrent en effet que si les programmes méthadone contribuent tous à une amélioration de la santé et de l'insertion, il y a toutefois des variations importantes d'un programme à l'autre. Tout au long des années 1980, le débat sur la méthadone oppose des études qui attestent d'une protection effective de la santé quelquefois pour plus de 80 % des patients tandis que d'autres font état de méthadone détournée vers le marché noir, de programmes rapidement abandonnés et enfin de décès dus à la méthadone. Une recherche américaine a tranché ce débat : menée pendant 4 ans sur 4 000 patients et comparant six programmes différents, la recherche a porté sur ce que les chercheurs ont appelé « la boîte noire » du traitement, sans se limiter à une comparaison du profil des patients avant et après traitement. La réponse est que les bonnes pratiques obtiennent de bons résultats².

Le paradoxe français, c'est que ces très bons résultats ont été obtenus sans que les « bonnes pratiques » en question aient toujours été respectées. C'est aussi que le contexte de la prescription est très différent. Aux États-Unis, la prescription médicale de substituts était limitée à des programmes méthadone, très encadrés, et dont les posologies étaient limitées par des réglementations propres à chaque état. Avec le Subutex, nouveau médicament, prescrit par n'importe quel médecin généraliste, la France s'est lancée dans une aventure dont on ne pouvait pas prévoir l'issue. Il y a bien eu du reste des prescriptions erratiques et des détourne-

Le fossé se creuse entre l'expertise et la demande sociale et pourtant, cette expertise est plus que jamais sollicitée, mais sa légitimité tient en partie à une conception traditionnelle de l'autorité médicale.

ments vers le marché noir, mais c'est pourtant cette prescription large qui a permis à des usagers très nombreux de soigner leurs nombreuses pathologies somatiques en stabilisant leur dépendance. L'évaluation nationale menée par l'Institut national de veille sanitaire montre que plus le médicament est accessible, plus la baisse des overdoses mortelles est attestée. C'est également vrai pour la baisse de la délinquance, avec une réduction de 67 % des interpellations liées à l'héroïne en quatre ans. Voilà qui suggère deux interprétations très différentes, l'une attribuant les bons résultats au traitement médical tandis que l'autre remettrait en cause la prohibition, les usagers d'héroïne pouvant enfin échapper au marché noir. Je considère que ces deux interprétations sont également explicatives, mais elles ne sont pas suffisantes car il ne suffit pas de mettre un produit en vente libre pour changer aussi rapidement les comportements de ceux qui consomment des drogues. Quant au traitement médical, ce qui a fait son extraordinaire efficacité, c'est la façon dont il a été investi à la fois par les praticiens et par leurs patients. L'évaluation nationale s'est contentée de mettre en relation le nombre de médicaments vendus et les résultats et nous n'avons pas eu en France les moyens de mener une recherche évaluative sur cette fameuse « boîte noire » autrement dit sur ce qui se passe entre le patient et l'équipe soignante, mais si on considère la situation française, il faudrait aller au-delà de la relation soignant/soigné et prendre en compte tous les acteurs qui se sont investis les premières années dans cette nouvelle politique de santé soit principalement trois types d'acteurs :

– **les usagers d'héroïne eux-mêmes** : les héroïnomanes des années 1980, premiers patients de ces traitements, étaient les survivants d'une « catastrophe sanitaire et sociale » pour reprendre le diagnostic de la commission Henrion (1994). Ils sont devenus demandeurs de soin, d'autant qu'à la même période, le traitement du sida est devenu efficace. Cer-

2. Ball JC, Ross A., *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment: Patients, Programs, Services, and Outcomes*, New York, Springer-Verlag, 1991

tains d'entre eux se sont regroupés dans des associations, ont participé aux actions de terrain et diffusé une information d'autant plus crédible qu'eux-mêmes se sont appropriés les changements de comportement. Le junky des années 1980 ne s'imaginait pas en « acteur de santé », mais l'appel à la responsabilité a modifié à la fois les représentations et les comportements, ce dont atteste la baisse drastique des contaminations du sida dues à l'injection, de quelques 30 % à moins de 3 % aujourd'hui.

- **des militants associatifs**: issus en grande partie de la lutte contre le sida mais aussi de l'humanitaire avec Médecins du Monde, ces militants ont développé des expérimentations associant des usagers de drogues; ils ont légitimé les actions tant auprès des professionnels de santé que d'une façon plus générale dans l'opinion.
- **des professionnels de santé**: des pharmaciens et des médecins généralistes se sont regroupés dans des réseaux, de nouvelles pratiques cliniques se sont élaborées tout d'abord dans l'alliance thérapeutique, quelquefois en partenariat avec les associations de terrain et enfin avec une information issue de la littérature internationale. Ces réseaux ont apporté un soutien individuel aux praticiens qui le demandaient, ils ont organisé des formations, participé à des conférences nationales et internationales qui ont réuni tous les acteurs, sans se limiter aux professions médicales.

Cette mobilisation collective a été soutenue par le ministère de la santé et son administration, qui, à partir des premières actions expérimentées sur le terrain a développé une véritable politique de santé publique. Mais menée au nom de l'urgence médicale, la programmation officielle a passé sous silence le soutien aux associations d'usagers de drogues. Ainsi, le plan 1999-2001 de la MILDT n'en fait pas mention: des drogués, comme partenaires, ça ne fait pas très sérieux! Chaque nouveau gouvernement découvre à son tour les subventions à ces associations, interprétées comme du laxisme, sauvées dernièrement in extremis comme association de « malades » par la Direction générale de la santé.

La criminalisation de l'usager comme priorité de la politique des drogues

La politique de santé publique développée par l'administration de la santé, n'a jamais été discutée et décidée par les parlementaires. Aussi a-t-elle dû constamment démontrer qu'elle ne remettait pas en cause la loi de 1970. Il y a pourtant une contradiction évidente entre distribuer des seringues et interdire leur utilisation. C'est la raison pour laquelle Simone Veil a donné à ce dispositif un statut expérimental, associé à une évaluation, son intégration dans le dispositif légal devant entraîner un changement du cadre législatif. Mais en 1999, alors que les bons résultats étaient avérés, le gouvernement de gauche s'est refusé à dépénaliser l'usage — dépénalisation inutile, disait-on, puisqu'elle se pratiquait de fait, et qu'elle risquait de donner « un mauvais message ».

À partir de 2003, la lutte contre les usagers de cannabis est devenue la priorité de l'action gouvernementale en matière de drogue. Ce tournant a été d'autant plus aisé que l'épidémie de sida due à l'injection n'était plus une menace et que l'héroïne était devenue invisible. Par contre l'usage de cannabis, bien que toujours réprimé, n'avait cessé de progresser. Pour Sarkozy, alors ministre de l'Intérieur, la répression de l'usage n'a pas été efficace parce qu'elle n'était pas systématique. Inspiré de la politique de tolérance zéro menée aux États-Unis, un dispositif est mis en place dans le cadre de la lutte contre la délinquance, avec multiplication des interpellations et des gardes à vue, sanctions systématiques, comparutions immédiates et peines plancher. Seule innovation en matière de santé, la création de consultations cannabis qui, dans l'esprit de la classe politique, s'inscrivent dans la logique de la loi de 1970, faisant du traitement une alternative à la répression. Les professionnels de soin ont bien contesté cette focalisation sur le seul cannabis, ils n'en ont pas moins accepté ces subventions qui offraient l'opportunité d'apporter un soutien à des usagers en difficulté en élargissant l'offre aux polyusages avec abus d'alcool et autres drogues. Les spécialistes n'ont

La performance à tout prix. Quelle politique en matière de dopage ?

Journée d'étude le mardi 20 septembre 2011
Palais des Congrès de Liège
Esplanade de l'Europe, 2
4020 Liège

Le gouvernement fédéral admet l'utopie d'un monde sans drogues pour suggérer une approche du phénomène davantage axée sur la santé que sur la répression. Mais ce constat vaut-il pour le sport de compétition ? La prévention, la réduction des risques et le soin forment-ils les piliers prioritaires d'une politique globale et intégrée du dopage ?

La Liaison Antiprohibitionniste consacre une journée d'étude pour faire le point sur un phénomène difficile à appréhender avec les outils conventionnels de promotion de la santé. Nous envisagerons les déterminants du dopage, les enjeux de la lutte anti-dopage, les relations entre quête de performances et usages de drogues et nous réfléchirons aux hypothèses d'une politique cohérente dans ce domaine.

Programme de la journée

9h-10h Accueil (Foyer des délégués)

Séance plénière (Salle Charles Rogier: 10h-13h)

10h-10h15 Introduction

10h15-10h45 *Dopage. Acteurs et enjeux: qui est sur le ring ?* Miguel Rwubisisi (Eurotox asbl)

10h45-11h15 *Conduites de dépendance sportives: l'impossible reconnaissance d'un problème de santé publique ?*
Jean-Pierre Escriva (sociologue, maître de conférences et membre du Groupe de recherches sociologiques du Centre-Ouest)

11h15-11h30 Pause

11h30-12h *À quelles conditions la répression du dopage peut-elle se pratiquer légitimement et licitement ?*
Maître Luc Misson (praticien du droit des sports)

12h-12h30 *De l'esprit du sport au jeu de la performance, pistes de réflexion sur le devenir de la lutte anti-dopage.*
Pr. Alexandre Mauron (directeur de l'Institut d'éthique biomédicale de Genève)

12h30-13h Échanges avec le public

13h-14h Lunch

Ateliers (Foyers des délégués 14h-15h30)

Atelier 1 *Est-il opportun d'étendre les stratégies de réduction des risques au dopage ?*
Catherine Van Huyck (Modus Vivendi)

Atelier 2 *Faut-il légaliser le dopage ?* Bruno Valkeneers (Liaison Antiprohibitionniste)

Atelier 3 *Sport et dépendances: constats et réflexions sur les modalités de prévention.*
Manuel Dupuis (Psychosport asbl et l'Orée asbl)

Compte rendu des ateliers en séance plénière (16h-17h)

17h Clôture de la journée

Entrée gratuite pour les membres de Liaison Antiprohibitionniste

Si non: 15 € et la possibilité de devenir membre sympathisant (petit déjeuner 9h et pauses café compris)

Formule repas disponible sur réservation (lunch et boissons): 25 € hors frais d'entrée

Paiement sur le compte bancaire: 068-2183086-31 / IBAN: BE04-0682183086-31

Inscription en envoyant: nom, prénom, institution et la formule choisie à:

Liaison antiprohibitionniste, 130 rue Van Artevelde, 1000 Bruxelles

Contact Bruno Valkeneers +32 478 18 97 la@skynet.be www.laliation.org



Une réalisation de Liaison Antiprohibitionniste avec le soutien de la Wallonie et de la Communauté Française

Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques

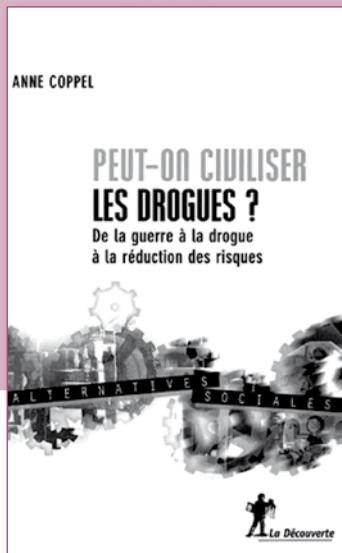
Anne Coppel, éditions La Découverte, collection Alternatives sociales, 2002.

Peut-on civiliser les drogues ? L'interrogation est scandaleuse : la guerre à la drogue ne doit-elle pas être menée sans merci, les trafiquants pourchassés, les toxicomanes soignés ou punis ? Le discours du « tout répressif » sous-tend toujours la loi mais, progressivement, une nouvelle logique de pensée a pris forme. L'élargissement de la lutte contre les toxicomanies à l'alcool et au tabac marque en effet une véritable révolution dans les esprits : nous nous affrontons désormais à la réalité des risques, que les drogues soient licites ou illicites. Ce tournant fut pris pour faire face à l'épidémie de sida ; parce qu'il fallait agir efficacement, il a fallu accepter de parler vrai. Pour comprendre comment se sont forgées ces nouvelles façons de penser, il faut aller au plus près du terrain, à la rencontre des usagers de drogues, ce qui ne va pas de soi.

C'est cette aventure que nous raconte Anne Coppel, pionnière de la « réduction des risques », en France. Femme de terrain et chercheuse, elle retrace ici dix années d'expérience qui sont aussi dix années de luttes communes menées par des chercheurs, des praticiens et des usagers de drogues.

Car l'ambition de l'auteur est bien là : sortir les drogués de leur ghetto en donnant les clés des débats actuels, qui, de l'insécurité au communautarisme, dépassent largement la question des drogues. Il en ressort un livre passionnant, à la fois journal de bord de l'auteur, et synthèse remarquable de cette « aventure de l'esprit » que fut la politique de réduction des risques en France. (Texte de l'éditeur.)

Cet ouvrage peut être consulté et/ou emprunté au centre de documentation de Prospective Jeunesse (contact : danielle.dombret@prospective-jeunesse.be)



pas le choix : ils ont dit et répété que « la toxicomanie » n'est pas un concept médical, la dépendance n'étant pas spécifique aux drogues illicites, mais leur action s'inscrit toujours dans le dispositif légal de « la lutte contre la toxicomanie ».

