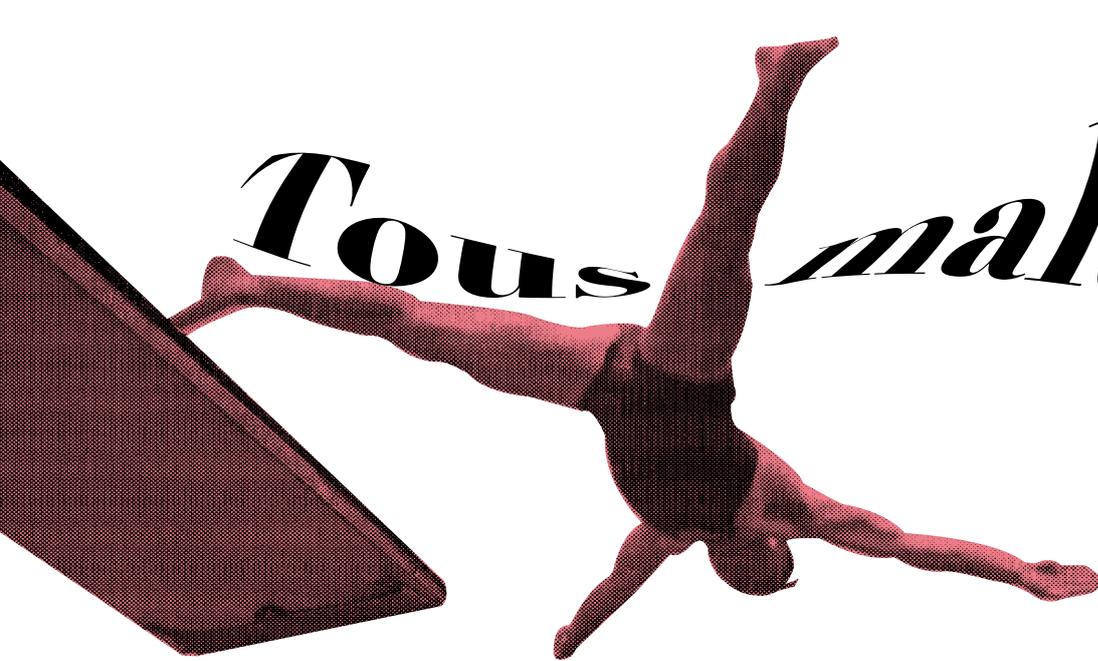


Tous malades!



**QUAND LES MAUX
PARLENT DE NOUS**

Cedric Jamar

**EXTENSION DU DOMAINE
DE LA MALADIE**

Georges Bauherz

**SANTÉ ET MALADIES À
L'AUNE DE LA NORMALITÉ**

Christine Barras

**RILATINE : ANATOMIE
D'UNE CONTROVERSE**

Edgar Szoc



UN TRAVAIL DANS UNE OPTIQUE DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Prospective Jeunesse est un centre d'étude et de formation, actif dans le domaine de la promotion de la santé, fondé en 1978.

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus et aux communautés davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Son ambition est le bien-être global de l'individu, sur les plans physique, mental et social. La santé ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité et ne doit pas être associée exclusivement au domaine médical et curatif.

Notre mission première est de prévenir les consommations problématiques et les dépendances liées aux produits psychotropes ou aux écrans chez les jeunes. Nous mettons notre expertise au service des équipes qui souhaitent construire un projet de prévention au sein de leur institution, mais aussi de toute personne rencontrant des questions ou des difficultés en lien avec la consommation de produits psychotropes ou des écrans.

Notre approche de prévention ne vise pas à empêcher les jeunes d'entrer en contact avec les produits psychotropes ou les écrans, mais bien à les aider à mobiliser les ressources qui leur permettront de prendre en main leur santé, d'être acteurs.trices de leur bien-être et ainsi d'éviter de développer des consommations problématiques et des dépendances.



Drogues, Santé, Prévention est la revue trimestrielle de Belgique francophone sur les usages de drogues. Elle constitue un outil de travail destiné aux professionnels du social et de la santé en quête de compréhension de ce phénomène (promotion de la santé, toxicomanie, jeunesse, scolaire, santé mentale, aide à la jeunesse, travail social...).

Publiée par Prospective Jeunesse, elle s'inscrit dans une vision de promotion de la santé. Elle permet au lectorat d'exercer un regard critique, complexe et curieux sur les usages de drogues, d'enrichir sa posture professionnelle et d'identifier des pistes d'action.