L'expertise entre répression et soin

L'ambiguïté est aussi une constante de l'expertise. Si la santé publique a bien développé une expertise qui lui est propre, la façon dont cette expertise est menée n'en reste pas moins le produit d'une négociation. Elle doit s'inscrire dans un cadre délimité par la demande qui détermine en partie ses conclusions. Ainsi le rapport de l'INSERM a bien établi l'efficacité de la

Réduction des risques dans la lutte contre le sida, mais il n'a pas remis en cause les missions du dispositif institutionnel de Réduction des risques limité aux quelque 200 000 usagers « problématiques », assimilés à la grande exclusion.

Les millions d'usagers restant ont ainsi été abandonnés à la logique « répression ou soin » inscrite dans la loi. Limiter la Réduction des risques à la grande exclusion est d'autant plus absurde qu'on a toutes les raisons de penser que ceux qui consomment des drogues illicites aujourd'hui appartiennent en bonne part aux classes moyennes. Faute de données, il est impossible de savoir quelle part d'entre eux est exposée au risque de contamination par le virus de l'hépatite. Il y a bien quelques équipes qui interviennent en milieu festif et qui, à ce titre, touchent une population plus large mais ces équipes, peu nombreuses et majoritairement bénévoles, ne sont pas intégrées dans le dispositif institutionnel de Réduction des risques. L'INSERM n'a pas pris en compte leur action, « faute de données scientifiques » a-t-elle dit. L'expertise est aussi limitée par les données existantes, qui elles-mêmes sont déterminées par les budgets de recherche.

De même, l'INSERM n'a pas mis en relation la hausse récente des overdoses mortelles et le renforcement de la répression. Le lien a pourtant été établi dans des recherches internationales parfaitement validées, mais cette expertise collective ne s'est pas autorisée à aborder une question qui ne lui était pas posée. Au reste, l'expérience française en a fait la démonstration : la terrible mortalité des héroïnomanes des années 1980 n'était pas due à la « toxicomanie » elle-même mais à la répression et à la clandestinité, qui démultiplie les prises de risques et fait obstacle à l'accès aux soins. Au reste, Michel Kazatchkine, directeur exécutif du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme l'a dit avec force, en conclusion de la conférence de Vienne de 2010 : « *La criminalisation des usagers de drogues, nous le savons, est un vecteur de propagation de l'épidémie.* » Il s'agissait ici de l'épidémie de sida mais Michel

Kazatchkine a franchi un pas de plus : « *l'une des priorités pour le monde est de faire cesser les fonds alloués à la soit disant « guerre contre la drogue » qui s'est révélée être un échec et s'est trop souvent transformée en une guerre contre les usagers et leurs communautés. Les fonds publics devraient au contraire fournir à tous ceux et celles qui en ont besoin un accès aux services de Réduction des risques*³. »

La guerre à la drogue se mène au nom de la santé publique et les experts de ce champ sont aujourd'hui les seuls qui ont autorité pour la contester. Pourtant les conséquences de cette guerre sont loin d'être purement sanitaires. Aux États-Unis, la politique de tolérance-zéro menée depuis plus de 15 ans a abouti à des incarcérations qui se comptent en millions sans pour autant susciter un véritable débat public sur la politique des drogues. Des économistes et sociologues ont bien montré l'inefficacité des incarcérations massives pour limiter la consommation de drogue et les effets contre-productifs de l'enfermement dans la délinquance et dans l'exclusion, ils ne sont pas audibles. Une porte s'est entrouverte aujourd'hui avec le cannabis thérapeutique. Un paradoxe au regard de la politique des drogues, l'usage thérapeutique étant sans doute marginal au regard de l'usage récréatif. Du moins les médecins peuvent-ils se prononcer et attester que « oui, il y a bien des usages thérapeutiques du cannabis » et l'opinion s'est retournée. Le même retournement a été observé en France, à chaque fois que l'expertise médicale s'est fait entendre, lors de la mise en vente libre des seringues, puis avec les traitements de substitution et dernièrement avec les salles de consommation.

Placer l'usager citoyen au centre du dispositif de Réduction des risques

L'opinion publique ne cesse de demander aux médecins de prendre en charge non seulement les drogués eux-mêmes, mais également la question des drogues. Dans ce domaine, comme dans bien d'autres, les experts sont mis en demeure de trancher dans des débats publics qui

débordent largement le champ propre de la santé. Sollicités au nom de « La Science », ils sont pris dans un étau : s'ils reconnaissent les limites de leur expertise, ils limitent leur pouvoir et leur influence. La dictature du chiffre impose le silence sur la façon dont ces chiffres sont construits. Les professionnels de santé qui se sont investis dans l'innovation sociale de la Réduction des risques savent pertinemment que son efficacité tient à l'alliance avec l'utilisateur, considéré non comme un malade mais comme un citoyen ordinaire. C'est précisément ces pratiques innovantes que les études quantitatives n'ont pas mesurées. Pour autant, les évaluations ont été très nombreuses, la démarche de Réduction des risques allant à l'encontre aussi bien du cadre légal que des opinions collectives. Au niveau international, les résultats obtenus donnent aux experts les moyens de proposer des stratégies alternatives à la guerre à la drogue. C'est un tournant majeur dans les politiques de drogues. Nous aurions mauvaise grâce à contester un contre-pouvoir qui s'avère, selon ses missions, effectivement protecteur de la santé publique. Encore faut-il que le savant, pris de vertige, ne se mue pas en prêtre des temps modernes. L'exclusion de l'expertise médicale du champ des drogues a eu des conséquences dramatiques, mais prenons garde de ne pas verser dans des illusions symétriques. Ceux qui hier assimilaient les neurosciences à une idéologie totalitaire ont été réduits au silence et l'addictologie l'a emporté, au nom de la science. Voilà qui soulève nombre de questions épistémologiques, telles que les relations entre sciences fondamentales et sciences appliquées, sans oublier la question des relations entre sciences fondamentales et sciences sociales.

C'est là un autre débat et je me contenterai, en guise de conclusion, de rappeler que le danger principal est la domination d'un seul type d'expertise. La santé publique n'est pas qu'une affaire médicale, elle concerne tout autant le citoyen ordinaire, fût-il consommateurs de drogues. Il appartient aux experts sollicités par la demande sociale de ne pas l'oublier.

Ils ont dit et répété que « la toxicomanie » n'est pas un concept médical, la dépendance n'étant pas spécifique aux drogues illicites, mais leur action s'inscrit toujours dans le dispositif légal de « la lutte contre la toxicomanie ».

3. Le blog de Michel Kazatchkine : <http://kazatchkine.blog.lemonde.fr>

Nouvelle santé publique et individualisation

> Entretien avec **Henri Bergeron**, sociologue, chargé de recherches au CSO - CNRS - Sciences Po et coordinateur scientifique de la chaire Santé de Sciences Po (vice-président)*

Dans le sillage des analyses du philosophe Michel Foucault, Henri Bergeron s'est attaché à montrer que nombre des politiques de prévention, de promotion de la santé et de réduction des risques qui font actuellement autorité sont symptomatiques d'une culture de l'individu d'inspiration néolibérale. Son propos n'est évidemment pas de nier les bienfaits de ces politiques, obtenus aussi bien dans le domaine sanitaire (diminution des contaminations VIH, des surdoses) que dans celui du social (obtenions de nouveaux droits, processus de dé-stigmatisation), mais de souligner qu'elles s'accordent à merveille avec une certaine fiction politique atomiste selon laquelle les « styles de vie » peuvent être conçus de manière plus ou moins indépendante des forces sociales et économiques qui les contraignent. Bref, que ces politiques sont caractéristiques d'un État qui insiste plus manifestement sur la responsabilisation des individus que sur la solidarité collective.

* Propos recueillis par Julien Nève.

1. Les réflexions que M. Foucault résume sous ce néologisme sont majoritairement issues des cours qu'il dispensa au Collège de France dans les années 1970 et qui ont fait l'objet de plusieurs publications dans les années 2000. Voir notamment : *Sécurité, Territoire, Population: Cours au Collège de France, 1977-1978*, Gallimard, 2004 et *Naissance de la biopolitique: Cours au Collège de France, 1978-1979*, Gallimard, 2004. Le domaine d'étude auquel renvoie la gouvernementalité propose d'examiner les diverses rationalités gouvernementales selon l'analyse de leurs moyens d'opération.

2. Michel Foucault, *L'Herméneutique du sujet: Cours au Collège de France 1981-1982*, Gallimard, 2001. Foucault analyse la façon dont les « technologies de soi » prennent progressivement le relais des techno-

À l'occasion d'une récente conférence, vous vous êtes attardé sur le concept de « nouvelle santé publique ». Qu'entendez-vous par là ?

L'appellation « nouvelle santé publique » est avant tout une référence aux travaux de chercheurs anglo-saxons, eux-mêmes inspirés par les travaux de Michel Foucault sur la « gouvernementalité¹ » et les « technologies de soi² ». De leurs analyses des politiques de santé publique modernes, il convient en premier lieu de retenir que ces politiques visent à essayer de réduire l'occurrence de certaines pathologies, c'est-à-dire de certains troubles ou comportements identifiés comme étant des facteurs de risque. Pour ce faire, elles ont comme ambition principale la transformation

des comportements individuels. L'idée étant que par agrégation, les comportements ainsi transformés contribuent au bien collectif qu'est la santé publique. Cette volonté de transformation des comportements a toujours été au cœur des politiques de santé publique. Quand Michel Foucault analyse les dispositifs de sécurité et prend volontairement les exemples de la lutte anti variolique ou de la lutte contre la disette, c'est précisément pour montrer qu'à travers elles, on vise à jouer sur la dynamique sociale du phénomène et donc aussi sur les individus eux-mêmes pour retourner le phénomène contre lui-même.

Si la transformation des comportements a toujours caractérisé

Les politiques de santé publique, quelle est alors leur nouveauté ?

La nouveauté tient à ce que cette perspective de transformation occupe désormais toute la place dans l'éventail des politiques possibles. Autrement dit, on cherche à transformer les comportements sans s'attaquer à ce que l'épidémiologie ne cesse de mettre en évidence, à savoir la contribution décisive des inégalités sociales et économiques aux inégalités face aux risques, à la maladie et à la santé. Pour lutter contre une pathologie, un trouble ou tout autre phénomène qui a été identifié comme un problème de santé publique, il faut bien sûr travailler à transformer les comportements individuels mais il faut aussi et surtout travailler à transformer les conditions socio-économiques qui sont déterminantes dans l'évolution desdits comportements. Or, les nouvelles politiques de santé publique sont des politiques qui se préoccupent assez peu de réduire les inégalités sociales liées à la santé, bien que d'un point de vue rhétorique, cette dimension soit présente partout, en ce compris dans les lois françaises qui, toutes, invitent à « lutter contre les inégalités sociales de santé ». En réalité, l'État n'a plus vraiment les moyens de renforcer ce genre de politique et donc de diminuer l'inégalité face à la maladie. Leur coût élevé s'accorde assez mal avec le contexte actuel d'effritement des politiques de couverture solidaire du risque maladie.

Ce sont donc les facteurs de risque individuels qui priment sur le reste.

Tout à fait. On travaille principalement sur les facteurs de risque individuels, c'est-à-dire sur les styles de vie. C'est l'une des caractéristiques essentielles d'un État qui non seulement n'a plus les moyens de maintenir un niveau de protection sociale relativement élevé et de le développer, mais qui est en plus incapable de se montrer agressif vis-à-vis des intérêts économiques; lesquels, bien évidemment, contribuent à ces problèmes de santé publique.

Quelles sont les autres caractéristiques de ces nouvelles politiques de santé publique ?



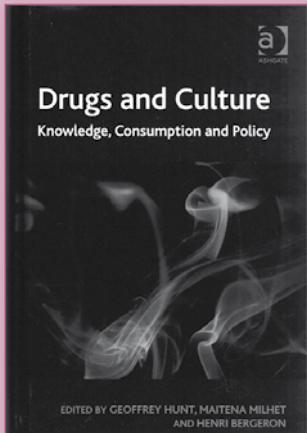
La première idée consiste donc à dire que cette insistance sur la responsabilité et la transformation des comportements individuels va de pair avec un effritement des politiques de réduction des inégalités de l'État ou, pour le dire autrement, des politiques collectives et de solidarité. Elle va également de pair avec un rapport de pouvoir structurellement défavorable de l'État face aux industries. La deuxième idée qui m'intéresse tout particulièrement, stipule quant à elle que ces politiques, tout en visant la transformation individuelle, le font en jouant sur l'autonomie des individus.

On a effectivement tendance à survaloriser le concept d'autonomie, notamment dans le champ de la promotion de la santé.

logies de la domination. L'individu est soumis à l'injonction de s'auto-produire et devient le principe de son propre assujettissement. Actuellement, les politiques menées en matière de drogues mettent effectivement en place des instruments analogues aux technologies de soi : les usagers sont soumis à tout un ensemble de contraintes directes et indirectes, non coercitives en vue d'en faire des individus capables, des citoyens maîtres de leur corps et de leur esprit, en capacité de prendre des décisions. Mais ne nous y trompons pas, l'objectif final de cette persuasion non contraignante consiste toujours à ramener les brebis égarées dans la collectivité.

Drugs and Culture: Knowledge, Consumption and Policy

Sous la direction de Geoffrey Hunt, Maitena Milhet et Henri Bergeron, éditions Ashgate, 2011.



Rassemblant des contributions d'historiens, sociologues, anthropologues et politistes, l'ouvrage publié aux éditions Ashgate prolonge les réflexions ouvertes par la conférence internationale Drogues et Cultures.

Rassemblant des chercheurs en sciences humaines et sociales originaires d'Europe et des États-Unis pour trois jours de débats la conférence se proposait de faire émerger de nouvelles pistes de compréhension du phénomène des drogues en abordant la problématique sous un angle multidisciplinaire. L'ouvrage prolonge les réflexions et les enseignements présentés lors de cette conférence. La publication se structure en trois grandes parties, reprenant et développant chacune un des aspects évoqués lors de la conférence

Le premier ensemble d'articles centré sur la connaissance s'interroge sur **la structuration de notre savoir actuel sur les drogues**. La prééminence de certaines disciplines (épidémiologie, psychiatrie et neurobiologie) dans l'approche dominante, ainsi que le poids des mythes et des à priori dans la façon d'appréhender ces thématiques sont notamment évoqués.

La deuxième partie se concentre sur **les usages, leurs contextes et motivations**. L'importance de l'aspect rituel de certaines consommations, la prise en compte de la dimension du plaisir dans les usages sont examinés tandis que sont décrites les ressemblances et divergences des pratiques au plan géographique.

Enfin, dans sa troisième partie de l'ouvrage analyse **les réponses publiques**. Outre l'approche historique qui revient sur les évolutions les plus marquantes dans nos sociétés modernes, différentes contributions décrivent les mécanismes à l'œuvre dans l'élaboration de ces politiques et leurs conséquences.

Cette insistance sur la responsabilité et la transformation des comportements individuels va de pair avec un effritement des politiques de réduction des inégalités.

Jusque dans les années 1970, les politiques de santé publique dont la promotion et l'éducation à la santé étaient des politiques caractérisées par un discours assez paternaliste et moralisateur. Par ailleurs, dans le contexte de pleine expansion des politiques de l'État-Providence, elles ne constituaient qu'un instrument parmi d'autres dans l'arsenal d'actions politiques visant la transformation des comportements individuels. Aujourd'hui, outre qu'elles sont devenues l'instrument principal de cette entreprise de transformation, ces politiques ne peuvent plus s'appuyer sur le même type de discours. Exit le paternalisme. Désormais, il s'agit de jouer sur l'autonomie individuelle et faire en sorte qu'on trouve dans l'esprit même des individus la dynamique qui permettra d'initier la transformation du comportement individuel. On va donc travailler sur leurs représentations collectives et sociales, chercher à susciter un plaisir de transformation individuelle en jouant sur les attitudes, les croyances, pour au final essayer d'amener l'individu à transformer

son comportement. Par conséquent, les sciences qui ont été convoquées pour appuyer ce mouvement sont des sciences qui ont un regard essentiellement individualiste. La nouvelle santé publique correspond au développement de ce que Michel Foucault appelait les technologies de soi qui visent à jouer sur l'autonomie des individus pour, in fine, les rendre hétéronomes, c'est-à-dire dépendant ou agissant en fonction de normes de santé publique définies par d'autres. Tout en leur laissant la possibilité de ne pas adhérer à la direction suggérée. Ces derniers restent donc les « architectes de leurs choix ».

En effet, comme le suggérait Foucault, le pouvoir disciplinaire évolue vers des technologies de pouvoir de plus en plus diffuses. Leur emprise sur les individus ne se fait plus vraiment sur le mode de l'imposition mais plutôt sur un mode que l'on pourrait qualifier de participatif.

Ces technologies ne cherchent effectivement pas à imposer des normes mais à convaincre l'individu d'y adhérer de façon autonome. À partir des

années 1970 jusqu'à une période récente, on a eu recours à toute une série de savoirs psychologiques et socio-psychologiques destinés à comprendre le fonctionnement « interne » des individus. Actuellement, on assiste à une alliance assez subtile entre quatre nouveaux savoirs. Il y a d'abord ce qu'on appelle l'économie comportementale, cette nouvelle économie américaine dont Obama s'est beaucoup inspiré et qui a aussi séduit Sarkozy comme le montre la création du Conseil d'analyse stratégique. Contrairement à l'économie néo-classique qui suppose que les individus sont par nature des êtres rationnels, l'économie comportementale part du principe selon lequel les individus sont affectés de biais cognitifs les empêchant d'être parfaitement rationnels. L'idée consiste donc à jouer sur ces biais, à les investir, pour induire des changements comportementaux et orienter les décisions des individus. Les anglo-saxons ont ainsi construit toute une théorie autour du concept de nudge, qui signifie littéralement « pousser du coude. » En français, on parlerait plutôt de coup de pouce. Dans le cas de l'obésité, la stratégie de prévention va par exemple consister à insérer un chips rouge à intervalles réguliers entre des chips classiques conditionnés dans des tubes cartonnés. En utilisant ce genre de marqueurs visuels, on cherche à donner des signaux au mangeur, on lui donne donc un « coup de pouce » pour l'inciter à marquer des temps de pause.

Quels sont les autres savoirs auxquels vous faites référence ?

L'allié naturel de l'économie comportementale est évidemment la psychologie cognitive, un savoir qui travaille depuis longtemps sur ces biais et sur la façon de les manipuler pour inciter les individus à se comporter différemment. Troisième type de savoir : la neurobiologie et la neuro-imagerie qui, dans le domaine de la communication, étudient le mode de réaction des individus, la façon dont leur cerveau est activé quand ils sont exposés à certains types de message ou de communication. Le but étant ici aussi d'améliorer les stratégies de communication. Le dernier savoir auquel je fais référence n'est pas vraiment une discipline mais plutôt une synthèse des théories précédentes. Il s'agit

du marketing social qui, comme son nom l'indique, rassemble les techniques du marketing en les adaptant à des causes sociales. Le principe consiste à jouer avec les instruments du marché contre le marché. Beaucoup de nos comportements de consommation sont en effet influencés par les outils du marketing.

En quoi ces différents savoirs font-ils alliance ?

Ces quatre nouveaux savoirs qui commencent à remplacer les théories des sociologues et des psycho-sociologues forment une alliance, autrement dit un dispositif de savoir et de pouvoir, en vue de nourrir les desseins propres aux instruments des politiques publiques. En ce sens, ils relèvent bien de la logique des dispositifs de sécurité analysée par Michel Foucault. Plutôt que d'imposer des normes ou des directions pour transformer les comportements, plutôt que de faire l'hypothèse que les individus peuvent être rationnels coûte que coûte et donc de les bombarder d'informations rationnelles sur les risques ou les dangers qu'ils prennent en adoptant tel type de comportement, on va jouer avec leurs biais cognitifs. L'idée directrice est que l'individu ait toujours l'impression qu'il a la possibilité de ne pas adhérer à la direction suggérée et qu'il reste donc l'architecte de son choix.

Dans ce que vous dites, je retrouve beaucoup d'éléments qui sont au cœur de la logique de la promotion de la santé.

Tout à fait. La promotion de la santé fait partie de ces nouvelles politiques de santé publique caractérisées par le fait qu'elles misent essentiellement sur la transformation des comportements individuels en recourant de plus en plus à des savoirs issus à la fois des sciences dites dures et du monde marchand. On agit sur les individus non pas en tant que citoyens capables de recevoir une information qui de manière rationnelle les incitera à transformer leurs comportements, mais en tant que consommateurs à séduire. La prévention, finalement, a fait sienne une conception marchande des comportements individuels, sur lesquels on peut agir, selon les cas, par les technologies de l'information et de

la communication, par les prix et par la qualité. Désormais, la boîte à outil du décideur en santé publique a plus à voir avec le marketing qu'avec la panoplie des instruments de lutte contre les inégalités sociales face à la santé et aux risques. Les implications sont importantes car désormais on fait peser le poids de la transformation sociale en vue d'un bien collectif quasiment sur la seule responsabilité des individus.

La responsabilité individuelle est effectivement mise à toutes les sauces.

De la même manière, on nous dit qu'il faut rouler moins avec notre voiture dans Paris pour éviter que la ville ne soit trop polluée alors même que l'on sait par ailleurs qu'à Paris 80 % de la pollution atmosphérique est liée aux industries implantées dans la région. Ce cadrage particulier sur des responsabilités individuelles est très significatif des politiques de santé publique nouvelles. Ce qui est tout à fait compatible avec la situation financière des Etats-providences européens. Compatible aussi avec l'impuissance de l'État à imposer, par des dispositions réglementaires agressives, une transformation du comportement de l'autre contributeur aux nombreux problèmes de santé publique actuels que sont les industries.

En quoi la thématique des drogues et des politiques qui y sont liées est-elle symptomatique de ce nouveau paradigme ?

D'une manière générale, l'approche sur les drogues, qu'elle soit répressive ou sanitaire, a toujours été une approche qui n'a jamais tenu compte des conditions socio-économiques dans l'explication des actes ou des comportements. Elle s'est toujours focalisée sur la faute individuelle. On est drogué ou on consomme des drogues parce que d'un point de vue individuel on est fautif ou parce qu'on a une volonté défaillante de s'abstenir. Le fait que certaines drogues soient consommées par des groupes sociaux spécifiques dont certains fortement défavorisés n'a jamais été pris en compte dans la mise en œuvre des politiques, notamment les politiques répressives visant à sanctionner l'usage.

Et comment qualifieriez-vous les politiques de Réduction des risques ?

Le mouvement de la Réduction des risques peut lui aussi être dit comme relevant des nouvelles politiques de santé publique ; lesquelles sont, je le rappelle, caractérisées par leur inscription dans la perspective néolibérale d'insistance sur la responsabilité individuelle. La Réduction des risques fait effectivement le pari que les toxicomanes, les usagers de drogue, sont responsables, autonomes, et pour peu qu'ils soient bien informés sur les risques, capables de prendre en main leur santé. En jouant ainsi sur l'autonomie, la Réduction des risques peut sembler très ambiguë. D'un côté, elle marque une avancée considérable qui consiste à désinfantiliser les toxicomanes, à leur faire confiance, et à les estimer capables de s'occuper de leur propre santé. Ce qu'une certaine perspective psychanalytique a pendant longtemps nié. En outre, de ce point de vue, la Réduction des risques a contribué à obtenir des résultats extrêmement importants : réduction des overdoses, diminution des contaminations VIH et VHC, réduction d'une forme de nuisance sociale. D'un autre côté, La Réduction des risques est un dispositif qui tend à produire, reproduire et approfondir la perspective néolibérale d'un individu qui peut être autonome, qui peut agir par lui-même, pour peu qu'on lui fasse suffisamment confiance et qu'on lui donne les informations nécessaires. Ce qui contribue à entretenir la fiction d'un individu autonome mais aussi atomisé, c'est-à-dire d'un individu qui n'est pas relié à un environnement social particulier, qui est pensé comme relativement égal d'un point de vue socio-économique.

La Réduction des risques est donc un levier important mais incomplet.

En effet, il ne faut pas oublier que ceux qui prennent des risques sont généralement des personnes confrontées à des situations catastrophiques. Ce sont par exemple des femmes qui, dans une relation de domination vis à vis de leur compagnon, récupèrent leur seringue. Or, pour transformer ces inégalités sociales ou ces rapports des genres dominant/dominé, il ne suffit pas simplement de mettre de la méthadone à

3. Voir notamment: Jean-Jacques Yvorel, *Les poisons de l'esprit; drogues et drogués au XIX^e siècle*, Quai Voltaire, 1992.

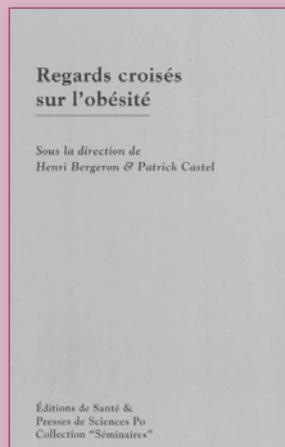
Regards croisés sur l'obésité

Sous la direction d'Henri Bergeron et Patrick Castel, éditions de Santé et Presses de SciencesPo, collection « Séminaires », 2010.

Si sa stigmatisation est ancienne, le fait que l'obésité soit perçue comme un problème majeur de santé publique est d'occurrence récente. Pourtant, de nombreuses interrogations restent en suspens et toutes les controverses ne sont pas closes. Quelle est l'ampleur réelle du phénomène et la mesure-t-on avec les « bons » instruments ? Peut-on se mettre d'accord sur ses principaux déterminants ? L'augmentation du nombre d'individus en surpoids ou obèses suffit-elle à expliquer l'inscription de l'obésité sur l'agenda public et le déploiement de toutes ces politiques et mesures ? Quelles interventions sont possibles, et lesquelles sont en réalité privilégiées ? Quelles en sont les conséquences sur le phénomène, les individus et les relations qu'ils nouent entre eux ?

L'ouvrage entend, si ce n'est apporter des réponses définitives à ces questions, contribuer à les éclairer par des analyses stimulantes. Il réunit, à cette fin, les regards particuliers que portent sur l'obésité, de manière croisée, la médecine, l'épidémiologie, la science politique, la sociologie, l'économie et l'anthropologie.