Editeur responsable

Guilhem de Crombrughe

Rédacteur en chef

Edgar Szoc

Comité d'accompagnement

Christine Barras,
Line Beauchesne, Marc Budo,
Elodie Della Rossa,
Christel Depierreux,
Manuel Dupuis, Sarah Fautré,
Damien Favresse, Sabine Gilis,
Sarah Hassan, Michaël Hogge,
Alexis Jurdant, Elise Robaux,
Patricia Thiebaut,
Jacques Van Russelt

Ont collaboré à ce numéro

Monika Michalik

Illustrations

In-graphics.be

Impression

Nuance 4, Naninne

Graphisme et mise en page

In-graphics.be

Les articles publiés reflètent les opinions de leurs auteurs mais pas nécessairement celles de Prospective Jeunesse. Ces articles peuvent être reproduits moyennant la citation des sources. Ni Prospective Jeunesse, ni aucune personne agissant au nom de celle-ci, n'est responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations reprises dans cette revue.

Table des matières

4

Extension du domaine de la maladie

Georges Bauherz

6

Santé et maladies à l'aune de la normalité

Christine Barras

12

Consommation en chiffres

14

Quand les maux parlent de nous

Cedric Jamar

17

Rilatine : anatomie d'une controverse

Edgar Szoc

19

Réflexions sur la gestion du tabagisme en temps de confinement

Cédric Migard

22

Bibliographie

Edgar Szoc

Ritalin®

Ritalin quickly overcomes mild depression and the fatigue so often associated with it. This is one agent that really brightens mood and improves performance, helps restore alertness, enthusiasm, and drive. Patients often report that fatigue and worry seem to vanish; they are able to go all day without becoming tired.

Acts in minutes Unlike other antidepressants, Ritalin usually brings relief with the very first dose. Your patients need not wait days or even weeks to begin feeling better. Ritalin also offers outstanding safety. Unlike amphetamines, Ritalin rarely affects blood pressure or heart rate. It has not been associated with muscle tremors or urinary retention as have the potent MAO inhibitors of tricyclic compounds. And toxic or adverse effects on blood, urine, liver or kidney function are not to be anticipated. For these reasons, Ritalin... **Proves especially valuable for the elderly** This time-tested agent is well tolerated, even by older patients. It rarely affects appetite or causes rebound depression.

Helps relieve chronic fatigue and apathy quickly



CIBA
SOMMA, CHAM

— Edito —

Tous malades?

La genèse de ce dossier remonte au temps désormais presque immémorial d'avant la pandémie. Au moment de le concevoir, nous n'imaginions pas que les questions de santé occuperaient l'espace exorbitant qui est le leur depuis maintenant plus d'un an, sur les plans médiatique, politique et tout simplement quotidien. Notre intention, dégagée de toute préoccupation d'actualité, consistait à prendre le temps du recul analytique pour appréhender l'emprise de la médecine sur nos existences, à décortiquer les enjeux de la montée en puissance de la pharmacie, à s'interroger sur les liens entre ces deux phénomènes et à chercher à comprendre ce qu'ils pouvaient impliquer en matière de prévention et de prise en charge des assuétudes.

Dans l'urgence prophylactique qui est devenue la nôtre, ce temps de recul pourrait apparaître comme un luxe un peu vain, parce que trop éloigné des préoccupations ô combien pressantes du moment, et inapte à outiller les professionnel.le.s pour affronter la vague de difficultés consécutive à la crise. Un questionnement trop froid pour des temps trop chauds en quelque sorte...

Nous pensons que ce temps de recul est au contraire plus nécessaire et plus urgent que jamais. Les débats techniques – et souvent stériles – qui ont scandé cette année de pandémie ont en effet occulté et renforcé les biais liés à une approche techniciste et étroite de la santé. Et si d'autres questions, à la fois plus globales, plus radicales (en ce qu'elles traitent des racines) et plus systémiques, étaient beaucoup plus pressantes ?

Plus que jamais, notre système productif et l'armature techno-scientifique qui le sous-tend paraissent perdus dans une course effrénée à la création de maladies nouvelles et de molécules censées les prendre en charge – quand ce n'est pas l'inverse : l'invention de maladies offrant des débouchés commerciaux au développement de nouvelles molécules. Dans ce dispositif, l'art subtil de la médecine se voit de plus en plus subordonné au couple que forment la pharmacie et la statistique, et le corps réduit à un assemblage d'organes anonymes. Et que dire de l'âme ? Il est bien connu qu'une des manières de réduire les dissidents au silence en Union soviétique

consistait à les « psychiatriser ». Nos sociétés libérales n'agissent heureusement pas de la sorte mais donnent parfois l'impression de psychiatriser à peu près tout le reste.