Les différents spécialistes qui s'y expriment pointent la complexité du phénomène, la variété des processus et mécanismes générateurs tenus pour responsable de cette « épidémie mondiale », mais ils insistent aussi sur les inégalités sociales face à l'obésité. **Ces différentes contributions mettent finalement en évidence que les politiques de prévention menées jusqu'ici misent en priorité sur la responsabilisation d'individus conçus comme autonomes et rationnels, tout en soulignant également les limites.** (Texte de l'éditeur)



disposition, de distribuer des flyers d'informations sur les risques que l'on court, d'ouvrir des hébergements d'urgence. Même si ces mesures sont utiles et précieuses, il faut aussi activer des politiques qui visent à majorer la protection sociale des individus qui s'injectent ou sont devenus drogués en partie parce qu'ils ont été confrontés à des situations socio-économiques qui n'étaient pas des plus réjouissantes. C'est aussi une réalité de l'héroïne que d'attirer à elle un certain nombre de personnes en situation de précarité. En dépit des avancées formidables entraînées par la Réduction des risques, il faut donc faire attention à ce qu'elle ne soit pas seulement un tampon social qui empêcherait de lutter contre d'autres causes socio-économiques de l'abus de certaines substances.

Dans une récente conférence, vous avez parlé d'une médicalisation des addictions en tant que mouvement inachevé. Que vouliez-vous dire ?

Les tentatives de médicalisation de l'usage de drogues sont déjà fort anciennes. On peut distinguer quatre mouvements. Fin XIX^e, le premier

mouvement peut être décrit comme une tentative de psychopathologisation, pour reprendre le terme utilisé par l'historien Jean-Jacques Yvoirel³. La toxicomanie est alors définie comme une entité nosographique de la psychiatrie ou en tous cas du traitement de la folie, extrêmement instable, aux frontières assez troubles. Cette approche demeurera inachevée car elle ne sera le fait que de quelques médecins et professeurs de psychiatrie et ne dominera jamais la régulation qui restera essentiellement une régulation de type répressive ou commerciale d'organisation du trafic, et ce jusque dans les années 1970.

La médicalisation ne débute donc vraiment que dans les années 1970.

En effet, à partir des années 1970 on assiste à une vraie montée en charge de la médicalisation dans tous les pays européens, au sens où le toxicomane ou l'usager de drogue ne va plus simplement être pensé au prisme des menaces qu'il fait peser sur l'ordre public, mais va également être pensé sous la forme d'un individu atteint d'une maladie. Le délinquant se double d'un malade. Un certain nombre de lois vont d'ailleurs incarner ce principe

général dans des dispositions particulières. Suivant les pays, les formes de médicalisation vont être très contrastées. De type neurologique au États-Unis où l'on va distribuer extensivement de la méthadone. De type comportementaliste dans le cas du Canada ou de l'Italie où les communautés thérapeutiques vont foisonner. De type psychanalytique en France comme dans une partie de la Suisse et de la Belgique.

La prévention, finalement, a fait sienne une conception marchande des comportements individuels

Par la suite, quelles ont été les dernières tentatives de médicalisation ?

Le troisième mouvement est celui de la Réduction des risques. Suite à l'apparition du sida, une perspective de santé publique de nature épidémiologique et réfléchissant en termes de risques va en fait venir happer et englober tous les autres problèmes sociaux. Au final, elle va devenir la principale grille à travers laquelle seront définis les problèmes de toxicomanie. Le risque est alors devenu l'unité à l'aune de laquelle se distinguent, se hiérarchisent et se classent les drogues et les usages : les usages et les drogues font désormais partie d'un vaste continent de « conduites à risque » ou de « facteurs de risque ». C'est en ce sens que le développement des politiques de prévention et de réduction des risques peut aussi se concevoir comme un processus de sanitarisation. Évidemment, cette expansion d'un État sanitaire s'est faite en juxtaposé avec celle de l'État pénal ou répressif. Le succès de la Réduction des risques dans l'approche de la problématique sociale des drogues n'a pas, loin s'en faut, signifié la disparition de l'État pénal.

Le dernier mouvement est celui caractérisé par la montée de la thématique des addictions, elle aussi soutenue par le cognitivo-comportementalisme et la neurobiologie. En France mais aussi en Espagne et en Allemagne, ces savoirs sont devenus des références et des sources d'explication de tous les phénomènes d'addiction. Ils tendent à montrer que la toxicomanie ou plutôt l'addiction, puisque c'est maintenant le terme consacré, est un état qui peut être caractérisé par une forme de dérèglement chronique

du système dopaminergique ou de certaines parties du cerveau et qu'elle s'établit sur la base d'une vulnérabilité individuelle innée ou acquise. Cela étant dit, qu'ils s'agissent de le convaincre que certains comportements peuvent « potentialiser » une vulnérabilité génétique ou neurobiologique, de le persuader que d'autres comportements et pratiques, composant un style de vie particulier, peuvent le conduire (facteurs de risques) à consommer des drogues ou à prendre des risques, ou de lui donner des produits de substitution pour lui permettre de prendre soin de sa santé et de sa réinsertion, l'individu s'affirme toujours comme la variable d'ajustement politique principale.

Quelle est alors la distinction entre les processus de sanitarisation et de médicalisation ?

Ce sont deux termes que l'on confond souvent. La médicalisation renvoie au fait qu'un comportement, un état ou éventuellement un problème va soudainement tomber dans la juridiction de la profession médicale, en ce compris la psychiatrie. Quand on parle de sanitarisation, dans le sens défini par le sociologue Didier Fassin, on signifie que ce comportement, cet état ou ce trouble va tomber, va être retraduit dans le langage de la santé publique. Pour être plus précis, Fassin envisage la sanitarisation comme le résultat d'une double opération de traduction du social dans le langage sanitaire et d'inscription de cette nouvelle réalité dans l'espace public. Les processus de médicalisation et de sanitarisation peuvent avoir des conséquences politiques relativement importantes. Le premier peut signifier la fin de la responsabilité individuelle. Si par exemple vous réduisez l'individu toxicomane au fait qu'il ne peut pas s'arrêter parce qu'il est affecté d'un dérèglement chronique de son cerveau, vous quittez le registre de l'action politique visant à essayer de transformer ce comportement individuel. En revanche, si vous le faites tomber du côté de la santé publique, vous pouvez tout à fait considérer que cet individu peut se transformer. Les effets de la médicalisation et de la sanitarisation sont donc parfois compatibles et parfois incompatibles. Par ailleurs, les effets peuvent être néga-

Sociologie de la drogue

Henri Bergeron, éditions La Découverte, collection « Repères », 2009.

La consommation de substances psychoactives, réputées engendrer la toxicomanie, classées comme « stupéfiants » par le droit, est un fait social établi : l'usage de ce que l'on nomme communément les drogues (héroïne, cocaïne, etc.) s'est développé en Occident au XIX^e siècle pour s'y diffuser massivement à partir des années 1950.

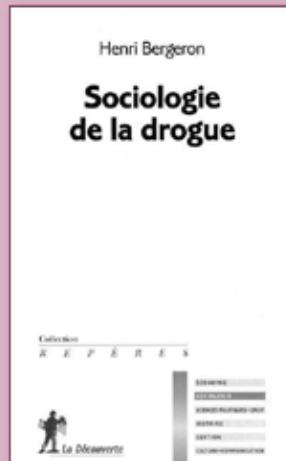
Cette pratique sociale courante demeure le plus souvent récréative et occasionnelle, mais un certain nombre de consommateurs en font un usage régulier, parfois compulsif.

Quels sont les déterminants de la massification récente de la consommation de drogues ? Comment comprendre le comportement d'un individu continuant une pratique dont il voudrait, souvent, pouvoir se défaire ? Quels sont les processus sociaux et politiques qui ont présidé au classement de certaines substances en stupéfiants ?

C'est à ces interrogations essentielles que la sociologie tente de répondre, pour finalement se forger un entendement singulier des questions de drogues et de toxicomanie.

Cet ouvrage peut être consulté et/ou emprunté au centre de documentation de Prospective Jeunesse. (Contact : danielle.dombret@prospective-jeunesse.be)

Autre ouvrage disponible : Henri Bergeron, L'État et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française, PUF, collection « Sociologies », 1999.



tifs et ne s'inscrire que dans une perspective de contrôle social ou, au contraire, se révéler positifs en ce qu'ils donnent des droits à des populations qui n'en avaient pas jusque là.

À priori, on ne peut pas dire si la médicalisation ou la sanitarisation est bonne ou mauvaise. Cela étant dit, de nombreux acteurs du champ de la réduction des risques développent une certaine appréhension par rapport à cette nouvelle vague de médicalisation des addictions. Ce sont en fait deux univers qui s'entrechoquent ?

J'ai envie de dire qu'ils s'entrechoquent moins pour des questions conceptuelles que pour des questions professionnelles même si les deux sont bien évidemment liés. Je pense que l'univers de la Réduction des risques, un univers composé en majorité d'éducateurs spécialisés, d'assistants sociaux et d'intervenants en médecine d'urgence, est un milieu professionnel qui se considère souvent comme déclassé, non recon-

nu à sa juste valeur, alors même qu'il se caractérise par un taux de burn-out professionnel assez important, qu'il est en contact avec une population difficile dans des conditions souvent pénibles. Par conséquent, j'imagine que dans cette peur de la médicalisation se loge aussi l'idée qu'il y a une noblesse, à savoir la médecine noble et traditionnelle du professeur de médecine, qui va contribuer à les déclasser encore davantage. Pour autant, cela ne doit pas masquer le fait qu'il y a aussi de puissantes résistances conceptuelles.

On ne veut pas que le succès de l'addictologie devienne le prétexte au développement de camisolés chimiques qui, d'une certaine manière, vont à l'encontre de ce que promeut la Réduction des risques, à savoir que les individus doivent être avant tout considérés comme autonomes ou pouvant le devenir.

En dépit des avancées formidables entraînées par la Réduction des risques, il faut donc faire attention à ce qu'elle ne soit pas seulement un tampon social.

Médicalisation, assuétude, consommation.

Ne nous trompons pas de débat... et de combat

> Entretien avec **Micheline Roelandt**, psychiatre

Pour la psychiatre et militante Micheline Roelandt, bien qu'il soit nécessaire de lutter contre les tendances expansives du pouvoir médical, il convient aussi d'avoir à l'esprit que l'objet du danger se situe avant tout au niveau du mécanisme social de délégation de ce pouvoir. Ce n'est pas tant le médical qu'il faut incriminer que la demande sociale de médicalisation derrière laquelle on retrouve généralement la volonté de traquer et faire plier les comportements que la majorité qualifie de déviants. En d'autres termes, la médicalisation a tout son sens, dès lors qu'elle ne se développe pas sur base d'une confusion entre assuétude et consommation.

Actuellement, on glose beaucoup autour de la médicalisation du secteur des assuétudes. Qu'est-ce que cela t'évoque?*

Il importe avant tout de rappeler que pendant des années, c'est plutôt la psychologisation des assuétudes qui dominait. Ses laudateurs faisaient totalement abstraction des éventuelles raisons biologiques pour lesquelles les gens s'accrochaient à des produits et ne tenaient aucunement compte de la question des sevrages physiques; lesquels ne peuvent évidemment pas être traités uniquement par la parole. À mon sens, on peut parler d'un phénomène de médicalisation à condition d'entendre le terme assuétude dans sa réelle signification, ce qui est loin d'être toujours le cas. Quand on parle du secteur des assuétudes, certains comprennent qu'il s'agit du secteur des « drogués »

alors que dans son acception propre, la notion se réfère à une personne qui développe une dépendance à un comportement ou à un produit. Quand il s'agit d'un comportement — par exemple, regarder la télévision — il est évident que le médical n'intervient pas ou, en tout cas, n'a pas la place pour intervenir. En revanche, dans le cas d'une assuétude à un produit — par exemple, l'héroïne ou les benzodiazépines — il y a bien une place pour le médical parce qu'on n'arrête pas du jour au lendemain une toxicomanie aux benzodiazépines installée depuis dix ans. Donc, je pense qu'il faut pouvoir se montrer modéré dans l'éventuelle critique de la médicalisation des assuétudes parce que c'est justement une branche où la médecine a souvent une place à prendre. La méconnaissance est aussi absurde que de considérer que toutes les assuétudes sont à traiter de façon médicale.

* Propos recueillis par Julien Nève

Ce qui se passe actuellement dans le secteur suscite tout de même une certaine crainte chez de nombreux acteurs qui reprochent une main mise de plus en plus importante du pouvoir médical ?

Je voudrais être extrêmement prudente avec cette question. Il est important de relativiser un certain nombre de notions avec lesquelles nous jonglons. Il est évident que dans certains domaines, le médical prend le pouvoir parce que le simple fait de le détenir rapporte non seulement de la puissance mais aussi de l'argent aux gens du métier. Prenons le cas de l'homosexualité dont l'histoire nous apprend que sa médicalisation a été une évidence pendant tout le XIX^e siècle et une partie du XX^e. Et ce n'est pas fini puisque se publient encore régulièrement des recherches qui tendent à prouver l'origine biologique de l'homosexualité. Je ne doute pas que se mettre à chercher cette origine biologique ou psychologique et partant, à vouloir traiter l'homosexualité par le secteur des soignants, a de fait contribué à instaurer un pouvoir médical. Pour autant, cela ne signifie aucunement que l'on peut réduire la médicalisation de l'homosexualité à cette unique dimension. On a souvent tendance à oublier que la société, pour des raisons qui lui appartiennent et qui ont généralement partie liée avec la religion, approuve ou désapprouve un certain nombre de comportements. Cette désapprobation s'accompagne souvent d'une pénalisation, en conséquence de quoi des gens se retrouvent traduits en justice et parfois emprisonnés pour avoir adoptés ces comportements.

Est-ce le même mécanisme à l'œuvre au niveau des drogues ?

L'exemple du regard médical sur l'homosexualité s'est naturellement répété, notamment avec les drogués qu'il ne faut pas, je le rappelle, confondre avec les personnes qui ont développé une assuétude. Lorsque dans les années 1970 du siècle passé, de plus en plus de drogués, c'est-à-dire de simples consommateurs de drogues, se sont retrouvés en prison, une partie du monde médical s'est amusée à publier de la recherche sur les causes médicales de leur consommation. Une autre partie a quant à elle considéré que c'était un phénomène de société mais qu'il valait peut être mieux pour les drogués d'être soit disant traités que de rester en taule. C'est exactement ce qu'il s'est passé au XIX^e siècle quand l'homosexualité, alors définie comme un crime, pouvait

conduire à la prison. Il y eut évidemment des médecins qui se sont mis au service des homosexuels pour les sortir de prison tout en sachant très bien qu'ils n'avaient aucun pouvoir sur leur orientation sexuelle. Plus récemment, on a eu un exemple analogue avec l'affaire Dutroux. Subitement la société s'est révoltée contre l'existence de pédophiles. Qui plus est, en les mettant tous dans le même bain, ne se rendant pas compte que Dutroux était d'abord un psychopathe. De la justice, elle a alors exigé une tolérance zéro par rapport à cette déviance sexuelle. Bien qu'il ne soit pas toujours très malin, le pouvoir judiciaire a toutefois très vite compris qu'il n'était pas en mesure de gérer la pédophilie, incapable qu'il était de mettre tous les pédophiles du pays en prison. Il a donc chargé les politiciens, eux-mêmes soumis à une très forte pression de l'opinion publique, d'inventer des systèmes pour que ce soit le corps médical qui récupère le problème. À Bruxelles, arguant de son impuissance à guérir ce genre de personnes, la plate forme pour la santé mentale a résisté durant des années contre le projet de la mandater pour organiser leur guérison et leur suivi. Cette opposition a malheureusement été considérée comme nulle et non avenue. Par des biais divers et variés, on a donc finalement obligé le secteur à prendre en charge la déviance sexuelle pédophilique. L'exemple québécois apportait pourtant la preuve que le travail réalisé en cette matière n'avait pas réellement d'efficacité thérapeutique. Tout cela pour dire que la question du pouvoir médical n'est pas entretenue par les seuls médecins. Un autre mécanisme social lui est tout aussi indissociable, celui de la délégation de pouvoir. La plupart du temps cette délégation tire son origine d'une pression de la société sur la justice et les politiciens; lesquels s'empressent évidemment de déléguer la patate chaude au premier venu, c'est-à-dire aux « soignants ».

En tant que psychiatre, comment gérez-vous ou détournez-vous cette délégation de pouvoir ?

Il m'est par exemple arrivé d'accepter de prendre en cure de sevrage un consommateur de cannabis détenu depuis neuf mois, alors même que je savais pertinemment qu'il n'y avait rien à sevrer et que ce monsieur n'avait de toute façon pas besoin d'un traitement. En revanche, il avait besoin d'un papier pour sortir de prison. En faisant cela, la plupart du temps, je pense que les toubibs sont pleinement conscients de jouer dans une pièce surréaliste. Mais, ont-ils le choix ?

Il est évident que dans certains domaines, le médical prend le pouvoir parce que le simple fait de le détenir rapporte non seulement de la puissance mais aussi de l'argent aux gens du métier.

L'exemple du regard médical sur l'homosexualité s'est naturellement répété, notamment avec les drogués

Croyez-vous vraiment que dans les hôpitaux, tous les addictologues jouent consciemment dans un jeu surréaliste ?

Je pense que les hôpitaux qui comportent des centres spécialisés pour assuétudes sont des hôpitaux qui ont toujours accepté de prendre en charge au sein de leur service de psychiatrie des gens qui avaient des problèmes avec l'un ou l'autre produit (alcool, médicaments, drogues prohibées, etc.). Or, ces établissements ont toujours eu extrêmement difficile à gérer la coexistence de cette population avec celle de personnes psychotiques, mélancoliques, voire maniaques. D'où l'idée de créer des services exclusivement dédiés aux personnes souffrant d'assuétudes. Auparavant, ces dernières étaient aussi hospitalisées mais ne s'y retrouvaient pas sur le plan de l'identification aux autres patients. Le toxicomane lambda n'est pas psychotique et peut difficilement s'identifier à celui qui se prend pour Napoléon. À l'hôpital Brugmann, nous avons toujours accueilli des personnes présentant des problèmes d'assuétude. Durant des années, nous y avons également hospitalisé des personnes qui n'avaient plus de problèmes mais pour lesquels la justice exigeait une mise au point, ou encore des personnes qui avaient des problèmes mais qui n'avaient aucune intention de modifier quoi que ce soit à leur comportement et sur lesquels tu n'as donc aucune prise.

Selon vous, il n'y a donc pas à s'alarmer des méfaits causés par la médicalisation des assuétudes ?

En matière d'assuétude, j'ai plutôt l'impression qu'on s'y prend mieux qu'auparavant. Cette médicalisation a débuté suite à l'exigence formulée par la justice de s'occuper des toxicomanes et des consommateurs. Mais si je compare la situation actuelle avec celle des années 1985-1990, les progrès sont manifestes. D'un point de vue judiciaire, sauf exception, le consommateur problématique qui ne commet pas de délits autres que celui de consommer n'est généralement plus inquiété. Et quand ce consommateur problématique s'adresse au corps médical en vue de se débarrasser de son assuétude, j'ai l'impression que le niveau d'efficacité est incomparable à celui des années 1980 et 1990. Or, pour arriver à ce niveau d'efficacité, il faut pouvoir prendre en compte l'aspect biochimique du problème. S'il y a des personnes qui prennent de temps en temps de l'héroïne mais qui jamais ne s'y accrochent, c'est généralement parce qu'elles n'ont pas un

gain absolu à la prise du produit. Dès lors que tu as un gain réel pour ta propre homéostasie qui n'est pas que psychosociale mais aussi biologique, tu as toutes les raisons du monde de continuer et donc de t'y accrocher. Il ne me paraît pas dès lors complètement idiot d'essayer de prendre cela en charge. Considérer qu'on puisse soigner un héroïnomane par la seule parole, comme certains l'ont cru dans les années 1980 et 1990, me paraît en revanche assez ridicule.

Ne risque-t-on pas cependant de réduire la toxicomanie à un problème biochimique ?

On sait très bien que ce n'est pas exclusivement un problème biochimique. Pour autant, cela ne signifie pas qu'il ne faut pas prendre en charge cette dimension.

J'entends bien mais de nombreuses personnes, dont Anne Coppel qui contribue au présent numéro, s'inquiètent de l'importance du regard médical sur la drogue au détriment d'autres points de vue, notamment sociologique. N'y-a-t-il pas tout de même comme une sorte de territoire à défendre ?

Quand Anne Coppel parle de la drogue, elle entend le phénomène social « drogue » et sur ce point je suis tout à fait d'accord avec elle. La médecine n'a rien à voir avec ce phénomène, elle n'a aucun regard à porter dessus. En revanche, la médecine a un regard à porter sur une assuétude non gérée. Dès lors que certaines personnes ne parviennent plus à gérer leur consommation, ce n'est plus uniquement un phénomène de société bien que des facteurs psychosociaux puissent contribuer à cette non gestion. Le fait que les sociologues s'intéressent à la consommation d'alcool est une très bonne chose mais cela ne signifie pas que dans certains cas d'alcoolisme, on ne doit pas prendre en compte l'état de santé mental de la personne alcoolique.

Et donc qu'on la soumette à un traitement médicamenteux ?

Si je reste telle une vache à regarder les trains sans mes cigarettes, rien au monde ne me fera arrêter ma consommation. Ce n'est sûrement pas la parole qui va contribuer à ce que je me sente mieux. Cela étant dit, il ne faut pas non plus croire que tout est gérable de façon médicamenteuse et considérer que le biochimique est le seul facteur

qui cloche quand quelqu'un est en souffrance. La plupart du temps, c'est un ensemble de facteurs qui clochent. Il importe toutefois de saisir que lorsqu'on adopte un comportement consistant à ingérer un produit, ce comportement est généralement induit par le fait qu'en temps normal, ce produit manque ou fait défaut.

Que répondez-vous à ceux qui tout en reconnaissant les bienfaits des traitements de substitution, estiment qu'au final, on leur a trop fait confiance, croyant y trouver une sorte de solution miracle ?

Je ne sais pas si on a trop fait confiance. Je pense que quand certaines personnes arrivent dans le secteur des soins, elles sont déjà à ce point désocialisées, désancrées, que le produit de substitution leur permet seulement de survivre mais pas de vivre. En outre, il faut bien réaliser que nous n'avons pas la substitution optimale. Aucun des produits de substitution n'a une action tout à fait identique à celle de l'héroïne. Il manque donc toujours un petit quelque chose au niveau de l'effet recherché. Mais quand tu es installé dans une consommation de drogues depuis 15 ans et qu'à 35 ans tu viens chercher de l'aide, tu n'as, à vrai dire, plus beaucoup de chance d'arriver à une vie qui vaut la peine d'être vécue avec ou sans produit de substitution. La question ne doit donc pas se poser en termes de confiance. La médicalisation des assuétudes a tout son sens dès lors que les médecins du secteur ne confondent pas assuétude et consommation. Ils doivent en outre constater qu'on ne résout pas une toxicomanie installée depuis plusieurs années uniquement par des produits pharmacologiques. Aucune désinsertion ne peut d'ailleurs se résoudre avec l'aide exclusive de produits.

Le pharmacologique n'est donc pas la panacée mais un complément parmi d'autre.

C'est effectivement un complément mais un complément non négligeable. Le négliger totalement est tout aussi absurde que le considérer comme le seul élément qui importe. Dans les deux cas, ce qui a manqué et ce qui manque toujours, c'est la modestie. Le secteur soins de santé ne va pas davantage tout résoudre que le secteur social ou le secteur des psychologues.

L'accent mis sur les dangers d'une médicalisation n'est-il pas justement lié

à un conflit entre différents corps de métier. Je pense notamment au secteur de la réduction des risques dont les professionnels, au regard de leurs conditions de travail et de la précarité de leur statut, s'estiment souvent disqualifiés et de ce fait, peuvent cultiver une certaine méfiance par rapport au secteur médical.

Les gens qui travaillent dans la réduction des risques ne travaillent pas vraiment dans le domaine des assuétudes. Encore une fois, il faut se garder de toute confusion. Les travailleurs de la Réduction des risques travaillent avant tout pour protéger les consommateurs des risques qu'ils encourent à consommer dans l'illégalité des produits prohibés. Ils sont bien sûr amenés à rencontrer des personnes plongées dans des problèmes d'assuétude mais ce n'est pas de leur ressort de les aider à sortir de cette toxicomanie. On ne leur demande pas de prendre en charge des toxicomanes invétérés autrement que pour essayer que ceux-ci ne développent de problèmes supplémentaires.

La critique de la médicalisation est tout de même majoritairement issue du milieu de la réduction des risques qui en quelque sorte s'oppose aux tentatives du pouvoir médical de définir le phénomène social de la drogue.

Comme je l'ai dit, je pense que le pouvoir médical tend à prendre cette place, une place qui par définition ne lui revient pas, parce que la société se met à exiger de la médecine et des soignants en général de résoudre ce genre de phénomène. Assez facilement, on se met nous même à organiser la confusion entre ce qui est de l'ordre du non pathologique et ce qui devient pathologique. La consommation contrôlée d'héroïne n'a rien de pathologique et n'a pas lieu d'être traitée. Par ailleurs, le fait que l'homosexualité ne soit pas une maladie ne signifie pas qu'il n'y a pas d'homosexuels à aider.

Certains mettent en garde contre une tendance à la pathologisation des comportements humains, citant en exemple la cyberdépendance ou l'hyperkinésie des enfants. Dès qu'un enfant est trop agité, il est très vite taxé d'hyperkinétique.

C'est ce que l'on raconte, mais est-ce vraiment prouvé ? Tout d'abord, l'hyperkinésie n'est pas

La médicalisation des assuétudes a tout son sens dès lors que les médecins du secteur ne confondent pas assuétude et consommation.

L'exigence de tolérance zéro à l'égard de comportements qui diffèrent de ce que la société définit comme la norme est un danger dont il faut se méfier en permanence.

un problème psychologique, mais un trouble neurologique. J'ai plutôt l'impression qu'il existe une tendance inverse, à savoir de ne pas la traiter médicalement. Or, ne pas traiter l'hyperkinésie risque de faire des dégâts monstres sur quelqu'un. Comment veux-tu, dans ces conditions, suivre à l'école, te développer et être en harmonie avec les autres. Il se peut que certains enfants agités pour des raisons psychologiques soient mis sous traitement médicamenteux alors qu'ils n'en ont pas besoin. Cela fait partie des erreurs médicales que l'on rencontre dans tous les secteurs médicaux. De là à prétendre que tous les gosses qui sont traités ne souffrent pas d'hyperkinésie, il ya une marge.