Plusieurs articles de ce dossier renvoient de manière explicite ou implicite à la boutade du docteur Knock de Jules Romains : « Tout homme bien portant est un malade qui s'ignore ». Ce qui apparaissait comme une boutade lors de la première représentation de la pièce (1924) correspond assez précisément au programme anthropologique des entreprises pharmaceutiques. Et si la plus grande urgence du moment, c'était de tout faire pour éviter que le point d'interrogation du titre de notre dossier – « Tous malades ? » – ne se transforme insidieusement en point d'exclamation ? En des temps où le discours médical semble constituer l'horizon indépassable de la politique, interroger les ressorts de ce discours constitue une nécessité aussi subversive qu'indispensable.

Edgar Szoc

Georges Bauherz, Professeur à l'ULB, neuropsychiatre



Comment passe-t-on de la boîte de Pandore à la chirurgie esthétique, soit de la segmentation du mal à l'emprise médicale sur la beauté ? Par un processus en trois étapes, qui ne sont ni distinctes ni successives mais schématiquement décrites ici.

Le premier mouvement est la segmentation du mal, son découpage en éléments distincts. Le chaman, sibérien ou sioux, fait fuir les esprits, soigne les fièvres et fait venir la pluie, selon. Comme le fait aussi le voyant extraordinaire qui distribue des papillons jaunes dans ma boîte aux lettres : il prévient le Covid, fait fuir les rivaux amoureux et gagner au Lotto, pour la modique somme de 45 euros. Ou 70 s'il se déplace jusqu'au domicile.

Et quand Pandore, la plus belle des femmes, conçue par Zeus lui-même avec de la glaise, soulève le couvercle de la jarre qu'on lui avait confiée et qu'elle ne pouvait pas ouvrir, ce sont toutes les malédictions qui s'en échappent : la Maladie, le Misère, la Folie, la Guerre, la Famine, le Vice, la Tromperie, et l'Orgueil. Seule l'Espérance, trop lente à s'envoler, la fille maladroite de Satan, reste au fond du vase que Pandore a refermé.

La maladie est donc une des multiples formes du malheur, un des multiples visages du diable, du mal : c'est le mal que nous éprouvons dans notre chair, n'importe où dans notre corps, mais uniquement dans notre corps. C'est la fracture du tibia mais pas le tremblement de terre, la migraine mais pas la disette, la cirrhose du foie mais pas la guerre.

Les étiquettes de la maladie

La deuxième segmentation est interne à la médecine, ou peut-être aux diverses méde-

cines, ces expertises qui ont démembré « la maladie » en ses diverses entités : les fièvres, les épilepsies, la peste, le cancer ou le Covid 19. Chaque entité a ses caractéristiques, son avenir, son traitement, son pronostic, ses spécialistes. Chaque maladie a son étiquette, qui fait d'elle un objet semblable aux objets matériels. Qu'importe si les choses évoluent, si l'hystérie faisait partie de l'épilepsie il y a 150 ans, si ceux que nous désignons aujourd'hui comme souffrant d'une maladie d'Alzheimer étaient qualifiés de « gâteux » il y a à peine quarante ans. Et qu'importe si le Covid 19 se manifeste cliniquement par des symptômes allant de « rien » à une insuffisance pulmonaire rapidement mortelle. Et quand on « a » le Covid, son Covid ressemble moins à celui du voisin que ma Peugeot 208 break ne ressemble, sans aucun doute, à la Peugeot 208 break du Chili ou de Tanzanie.

Le troisième mouvement de la partition est l'extension des prérogatives médicales, la conquête impériale des territoires envahissants. L'histoire se déroule essentiellement en Europe, au XVII^{ème} siècle. Les Lumières éclairent l'Occident avec fierté, la religion vacille devant la pensée scientifico-technique, les Empires coloniaux s'édifient, diffusant le goût de l'extension territoriale. La médecine, encore peu outillée, participe à l'aventure.