Et par rapport au concept de cyberdépendance, est-ce qu'il n'y a tout de même pas un risque, au vu de son succès et de la médiatisation qui en découle, que des parents anxieux en viennent à fantasmer sur l'addiction de leur enfant et demandent à ce que sa pathologie soit traitée par un spécialiste.

C'est au spécialiste de la cyberdépendance, s'il travaille sérieusement, de dire aux parents que leur enfant n'est pas cyberdépendant, mais simplement rivé à son ordinateur ou à d'autres plaisanteries du même style de façon parfois excessive. Il en va tout autrement d'un jeune de 20 ans qui, en dépit de sa formation ou de son diplôme, est incapable d'aller chercher du boulot du fait des heures qu'il passe devant son écran. Ce comportement le rend-il heureux ou épanoui ? Et ce, indépendamment du fait que c'est peut-être bien sa liberté que d'être toute sa vie sur Internet. Mais est-ce une liberté qui va pouvoir lui être bénéfique un jour ? Et est-ce que ce comportement est de nature à n'être traité que sociologiquement ? Je n'en suis pas tout à fait sûr. À partir du moment où tu ne peux pas vivre autrement que rivé à ton écran, il y a peut-être autre chose qui cloche et qui t'oblige à le faire. On ne peut par exemple pas exclure, au départ, que ce jeune souffre de dépression ou d'une phobie sociale. Lorsque c'est le cas, il est loin d'être inutile de faire intervenir la médecine.

Pour conclure, on peut dire que vous vous méfiez de ceux qui crient au loup quant au danger de la médicalisation ?

Je pense que le danger de médicalisation de certains secteurs est une réalité. Ce danger n'est toutefois pas le fait exclusif du corps médical

mais est également lié aux exigences de la société qui a énormément de mal à supporter des comportements qu'elle qualifie de déviant par rapport à la norme.

Le recours au médecin ou à la figure médicale semble alors s'imposer

La plupart du temps, c'est d'abord le recours à la justice puis ensuite à la médecine car, habituellement, la justice va très vite se rendre compte qu'elle ne peut pas s'en sortir seule. L'exigence de tolérance zéro à l'égard de comportements qui diffèrent de ce que la société définit comme la norme est un danger dont il faut se méfier en permanence. Je suis persuadée qu'une partie des médecins et de leurs corollaires, les travailleurs sociaux et les psychologues, trouvent un intérêt à participer à cette médicalisation. Il ne faut pas pour autant refuser en bloc toute forme de médicalisation. Le problème est de réussir à faire la part des choses et, ce faisant, se rendre compte que même si un problème est né pour des raisons physiologiques, entre temps, il a sûrement entraîné des conséquences sur d'autres plans dont il faut aussi s'occuper. Il ne faut surtout pas espérer faire des miracles, parce qu'on ne fait jamais de miracles. Et en définitive, je pense que c'est toujours intéressant de hurler au loup quand on a l'impression qu'il y a des dépassements. C'est important de montrer du doigt cette médicalisation à outrance qui tire le principal de sa force de la non distinction entre consommation et toxicomanie. Et cette distinction fait précisément défaut parce que le corps médical chantonne avec la société que tous les consommateurs sont des toxicomanes. À force d'être chantonné, ce message finit par être intégré par bon nombre de praticiens, certains se mettant même à traiter des consommateurs avec des doses importantes de méthadone. Mais l'inverse est aussi à prendre en compte. Les gens qui travaillent dans la Réduction des risques n'ont pas à s'occuper du traitement de leurs toxicomanes. Il leur appartient de veiller à ce que ces toxicomanes ne gèlent pas dans la rue en hiver, qu'ils aient des seringues propres et un accès à un produit pas trop dégueulasse. Personne n'attend d'eux qu'ils tentent de motiver un toxicomane à arrêter de consommer. Mais il y a des gens qui ont parfois vraiment envie d'arrêter leur toxicomanie et pour lesquels tu tâtonnes pendant des mois afin de déterminer quelle est la molécule qui permettrait non pas de remplacer la drogue consommée mais de faire en sorte qu'ils vivent un peu moins mal.

Interventions intempestives en matière de traitement de substitution aux opioïdes

> Lawrence Cuvelier, médecin généraliste

En tant que forme particulière de médicalisation de la prise en charge des toxicomanes, la substitution ne suscite plus guère d'opposition, sinon dans le chef de quelques ayatollahs de la pureté. En dépit de cette acception de principe, le protocole du traitement demeure peu connu et donc souvent associé à de nombreux préjugés. Il n'est dès lors pas rare que les médecins généralistes doivent se coltiner l'intervention intempestive d'un acteur extérieur au traitement. Comme le suggère le docteur Lawrence Cuvelier, les conséquences de ce genre d'intervention peuvent être particulièrement néfastes pour le patient en traitement.

En tant que généraliste intervenant en matière de toxicomanie depuis plus de 15 ans, j'ai souvent dû faire face à des interventions de tierces personnes dans la prise en charge de patients sous traitement de substitution. Ces interventions ont généralement suscité l'incompréhension aussi bien chez les proches que chez des professionnels.

Le traitement de substitution aux opioïdes répond à des normes reconnues, ce qui signifie qu'il a fait ses preuves en matière de diminution de la mortalité et de la morbidité. En Belgique, un pays où le traitement est majoritairement prescrit par les médecins généralistes, le taux de mortalité par overdose est assez bas (environ 16 fois moins qu'en Norvège). La grande accessibilité du traitement et le fait de ne pas avoir besoin de recourir à des centres spécialisés empêchent, en outre,

la stigmatisation de nombreux patients. Au départ, mon modus operandi consiste à expliquer aux patients certains faits concernant la toxicomanie. En général, je leur dis que la toxicomanie est une maladie qui ne guérit pas mais qui se soigne très bien. Face à la déception qui se manifeste alors sur certains visages, je précise qu'un alcoolique, même abstinent depuis 20 ans, restera toujours un alcoolique, de même qu'un joueur restera toute sa vie un joueur. Pour le patient, les choses commencent alors à s'éclaircir. Il a déjà essayé d'arrêter mais il n'a pas réussi parce que, généralement, il a cru qu'il était redevenu « pur » comme les autres et qu'une petite dose de temps en temps ne lui ferait pas de tort.

Cette aspiration à la pureté est très marquée chez le patient et son entourage. Le fait de vouloir redevenir « clean », de faire abstraction de son



Cette aspiration à la pureté est très marquée chez le patient et son entourage.

passé et d'en quelque sorte identifier et mettre en avant la substance comme « le mauvais objet » qu'il suffit d'écartier pour guérir est à mon sens néfaste tant pour le patient que pour son entourage. L'échec sera vécu comme une absence de volonté, un fond mauvais chez le patient. Partant, ce dernier arrivera chez le médecin généraliste avec l'étiquette « je suis toxicomane ». Une étiquette qu'il s'est auto-attribuée et qui, en fait, sous-entend : « je ne fais plus confiance en moi et je suis tellement déçu de moi-même que je ne vois pas pourquoi on me ferait confiance. » Le reste de son vécu et de son identité disparaît sous l'étiquette. J'ai alors coutume d'employer une seconde image : « le produit que je te prescris te donnera les moyens d'agir pour sortir de ta situation.

C'est comme un autobus : si tu veux aller nulle part, l'autobus ne t'aidera pas, mais si tu choisis une destination, le traitement t'aidera à y arriver. » C'est à ce moment que le travail en réseau est particulièrement bénéfique. Je travaille avec un service d'accompagnement social (SAS) qui aide et soutient le patient dans ses problèmes juridiques, psychologiques, de logement et de travail. Un autre intervenant est le réseau hépatite C qui fait un travail d'accompagnement avec les patients pour mener à bien leur thérapie. Les bénéfices secondaires de cet accompagnement vont bien au-delà de la guérison de leur pathologie. Retrouver un travail, des amis, une relation affective stable constitue un challenge qui réussit parfois totalement, parfois de manière partielle, parfois pas du tout. Il s'agit d'un travail sur le long terme et qui donne en général beaucoup de satisfaction.

Précisons que le traitement dont il est ici question concerne la véritable toxicomanie, c'est-à-dire une consommation régulière de substance entraînant une dépendance, des symptômes

sévères de manque et une sérieuse dégradation sociale. Le principe de la thérapie de substitution aux opiacés consiste en une dose minimale de base que l'on augmente progressivement jusqu'à la stabilisation du patient. Le patient stabilisé ne doit plus ressentir le moindre symptôme de manque. Habituellement, cette phase est assez rapide. Par la suite, la dose ne doit pas être diminuée de façon trop précipitée, l'absence de consommation ne signifiant pas du tout que le patient « est guéri ». Au contraire, c'est à partir de là que s'amorce le lent travail de reconstruction de la personne. En ce domaine, l'approche pluridisciplinaire est souvent souhaitable mais rarement accessible. Une des particularités de la Belgique est la grande accessibilité du traitement médical alors que les autres structures sont souvent moins disponibles. On peut le déplorer mais les faits sont têtus.

Intervention intempestive des autorités

Bien entendu, pour que le traitement soit efficace, les différents intervenants se doivent de respecter le travail des autres. On peut ne pas adhérer aux principes d'un traitement mais le risque de le décrédibiliser pour des raisons de conviction personnelle est parfois bien plus grand que le bénéfice escompté. J'en prends, par exemple, pour preuve l'intervention d'un juge par rapport à la dose de méthadone que je prescrivais à un patient. Ce juge a en effet incorporé une réduction importante de la dose de méthadone dans les conditions de libération conditionnelle. Il s'en est suivi une dégradation du patient avec récurrence de la toxicomanie. Les recommandations n'ont évidemment pas été suivies longtemps, mais à mon sens l'intervention de ce juge s'apparente fortement à de l'exercice illégal de la médecine. Beaucoup plus courante est la confiscation de gélules de méthadone par les forces de police. Si la confiscation peut être admise dans certains cas précis, elle devient inadmissible si la confiscation n'est pas suivie d'un reçu. Cela met le soignant dans une position difficile, d'un part parce qu'il doit renouveler une ordonnance sans éléments tangibles, d'autre part parce que la confiscation s'apparente à une dévalorisation

du traitement. Du reste, on peut légitimement s'interroger sur le sort des comprimés confisqués.

Le plus grave concerne le traitement réservé aux usagers de drogue en prison. Des patients sont parfois libérés de façon précipitée, sans que les services sociaux ou médicaux n'aient eu le temps de prévoir une prise en charge dans des conditions raisonnables. Ils sont souvent sevrés ou sortent avec une dose d'opiacé très réduite. Par conséquent, s'ils reprennent une dose de stupéfiant à laquelle ils étaient habitués avant leur incarcération, ils risquent l'overdose et parfois la mort.

Plusieurs considérations sont à faire sur cet exemple :

- Dans le contexte d'un cloisonnement total entre les services de santé des prisons et le suivi médical extra-carcéral, la seule chose qui est demandée est un fax pour le traitement à l'entrée des prisons.
- Du fait de l'absence de coordination entre le monde judiciaire et l'accompagnement médico-social, le patient se trouve brutalement à la rue sans logement, sans mutuelle, sans soutien et parfois rejeté des siens, ce qui constitue des conditions optimales pour une récurrence précoce.
- Les suivis médicaux sont de qualités très variables, parfois excellents, parfois totalement dépassés. Il n'est pas rare de retrouver un patient intoxiqué aux benzodiazépines (calmants) ou avec une assuétude de plus à traiter.

Intervention intempestive de l'entourage

Dans la mesure du possible, nous essayons d'inclure la famille en tant que partenaire de notre intervention. Ce n'est malheureusement pas toujours possible, d'abord parce que l'histoire personnelle de l'usager est souvent marquée par des faits de maltraitance, l'alcoolisme des parents, une séparation traumatisante, voire un abus sexuel intrafamilial. Il est, en outre, assez rare de pouvoir établir un dialogue constructif avec les parents, mais s'il survient, il est généralement bénéfique. Par ailleurs, l'information sur le traitement reste confidentielle, d'où l'abon-

dance de préjugés qui font souvent obstacle à une collaboration saine et constructive. Dans certaines populations allochtones, il existe une série d'explications identifiant l'origine du malheur et plus particulièrement de la toxicomanie qui n'ont que très peu à voir avec nos schémas cartésiens. L'ethnopsychiatrie peut apporter des éléments intéressants et permettre de mieux comprendre les fonctionnements intrafamiliaux. Quoiqu'il en soit, il n'existe que très peu de ressources médiatiques pour expliquer en quoi consiste une approche complexe du traitement de la toxicomanie. Le fait que celle-ci soit survenue après des années de dysfonctionnement n'empêche pas l'entourage et le patient d'espérer une approche miraculeuse qui permettrait une guérison rapide, sans douleurs et sans récurrences. Une minorité de patients usagers de drogues souffre de pathologie psychique grave de type psychose, dont il est particulièrement compliqué d'en expliquer l'essence à l'entourage. Il existe aussi la conviction que la dose de produit de substitution est un indicateur de la gravité de la toxicomanie. Prendre une faible dose est donc l'indice que l'on n'est pas trop gravement atteint. Or, c'est souvent l'inverse : on remarque que l'évolution est bien plus hasardeuse avec une faible dose de produit de substitution.

Pour conclure

La majorité des médecins généralistes développe une approche globale des problèmes complexes. Une tendance lourde de l'évolution des soins de premières lignes est de favoriser des soins pluridisciplinaires, ce qui est certainement indiqué en matière de toxicomanie. Le médecin généraliste a l'avantage d'être très accessible. Par ailleurs, de nombreuses études ont montré qu'il est un intervenant qui s'inscrit dans la durée de façon plus marquée que d'autres types d'intervenants. Mais le généraliste manque souvent de moyen pour pouvoir accompagner valablement son patient, et celui-ci doit souvent être mis en attente pour des interventions complémentaires. Je crois qu'il n'y a pas lieu d'opposer les différents types d'approches mais tenter de remédier au manque de coordinations entre les intervenants.

Une des particularités de la Belgique est la grande accessibilité du traitement médical alors que les autres structures sont souvent moins disponibles.

l'information sur le traitement reste confidentielle, d'où l'abondance de préjugés qui font souvent obstacle à une collaboration saine et constructive.

Consommation de drogues en Communauté française : synthèse des dernières données épidémiologiques

Eurotox, Rapport 2010 sur l'usage de drogues en Communauté française



L'équipe d'Eurotox

Une grande partie du rapport 2010 d'Eurotox sur l'usage des drogues en Communauté française est consacrée à la présentation de données épidémiologiques ou indicatives qui permettent d'approximer l'étendue et les caractéristiques de la consommation de drogues en Communauté française ou, plus largement, en Belgique. Nous en résumerons ici les principales tendances et observations, précédées des précautions nécessaires à une interprétation et une utilisation correctes de ces données.

Situation épidémiologique et tendance

Précaution

Dans les enquêtes de prévalence rapportées dans ce chapitre, la consommation d'une substance est généralement évaluée sur une période de temps donnée : on parle de « consommation sur la vie » lorsque l'on dénombre les personnes ayant déjà consommé au moins une fois un produit donné au cours de leur vie, de « consommation récente » lorsque l'on dénombre les personnes l'ayant consommé au moins une fois au cours de la dernière année, et enfin de « consommation actuelle » dans le cas des personnes ayant consommé au moins une fois le produit au cours des 30 derniers jours. Ces indicateurs de consom-

mation, qui sont fréquemment utilisés dans les enquêtes sur l'usage de drogues au niveau européen, ne fournissent toutefois aucune indication sur la fréquence d'usage des produits au cours de ces mêmes périodes de temps (il suffit d'avoir consommé un produit une seule fois pour faire partie des « consommateurs »). À fortiori, ils ne renseignent pas non plus sur le caractère problématique ou non de la consommation (cette consommation prend-elle place dans un contexte de dépendance ?, etc). Il convient donc de garder à l'esprit qu'il est difficile de se faire une idée des conséquences, en termes de santé publique et de « cohésion sociale », de l'usage de drogues tel que rapporté par les enquêtes de prévalence d'usage.

Il faudra dès lors se tourner, à défaut d'avoir une véritable enquête sur l'usage problématique de drogues en Belgique, vers les données issues de l'indicateur de demandes de traitement (point 4) ou encore vers les données de morbidité (maladies infectieuses) et de mortalité liées à l'usage de drogue pour se faire une idée de telles conséquences. Néanmoins, l'indicateur de demandes de traitement est tout de même limité par le fait que tous les centres de traitement de la Communauté française ne participent pas actuellement à cette récolte. En outre, les personnes en situation d'abus ou de dépendance à une substance qui suivent un traitement dans un cabinet privé ou dans un hôpital ne sont actuellement pas recensées et, bien entendu, toutes les personnes dans une telle situation ne suivent pas forcément un traitement. Finalement, il faut remarquer que cet indicateur ne permet pas d'estimer véritablement la prévalence des demandes de traitement (le nombre de personnes en traitement sur une période donnée) parce qu'il n'enregistre que les nouvelles demandes introduites annuellement et non l'ensemble des traitements en cours chaque année. Cet indicateur permet toutefois d'estimer, sur une base annuelle le nombre, et de dresser le profil des personnes ayant introduit une demande de traitement auprès d'un centre spécialisé dans le traitement des assuétudes.

Données principales

1. Les résultats de l'**enquête HIS 2008** montrent qu'environ 14 % de la population belge âgée de 15 à 64 ans ont déjà expérimenté au moins une fois le cannabis. L'expérimentation de ce produit est plus fréquente chez les plus jeunes, et avoisine les 30 % chez les 25-34 ans. En ce qui concerne l'usage actuel de cannabis, cette enquête révèle qu'environ 3 % de la population belge en a consommé durant les 30 derniers jours précédant l'enquête. À nouveau, l'usage actuel de cannabis est plus fréquent chez les jeunes : il atteint ainsi 7 % chez les 25-34 ans. Cette enquête relève par ailleurs que les autres drogues illicites sont rarement consommées par la population belge âgée de 15 à 64 ans. En effet, moins de 4 % des personnes interrogées ont avoué avoir consommé au moins une fois une drogue illicite autre que le cannabis. À nouveau, l'expérimentation des autres drogues illicites est plus importante chez les jeunes : ainsi, environ 5 % des 15-24 ans et 9 % des 25-34 ans ont déjà consommé au moins une fois une autre drogue illicite que le cannabis. En ce qui concerne la prévalence d'usage des autres

drogues illicites au cours des 12 derniers mois, elle est de 1,5 % sur l'ensemble de la population belge âgée de 15 à 64 ans.

2. Les résultats de l'**enquête HBSC 2006** montrent que le cannabis reste le produit illégal le plus fréquemment consommé par les jeunes de 12-20 ans de l'enseignement secondaire en Communauté française (28 % des jeunes interrogés en ont déjà consommé au moins une fois dans leur vie), l'expérimentation du cannabis étant stable depuis 1998. L'expérimentation et l'usage *régulier* d'alcool ont également tendance à se stabiliser depuis 1994. Alors que la proportion de consommateurs réguliers de cannabis (au moins une consommation par semaine) parmi les jeunes interrogés est en diminution par rapport à 2002 (passant de 8 % à 6,5 %), on constate en revanche une augmentation de l'usage problématique d'alcool parmi ces élèves de l'enseignement secondaire. Cette enquête met également en évidence que les consommations d'alcool d'une part, et de cannabis d'autre part, sont plus fréquentes parmi les élèves de l'enseignement technique et professionnel que parmi ceux du général.

3. Les résultats de l'**enquête sur les risques sanitaires liés à l'usage de drogues en prison** montrent que plus d'un tiers des détenus interrogés ont déclaré avoir déjà consommé au moins une fois un produit autre que l'alcool au marché noir en prison, le cannabis étant de loin la substance la plus fréquemment citée (31,9 % des détenus interrogés), suivie par l'héroïne (11,6 %) et les benzodiazépines (11,3 %). En revanche, la découverte de nouveaux produits en prison est moins fréquente et concerne 13 % des détenus interrogés. Malgré ces chiffres et nonobstant l'article 88 de la loi des principes concernant l'administration des établissements pénitentiaires ainsi que le statut juridique des détenus (*Moniteur belge* du 12 janvier 2005), selon lequel « le détenu a droit à des soins de santé qui sont équivalents aux soins dispensés dans la société libre et qui sont adaptés à ses besoins spécifiques », la Réduction des risques éprouve encore bien du mal à s'implanter en prison.

4. Les analyses relatives à l'**indicateur de demandes de traitement** montrent que l'âge moyen des patients admis en 2009 est d'environ 34 ans. Les patients sont majoritairement de sexe masculin et d'origine belge, mais on notera tout de même que 26 % des patients sont d'origine étrangère. Une importante proportion des demandeurs est peu scolarisée et sans emploi, mais cette surreprés-



sentation est, rappelons-le, liée au fait que les personnes ayant de meilleurs revenus ont probablement davantage tendance à consulter et suivre un traitement dans un cabinet privé (ceux-ci ne participant pas à l'enregistrement des demandes de traitement). Bien que les patients vivent généralement seuls, en couple, ou avec leur(s) parent(s), on notera que 28% d'entre eux ne possèdent pas de logement fixe. Au niveau de la consommation, on observe que la classe des opiacés est la plus fréquemment à l'origine des demandes de traitement enregistrées en 2009. Le mode de consommation des produits le plus fréquemment rapporté est l'inhalation/fumette, suivi de l'absorption par voie orale. Néanmoins, environ 8% des demandeurs ont déclaré avoir régulièrement recours à des comportements d'injection. Enfin, plus de la moitié des patients ayant introduit une demande de traitement en 2009 présentent des antécédents judiciaires.

Données indicatives sur l'usage de drogues dans des groupes spécifiques

Précaution

Les données que nous rapportons dans ce chapitre ne sont pas issues d'enquêtes scientifiques. Il s'agit de données récoltées par des associations de terrain dans le cadre de leur travail, et sont de ce fait purement indicatives parce qu'elles ne répondent pas aux critères de récolte de données scientifiques (absence de méthode d'échantillonnage, outils non validés, modes de récolte non standardisés, etc.). Elles sont toutefois précieuses car, même si elles doivent être interprétées avec une extrême prudence, ces données peuvent être considérées comme une première indication sur la problématique de l'usage de drogues dans ces groupes spécifiques, permettant de formuler des hypothèses de travail qui pourront être validées par des recherches ultérieures.

Données principales

De manière générale, on constate, en 2008, que le produit le plus souvent consommé après le tabac et l'alcool est le cannabis et ce, quel que soit le groupe spécifique (32% des personnes

touchées par des actions de réduction des risques en milieu festif et 79% des personnes rencontrées lors des opérations « Boule de neige » en rue).

1. Plus particulièrement, on constate en **milieu festif** (c'est-à-dire auprès du public « touché » par des acteurs de la Réduction des risques liés à l'usage de drogues en milieu festif¹), que la majorité des indicateurs de consommation ont été en diminution progressive de 2004 à 2007 (consommation d'au moins un produit hors tabac et alcool, consommation d'au moins un produit illégal, consommation d'au moins un produit illégal hors cannabis, consommation de stimulants, polyconsommation). On constate néanmoins une augmentation de certains de deux de ces indicateurs en 2008 (consommation d'au moins un produit hors tabac et alcool, consommation d'au moins un produit illégal), alors que les autres sont relativement stables par rapport à l'année précédente.

2. On constate également, à travers les **opérations Boule de neige** réalisées **en rue**, que la consommation d'opiacés (héroïne et méthadone illégale) a connu une augmentation en 2008 auprès des usagers de drogues rencontrés en rue. En revanche, la consommation de cannabis, d'alcool, d'amphétamines, d'ecstasy, d'hallucinogènes et de morphine est en diminution en 2008, et la consommation de cocaïne, de benzodiazépines, de codéine et de buprénorphine est relativement stabilisée. On constate par ailleurs que le phénomène de polyconsommation est particulièrement marqué au sein des usagers de drogues rencontrés en rue (on note ainsi une moyenne d'environ cinq produits différents consommés au cours du dernier mois), mais il est relativement stable dans le temps. Enfin, en 2008, environ 47% des répondants ont déclaré avoir eu recours à l'injection au cours du dernier mois, et ils sont nombreux à avoir eu des comportements à risque au cours des six derniers mois (utilisation de seringues usagées, etc.).

3. Finalement, les données récoltées auprès des **personnes prostituées** lors de campagnes de vaccination contre l'hépatite B montrent que, de 1998 à 2008, 17,5% des personnes interrogées ont déclaré consommer des drogues illicites (dont 5,4% par voie intraveineuse). En ce qui concerne la consommation d'alcool, 35% des répondants ont déclaré en consommer quotidiennement, dont 12% de façon abusive. On constate néanmoins certaines différences en termes de consommation en fonction de l'origine et de l'âge des personnes prostituées.

1. Ces actions visent à informer les personnes consommatrices de produits psychotropes ou qui envisagent de le faire ainsi que leurs proches, personnes qui ne représentent qu'une partie du public présent en milieu festif.

Prévention et culture du chiffre ou comment perdre son temps.

> Julien Nève, rédacteur en chef

L'asbl Prospective-Jeunesse intervient régulièrement en milieu scolaire pour former et accompagner les référents adultes (enseignants, parents, personnels encadrant...) dans l'élaboration d'un projet de prévention des méfaits liés aux usages de drogues. L'asbl inscrit son action dans le champ de la promotion de la santé, un domaine où la prévention ne se conçoit que sous les auspices du « long terme ». Dans une société dominée par la culture du chiffre, c'est peu dire que ce message suscite incompréhension et résistance. Démonstration.

Un cas d'école

Pour les membres de Prospective Jeunesse la scène décrite ci-après est devenue un classique, voire, en osant le mauvais jeu de mots, un cas d'école. Un établissement scolaire bruxellois contacte l'asbl pour une intervention dans le cadre d'une conférence organisée par l'association de parents d'élèves. Thème proposé : la drogue à l'école. Au téléphone, la responsable de l'association m'explique qu'elle cherche un intervenant susceptible de présenter les différentes substances psychotropes et de décrire leurs effets à la fois physiques et psychiques. J'accepte d'intervenir tout en précisant que nous n'avons pas coutume d'aborder la thématique des drogues sous l'angle « produit », que nous situons notre action dans le cadre de la promotion de la santé, autrement dit que nous évitons autant que faire se peut d'intervenir dans l'urgence, considérant les consommations sur base d'une approche globale, estimant que rien ne sied mieux aux démarches préventives que le long terme. Quelque peu déçue, mon interlocutrice m'explique qu'elle connaît bien notre dis-

cours, « le même » que celui tenu par Infor-Drogues avec qui elle a déjà collaboré. « Je cherche quelque chose de différent », me dit-elle. Mais, pressée par le temps, elle devra finalement faire avec mon discours, non sans avoir été rassurée par le fait que je pouvais aussi aborder la question des produits.