La prise de la naissance

Le moment inaugural est peut-être la publication, dix ans avant la Révolution française, de l'ouvrage du médecin Jean-Louis Baudelocque (*Principes sur l'art des accouchements par demande et réponses en faveur des élèves sages-femmes*). Après un siècle de tâtonnements, les médecins mettent la main sur la naissance, jusque-là réservée aux sages-femmes. Dans un même mouvement, la médecine étend son expertise sur un processus biologique (la naissance) qui, pour

être parfois problématique, sort du champ de la maladie *stricto sensu*, le confisque aux sages-femmes pour les accouchements difficiles d'abord, tous les accouchements ensuite, et les hommes se déclarent seuls autorisés dans cette discipline jusque-là uniquement féminine. La médecine a colonisé une terre déclarée inconnue, aussi inhabitée que l'Amérique avant Colomb. La rivière est sortie de son lit. Malgré les résistances, elle ne s'arrêtera plus. Au même moment, la médecine s'approprie les tourments de l'âme (l'aliénisme, puis la psychiatrie), l'hygiène (depuis la séparation des eaux pour la prévention du choléra, le lavage des mains de Semmelweiss¹ jusqu'à la distanciation physico-sociale actuelle et l'autorité sur

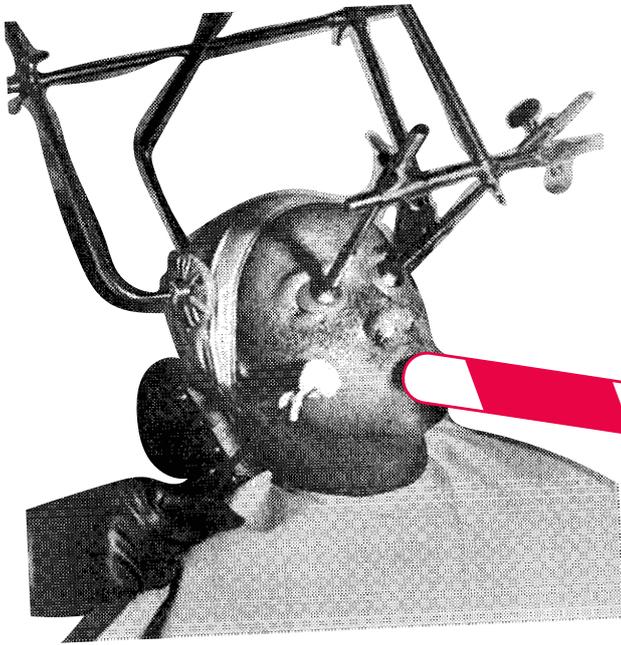
« La médecine s'approprie les tourments de l'âme, l'hygiène, la reproduction, la mort, la beauté, la prévention, la santé publique, la pharmacie et la morale. »

le discours en matière de gestes barrières), la reproduction (sexualité, contraception, avortement), la mort (soins palliatifs et suicide assisté), la beauté

(la chirurgie esthétique), la prévention, la santé publique, la pharmacie et la morale. Sur toutes ces activités, qui ont le corps humain comme point commun mais ne relèvent pas nécessairement du concept de maladie au sens traditionnel du terme, la corporation médicale a le monopole.

Sommes-nous tous malades ? En tous cas, nous sommes tous, de plus en plus, consommateurs de médecine. Ce qui a comme conséquence d'étendre le champ de celle-ci, mais aussi de la fragiliser et d'obliger une redéfinition de la maladie. Elle n'est plus seulement la forme du mal dans le vécu du corps, mais la manifestation explicite du corps comme moyen de l'organisation sociale, ce dont s'occupe la médecine moderne.

1. Ignace Philippe Semmelweiss (1818-1865) est un médecin obstétricien hongrois qui a démontré que le lavage des mains diminuait le risque de décès provoqué par la fièvre puerpérale chez les femmes après l'accouchement.

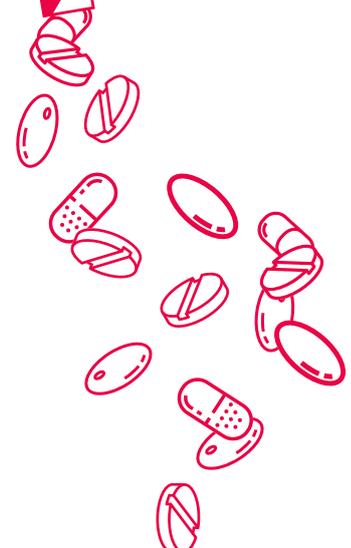


Christine Barras - docteur en linguistique, ancienne chercheuse et intervenante en sciences psychopédagogiques et en santé publique, membre associée du GIRSEF (Groupe interdisciplinaire de recherche sur la socialisation, l'enseignement et la formation)

Santé et maladies à l'aune de la normalité

Parti d'une définition en creux – l'absence de maladie –, le concept de santé s'est complexifié dans la société contemporaine. Dans le discours ordinaire, la santé reste l'absence de maladie. Dans celui de la santé publique, elle englobe les sphères physique, mentale et sociale, réunissant dans une triple exigence les conditions dont certains font dépendre le bonheur. De là s'opère un glissement vers une société

« médicalisée », où chaque être humain est un patient en puissance. Se pose alors la question de la norme, à respecter au pied de la lettre ou avec quelques écarts, à transgresser ou même à ridiculiser. Existe-t-il un compromis possible entre les injonctions sanitaires et la liberté de chacun ? L'article se propose d'analyser quelques attitudes qui tentent avec plus ou moins de succès d'y répondre.



**« La santé, c'est la vie
dans le silence des organes.
(René Leriche) »**

Désignées au pluriel sous le nom de « maladies », les pathologies qui nous affectent sont multiples, plus ou moins graves, durables ou transitoires. Lorsque nous parlons de « santé », en revanche, c'est toujours au singulier, comme si le concept n'avait pas à se décliner suivant la spécificité des personnes et des contextes. L'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹ la décrit comme une force vitale qui, très largement, englobe les plans physique, mental et social. Elle précise qu'elle est davantage que l'absence de maladie, la conditionnant de ce fait à cette absence qui, même si elle n'est pas suffisante, est nécessaire. Dans les représentations ordinaires, nous sommes « malades » OU en « bonne santé ». Les concepts cohabitent cependant dans une expression attestée depuis plus de trente ans, « malades en bonne santé² », désignant les porteurs de maladies dont la pathologie est sous contrôle et qui mènent leur vie de façon satisfaisante, non seulement grâce à leur traitement médical mais par leurs projets, activités, liens familiaux et sociaux. En font partie, par exemple, les diabétiques, les asthmatiques ou encore les porteurs du virus HIV. Pourtant, cette appellation n'a pas fait souche dans le langage ordinaire, où elle fait figure d'oxymore. Jouir d'une « bonne » ou d'une « mauvaise » santé se définit implicitement comme un rapport à la maladie, souffrir d'une maladie implique que la santé s'en est allée. Chacun des deux concepts offre le miroir inversé de l'autre, ils s'excluent en étant inséparables.

1. « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » : <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>.

2. MILZ H., *Die ganzheitliche Medizin. Neue Wege zur Gesundheit*. Bodenheim, Athenäum Verlag, 1985.

Une autre définition a connu son heure de gloire. Elle a été proposée par le docteur Leriche en 1936 : « La santé, c'est la vie dans le silence des organes ». Cet aphorisme a été critiqué pour son côté réducteur, notamment parce qu'il fait référence au corps, et non au psychisme³. Néanmoins, la formule est innovante parce qu'elle met au premier plan le ressenti de l'individu, qui se déclare en bonne santé tant qu'il peut mener sa vie sans ressentir aucune douleur. Lorsque l'un ou l'autre de ses organes (à prendre au sens large) manifeste sa présence et « parle », à ce moment-là, s'il en prend conscience, il devient un malade. Dans cette définition, la douleur est un symptôme à prendre en considération et à traiter, et non une loi de l'espèce voire une punition divine, comme c'était le cas autrefois.

La santé, un enjeu politique et moral

La définition de l'OMS évacue du concept de santé non seulement la maladie, mais toutes les difficultés de la vie (dépression, chagrin, exclusion, chômage...). Même si les politiques de santé prônent la réduction des inégalités et font de la santé un processus qu'il s'agit d'approprier, cette image de « complétude » offre un raccourci cruel entre le rêve et le réel. L'utopie qu'elle véhicule fait le jeu de la publicité et de ses avatars, qui amalgament santé, réussite et bonheur, opposant ceux qui répondent à tous ces critères aux autres, qui échouent parce qu'ils ne se sont pas donné la chance de faire partie des élus. Les représentations qui en résultent font du bien-être un devoir de réussite, et du devoir de réussite un enjeu moral. « *Lorsqu'être heureux et en bonne santé devient la norme, ceux qui échouent à rentrer dans le moule portent*

3. BÉZY O., « Quelques commentaires à propos de la célèbre formule du docteur Leriche : 'La santé c'est la vie dans le silence des organes' », *La revue lacanienne*, vol. 3, n° 1, pp. 47-50.