Arrivé sur place, je découvre les autres intervenants : l'un est commissaire de la brigade des stupés, l'autre juge pour enfants, soit « le must des must » en matière de prévention. Apparemment, l'école a oublié de prendre connaissance du contenu de la circulaire envoyée quelques mois plus tôt à tous les chefs d'établissements. De fait, celle-ci attirait « l'attention des établissements scolaires sur la grande prudence à observer quant au recours à des services de police pour des activités de prévention dans l'école », précisant que « ce type de programme reflète une confusion des rôles prévention-sécuritaire qui risque de compromettre l'objectif poursuivi. » Et d'en conclure qu'« en toute logique, le recours aux forces de l'ordre devrait être exclu du projet de prévention des écoles¹. »

1. Circulaire (n° 3362) du 16 novembre 2010 : Ressources à disposition des établissements scolaires en matière de prévention des assuétudes en milieu scolaire.

LA DROGUE À L'ÉCOLE... MAIS QUE FAIT LA POLICE ???



Je ne fais toutefois pas part de mes réserves aux organisateurs, ne voulant pas préjuger de leur façon d'observer la prudence. Malheureusement, les préjugés trouvent parfois confirmation.

Les scientologues à la rescousse

En guise d'introduction à la soirée, la responsable de l'association de parents a souhaité diffuser quelques extraits d'un film illustrant les méfaits liés à la consommation de drogues chez les jeunes. Dans un premier temps, cette dernière refuse de me révéler la provenance du film. Devant ma mine interlo-

quée, elle se ravise et me chuchote que le DVD lui a été fourni par l'Église de scientologie. Pour rattraper le morceau, elle m'explique que les extraits diffusés ne concernent que des informations objectives sur les produits. Je reste évidemment sceptique mais sans avoir vraiment droit au chapitre vu que le commissaire abonde dans son sens et que le juge n'y voit rien à redire.

Comme je le craignais, tous les extraits en question sont empreints d'un moralisme douteux et distillent un message nauséabond construit sur une accumulation de clichés, dont le désormais classique : « fumer un joint est la première étape d'une inévitable escalade vers les drogues dures ». Les scientologues ayant mis les moyens, le film est toutefois bien ficelé et de bonne facture. Pas de doute, « le péril de la drogue » est bien leur cheval de Troie pour « évangéliser » le continent européen.

École et prévention

Après ce grand moment de cinéma, les orateurs prennent enfin la parole. Chacun y va de son speech. Comme je le redoutais, c'est moi qui endosse le rôle de « l'irresponsable », de celui qui doit expliquer aux parents qu'un monde, et à fortiori une école, sans drogues n'existe pas, que contrairement aux images qu'ils viennent de voir, le problème n'est pas de tester tel ou tel produit mais de développer une consommation problématique. « Et qu'est-ce qu'une consommation problématique ? », me demande une mère suspicieuse. Je lui réponds qu'une consommation devient problématique lorsqu'elle est la seule source de valorisation du jeune, autrement dit sa seule source de plaisir. C'est pourquoi un programme de prévention ne peut pas seulement consister en une mise en garde ou un rappel à la loi mais doit s'attacher à aider le jeune à développer et diversifier ses sources de plaisir. Pour ce faire, celui à qui revient la tâche de « faire prévention » se gardera bien de prêcher l'abstinence, voire même la réduction de la demande. En promotion de la santé, prévenir dans le champ des assuétudes ne signifie pas « venir avant », ni empêcher l'apparition ou le recours aux drogues, mais bien s'attacher à la réduction des méfaits liés aux consommations via le développement des compétences psychosociales du jeune, soit un ensemble de ressources ou d'habilités (estime de soi, sens critique, autonomie, etc.) grâce auxquelles ce dernier restaurera ou augmentera sa capacité à poser des choix autonomes concernant son « bien être », et donc à fortiori sa capacité à se situer et à se responsabiliser par rapport à une consommation problématique ou non. Plutôt

Rien ne sied mieux aux démarches préventives que le long terme.

qu'un discours axé sur la peur et la mise en garde ou un discours centré sur la toxicité des produits, on privilégiera donc l'inscription des messages préventifs dans un discours global de promotion de la santé. En pratique, cela consiste à développer des actions portant sur les attentes des jeunes quant à leur milieu de vie, sur la façon dont ils gèrent leurs difficultés, sur ce qui les aide à vivre et à prendre du plaisir. Bref, plutôt que de les interroger directement sur leurs consommations, on préférera solliciter l'expression de leurs représentations et de leurs attentes en matière de bien-être et les questionner sur la façon dont ils prennent en charge leur santé.

Reprenant les arguments développés par Line Beauschesne, je poursuis en insistant sur le fait que cette démarche a pour premier avantage de pouvoir s'intégrer très tôt dans la vie des jeunes, avant même qu'ils n'aient acquis des habitudes de consommation potentiellement déséquilibrantes en termes de bien-être psychosocial. Deuxième avantage, cette approche ne peut se concevoir sans la mise en place d'un dialogue avec les jeunes. De fait, elle est fondamentalement interactive puisqu'elle se centre sur l'expression des attentes, des motivations et des représentations des jeunes. En d'autres termes, sa mise en pratique a toutes les chances d'accrocher à l'univers du jeune en biaisant le décalage entre sa culture et celle de l'adulte. En partant du vécu des jeunes, en les faisant échanger sur les stratégies qu'ils mettent en place pour rendre leur vie plaisante et cultiver leur bien-être, on évite les écueils inhérents à tout discours moralisateur venu « d'en haut », au profit d'une dynamique volontaire d'apprentissage, avec en ligne de mire la construction par les jeunes eux-mêmes des outils et des ressources susceptibles de les protéger efficacement des méfaits liés aux consommations de produits psychoactifs. Évidemment, ce type de démarche ne peut s'inscrire que dans le long terme. Ses résultats sont difficilement mesurables, du moins quantitativement. Elle est avant tout un pari sur l'avenir. À bien des égards, elle est à l'exact opposé de ce qui est proposé par les écoles. Généralement, les acteurs scolaires ne pensent à la prévention que suite à un incident

ou à la découverte de faits de consommation au sein de leur établissement. Partant, les jeunes n'ont droit qu'à des actions « one shot », conçues dans l'urgence et dont l'efficacité est à peu près équivalente aux panneaux qui à coup de messages chocs le long des autoroutes invitent les automobilistes à réduire leur vitesse. On y pense pendant vingt kilomètres, ensuite on oublie.

Urgence, exclusion et hypocrisie

Mes propos ont-ils fait mouche ? Les parents qui m'écoutent sont-ils convaincus ? Mon intervention a-t-elle autant capté l'attention que la présentation des produits avec échantillons à l'appui orchestrée par le commissaire ? Difficile de répondre. D'autant plus que la séance de questions réponses qui fait suite aux interventions m'éclaire sur les motifs qui ont présidé à l'organisation de cette rencontre. Le public qui me fait face est un public inquiet pour ses enfants. Et pour cause, la semaine précédente, la direction de l'école a organisé une descente de police dans l'enceinte de l'établissement. Les chiens renifleurs ont débarqué dans les couloirs de l'école. « Que pouvions-nous faire d'autre ? », explique la directrice. « C'est que, tout de même, des élèves ont été surpris en train de fumer du cannabis, et certains d'entre-deux dealaient ! Nous n'avons d'ailleurs pas manqué de les exclure définitivement », poursuit la directrice choquée que je puisse mettre en doute sa façon de faire alors même qu'elle a agi pour le bien de l'école et de ses élèves. La gravité des faits impliquait d'agir dans l'urgence afin d'enrayer le fléau au plus vite. Tel fût le raisonnement adopté par l'école et la façon dont la direction a estimé faire œuvre de prévention efficace en matière de drogues.

En dépit de l'intervention musclée de la police et de l'exclusion des élèves « dealers », il y a évidemment fort à parier que nombre d'élèves de l'établissement font toujours usage du cannabis, certains de façon non problématique, d'autres de façon problématique. Au final, excepté le fait d'avoir sauvé la réputation de l'école en l'« épurant » de ses perturbateurs, c'est-à-dire des jeunes dont le comportement « déviant » risquait

de « contaminer » leurs condisciples, on ne comprend pas très bien quels ont été les objectifs de cette intervention. En termes préventifs, son résultat est assurément quasi nul. Pourquoi dès lors les écoles sont-elles si nombreuses à opter pour ce genre d'action choc? Tout simplement parce que c'est dans l'air du temps. Dans une société caractérisée par l'obsession de la vitesse et du résultat immédiat ou seul prévaut le risque zéro, la prévention ne se conçoit généralement que dans l'urgence et avec des résultats immédiatement tangibles. Comme le suggère le philosophe Paul Virilio, le triomphe du « présentisme » rend obsolète ou ringarde la scansion humaine de la durée dans son acception traditionnelle. En politique comme en prévention, il devient de plus en plus difficile de prendre son temps. Or, à l'instar de tout processus d'individualisation, la construction de l'autonomie, seule à même d'offrir à celui qui en jouit la possibilité de réguler ses comportements à risques, n'est en rien immédiate. En ne tenant pas compte de cette exigence de durée, les programmes de prévention se résumeront toujours à du contrôle social dont le seul « avantage » est de produire

des résultats quantifiables: autant d'élèves exclus, autant de drogues saisies, etc.

Ne nous berçons pas d'illusions, les drogues circulent dans toutes les écoles. Récemment, un professeur de français me faisait part de sa stupéfaction face à l'hypo-

crisie de certaines directions d'écoles en la matière. Effectuant un remplacement dans une école d'hôtellerie, il se joint à une réunion des membres de l'établissement traitant des consommations des élèves. Sur le sujet, personne n'avait grand-chose à dire à l'exception d'un éducateur qui fit tout de même remarquer que de plus en plus d'élèves fumaient des joints. Le remplaçant tombait des nues. En effet, ayant réussi à cultiver un climat de confiance avec les élèves de sa classe, certains d'entre eux n'avaient pas hésité à se confier à lui. Pour tenir le rythme des stages, c'était moins le cannabis que la cocaïne qui était consommée, parfois abondamment. Rien de vraiment étonnant à cela vu que la cocaïne compte parmi les drogues

les plus prisées dans le milieu de l'horeca. Ce fait de société est-il ignoré des enseignants de l'établissement? On peut raisonnablement en douter. Pourquoi dès lors n'est-il pas discuté et étudié avec les élèves alors même que ces derniers vont nécessairement y être confrontés, voire sont déjà de gros consommateurs et que le rôle de l'école est précisément, si l'on en croit le décret définissant ses missions, de préparer les élèves au monde professionnel? À l'évidence, le monde scolaire est, comme bon nombre d'autres institutions, soumis à la pression à la réussite. C'est au final ce critère qui dicte le rythme du temps scolaire et ne laisse que très peu de place à la réflexion ou aux partages d'expériences.

Prendre le temps de l'ambition

Ces exemples montrent bien qu'en terme de prévention, et ce quel que soit l'objet que l'on entend prévenir, le temps manque. Le décret sur la promotion de la santé est certainement un bon décret, rempli de bonnes intentions. Mais dans la configuration sociale actuelle, il fait figure de chimère. Sa pleine application ne suppose rien de moins qu'une révolution copernicienne des valeurs dominantes, un ralentissement général de façon à pouvoir enfin prendre le temps et ainsi éviter que la prévention ne se résume à du contrôle social. Sommes-nous seulement prêts à envisager les choses de la sorte? Les signaux abondent pour nous convaincre du contraire. Nous évoluons tout de même dans une société qui a fait le choix de réguler l'immigration en édifiant des centres fermés et le choix de lutter contre la délinquance grâce à des peines de prison et à des caméras de surveillance. Bien que totalement inefficaces, ces mesures ont en effet l'avantage de produire des résultats à court terme et, surtout, de fournir du chiffre. L'engagement dans des politiques sociales ambitieuses de réduction des inégalités supposerait au contraire que l'action politique s'inscrive dans la durée et fasse preuve de patience. Cette façon de prendre son temps n'est-elle pas toutefois l'étape nécessaire pour que les citoyens, tous les citoyens, jouissent de conditions socio-économiques à la mesure de l'autonomie que l'on entend leur faire adopter?

Dans une société caractérisée par l'obsession de la vitesse et du résultat immédiat ou seul prévaut le risque zéro, la prévention ne se conçoit généralement que dans l'urgence

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^{os} 22, 24, 42, 43, 44, 49)
- L'école (n^{os} 3, 4, 6, 25, 29, 55, 57)
- La fête (n^o 35)
- Le monde du travail (n^o 26)
- La prison (n^{os} 13, 16, 40)
- Milieu du sport (n^o 53)

Produits et leurs effets

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

Pratiques professionnelles

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

Contextes d'usage

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

ABONNEMENT ANNUEL

Prix au numéro : 4 € *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 €)

- Je désire souscrire à un abonnement de soutien oui non

- Je souhaite une facture oui non

Date Signature

Prospective Jeunesse

Drogues
Santé
Prévention

59

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



Avec le soutien de la Communauté Wallonie-Bruxelles
(Communauté française de Belgique),
et de la Commission communautaire française
de la région de Bruxelles-Capitale.