*les stigmates de l'échec*⁴ ». Selon ce point de vue, les fumeurs, les personnes en surpoids ou encore les toxicomanes se mettraient eux-mêmes en danger et constitueraient une menace pour la société, parce qu'ils coûtent cher et offrent un exemple à ne pas suivre. Le curseur de la nocivité est déplacé de l'activité vers l'individu que tout semble accuser. Le « principe de prévention⁵ », destiné à baliser notre existence en nous signalant ce qui peut être dangereux, en pointant nos sales habitudes ou nos transgressions, vise à parer les coups du sort pour garantir un futur radieux. Y déroger est une faute. En 1923, la comédie grinçante de Jules Romains⁶, *Knock ou le triomphe de la médecine*, offrait une vision analogue du risque en dénonçant les excès d'une médecine élevée à l'état d'idéologie. Le docteur Knock, auteur de la fameuse petite phrase « *Tout homme bien-portant est un malade qui s'ignore* », prétend rayer le mot « santé » du vocabulaire, parce qu'il n'a plus aucune raison d'être au regard des progrès de la médecine. Cette conclusion qui, à l'époque, se voulait sarcastique, s'applique à la surmédicalisation que nous connaissons aujourd'hui. La pathologisation du quotidien prétend s'attaquer à tous les travers qui, malgré tout, font le lot de notre quotidien et nous procurent malgré tout du plaisir.

4. SEDERSTRÖM C. et SPICER A., *Le syndrome du bien-être*, Paris, Éditions l'Échappée, 2016, p. 10.

5. PERETTI-WATEL P. et MOATTI J.-P., *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*, Paris, Seuil, 2009.

6. ROMAINS J., *Knock ou le triomphe de la médecine*, Paris, Gallimard, 1972 (1923 : première représentation théâtrale).

Les malades de la norme

Étymologiquement, « norme » vient du latin *norma*, l'équerre, instrument qui implique l'exactitude et la règle. Pour Lucien Israël⁷, ce qui caractérise le normal, c'est « *la platitude du tracé, la timidité des aspirations, l'écrasement des désirs* ». Les grandes réussites (financières, politiques, artistiques, littéraires...) sont souvent le fait de personnes qu'il semble difficile de qualifier de « normales », sauf à faire entrer dans la normalité une part d'anormal. Jouant sur ce paradoxe, Israël affirme qu'« être normal, c'est être névrosé », s'opposant à Freud pour qui « *le névrosé échoue là où le normal réussit* ». Une autre définition s'impose alors : le névrosé est celui qui laisse apparaître le conflit inconscient, alors que le normal, sous une apparence lisse, le garde profondément enkysté. Le névrosé serait alors dans un état de santé peut-être défaillant mais authentique, tandis que le normal, lui, serait un malade qui se ment à lui-même.

La psychanalyste Joyce McDougall⁸ a popularisé le concept de « normopathie » pour traduire un état « anormalement normal » qui,

à partir de frustrations, de souffrances et de peurs, recrée un fonctionnement adapté à son contexte social. Cette normalité définie en creux par l'absence de conflit peut être induite par la médication, comme une « *normalité sous cachet, pour qu'à jamais la folie se taise* »⁹.

Le « normopathe » est engoncé dans ses préjugés, façonné par une éducation trop

rigide. Pour Joyce Mc Dougall, l'enfant dit « normal » quête l'amour de ses parents en respectant les règles qui sont les leurs. Le trop normal a peur de ce qui sort des normes et le renvoie à sa propre monstruosité. Il doit s'en protéger. Mais en même temps, l'anormalité le fascine et l'aspire. C'est sur cette vague que surfent les médias, exploitant les événements sous couvert de transparence, mettant en exergue quelque chose qui fait peur, qui trouble ou qui fait rire, comme autant d'exutoires à une normalité pesante et qui, de ce fait, devient vivable. En termes de santé, le normopathe serait animé par l'angoisse de mal faire, de transgresser d'une façon ou d'une autre les normes sanitaires, quitte à en souffrir ou à faire souffrir. L'« orthorexique », par exemple, recherche une nourriture saine avec un scrupule poussé à l'extrême, le « mysophobe » souffre d'une crainte exacerbée des microbes. Notons que la terminologie savante dont ces excès font l'objet s'inscrit elle aussi dans un registre normatif, voire normopathe, promu par notre société.

« Le mépris des conduites "saines" peut être brandi comme un argument justifiant les excès. »

Le mépris de la santé

L'individu étant considéré comme responsable de

sa santé, les conduites à risque lui sont déconseillées, voire interdites. C'est en tout cas ce que préconisent les politiques de santé ou les campagnes de prévention. Et comme tout peut devenir un risque, nous assistons à une prolifération d'injonctions qui révèlent un « *acharnement à contrôler tout autour de nous, y compris notre propre corps*¹⁰ », avec des effets peut-être délétères.

« Un écrivain muscle son esprit. Cet entraînement ne laisse guère de loisirs sportifs. Il exige des souffrances, des chutes, des paresse, des échecs, des fatigues, des deuils, des insomnies, exercices inverses de

ceux qui développent le corps¹¹ ».

« On aurait du mal à imaginer Jean-Paul Sartre et ses camarades de la rue d'Ulm se préoccuper de leur bien-être pendant leurs études, à moins de considérer l'ingurgitation de montagnes de livres au contenu plus ou moins indigeste – entrecoupée par la consommation de tabac, de café et d'alcool forts – comme une alimentation variée¹² ».

Cette réticence envers la contrainte et la restriction, qui empêcheraient le génie de s'exprimer ou, plus prosaïquement, qui seraient contre-productives, semble aussi vieille que le monde. Winston Churchill, grand fumeur et buveur, expliquait sa longévité : « *Cigars, whisky and no sport* ». Si la phrase qui lui est attribuée n'est peut-être qu'un *fake*, elle rappelle le proverbe attesté partout : « Il y a plus de vieux ivrognes que de vieux médecins ». Nul ne disconvient que la santé soit un bien précieux, mais les conduites à suivre pour la maintenir peuvent être objets de dérision, traduisant pour ceux qui s'en moquent un esprit étroit et conformiste. Les exemples ci-dessus (Cocteau, Sartre, Churchill et le génie dont ils ont fait preuve dans leur domaine) posent un lien entre l'exceptionnel d'une part et le mépris des « bonnes pratiques » en matière de santé d'autre part, comme si les deux étaient incompatibles, comme s'il fallait que le corps souffre pour que l'esprit puisse donner le meilleur de lui-même. Et inversement, le mépris des conduites « saines » peut être brandi comme un argument justifiant les excès qui iraient de pair avec la liberté et la création. La confusion entre causalité et corrélation n'a pas fini de nourrir la désinformation ou, dans un registre moins dramatique, de satisfaire le délectable besoin de se raconter des histoires, auréolant nos travers d'un prestige qui fait du bien.

7. ISRAËL L., *Boiter n'est pas pécher. Essai d'écoute analytique*, Toulouse, Érès, 2010, p. 29-36, chapitre intitulé « Du normal ».

8. MC DOUGALL J., *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, Paris, Gallimard, 1978.

9. PERALDI N., « Que reste-t-il de la sexualité infantile à l'heure d'une normopathie généralisée ? », *Filigrane*, vol. 26, n° 1, p. 60, 2017.

10. PERETTI-WATEL P. et MOATTI J.-P., *op. cit.*, p. 24.

11. COCTEAU J., *Opium*, Paris, Stock, 1999 (1930), p. 227.

12. SEDERSTRÖM C. et SPICER A., *op. cit.*, p. 7.

Au-delà de la santé

Dans une société qui valorise l'excellence et la performance, ce qui est « normal » semble trop peu. La santé est alors insuffisante face à un objectif plus ambitieux, celui d'être « mieux que bien ». C'est le cas, par exemple, lorsque les médicaments psychostimulants sont ingérés non pas pour soigner un trouble, mais pour « booster » des performances jugées insuffisantes en dehors de tout diagnostic, notamment au sein de la population étudiante¹³. Chez les plus jeunes à

partir de six ans, la consommation de ritaline (ou ritaline, en France) est parfois prescrite pour calmer une certaine turbulence propre à l'enfance. « *La ritaline, c'est la tétine du XXI^{ème} siècle, le peacemaker des parents, la garantie d'un parcours sans fautes. Refuser de réguler son enfant, c'est hypothéquer son futur*¹⁴ ». Si les prescriptions se multiplient, c'est peut-être pour « soigner » un enfant qui, parfois, n'est malade que de l'addiction

« Dans une société qui valorise l'excellence et la performance, ce qui est «normal» semble trop peu. »

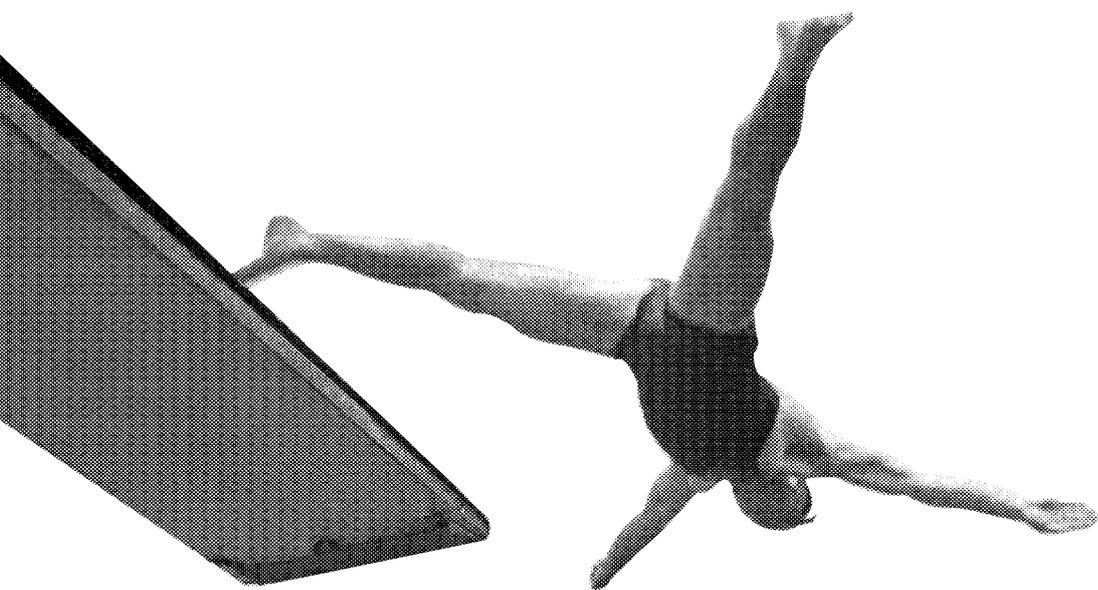
parentale à la performance. F. Jesu¹⁵ y ajoute certains compléments alimentaires, inutiles lorsque l'enfant jouit d'une alimentation variée, mais attractifs avec leur forme d'oursin rose et, surtout, présentés aux parents comme un geste indispensable pour éviter les problèmes d'apprentissage liés à des déficits en vitamines. Et de conclure, avec

13. BENSON K., FLORY K., HUMPHREYS K. L., LEE S. S., « Misuse of stimulant medication among college students: a comprehensive review and

meta-analysis », *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2015, vol. 18, n° 1, pp. 50-75. Environ un cinquième des étudiants seraient concernés.

14. GORI R. et FRESNEL H., *Homo drogué*, Paris, Harper Collins France, 2019, p. 1.

15. JESU F., « Les médicaments au carrefour de la santé et de l'éducation. Souvenirs et réflexions », *Le sociographe*, vol. 72, n° 4, pp. 15-16.



fatalisme (p. 20) : « *La chimie est efficace : pourquoi s'en passer ? Les adultes ont la paix : pourquoi ne pas s'en contenter ?* ». Le marketing s'appuie sur l'anxiété des parents et leur offre une solution rapide pour les rassurer.

La santé, entre liberté et contrôle

Les acceptions du concept de santé sont nombreuses, souvent paradoxales. Schématiquement, nous pouvons les modéliser sur deux axes, le premier, horizontal, décrivant la norme, la loi, ou encore la « lettre » du concept, et le deuxième, vertical, reflétant le vécu, le sentiment de la personne ou du groupe à son égard, autrement dit l'interprétation, l'« esprit » du concept.

Sur l'axe horizontal, que nous appelons politique, prennent place les définitions qui s'inscrivent dans un rapport à la maladie ; elles orientent ou inspirent les démarches de santé publique. À droite, la santé est définie « en creux » par l'absence de maladie. À gauche, la santé se définit par quelque chose de plus que l'absence de maladie, dans un contexte global allant jusqu'à se fondre avec l'idée de bonheur. La promotion de la santé, dans ce contexte, doit faire comprendre qu'elle se situe sur le pôle gauche de cet axe, sous peine de se confondre avec la prévention qui, elle, prend place à l'opposé.

L'axe vertical, pratique, représente le concept dans la vie quotidienne. Il inclut le ressenti, le désir ou le rejet, le jugement sur les normes en matière de santé.

Les deux axes définissent quatre cadrans :

- **Cadran 1** : la valorisation des injonctions à la santé, avec le respect des conduites saines.
- **Cadran 2** : la valorisation de la santé en tant qu'absence de maladie, en lien peut-être avec la liberté des conduites

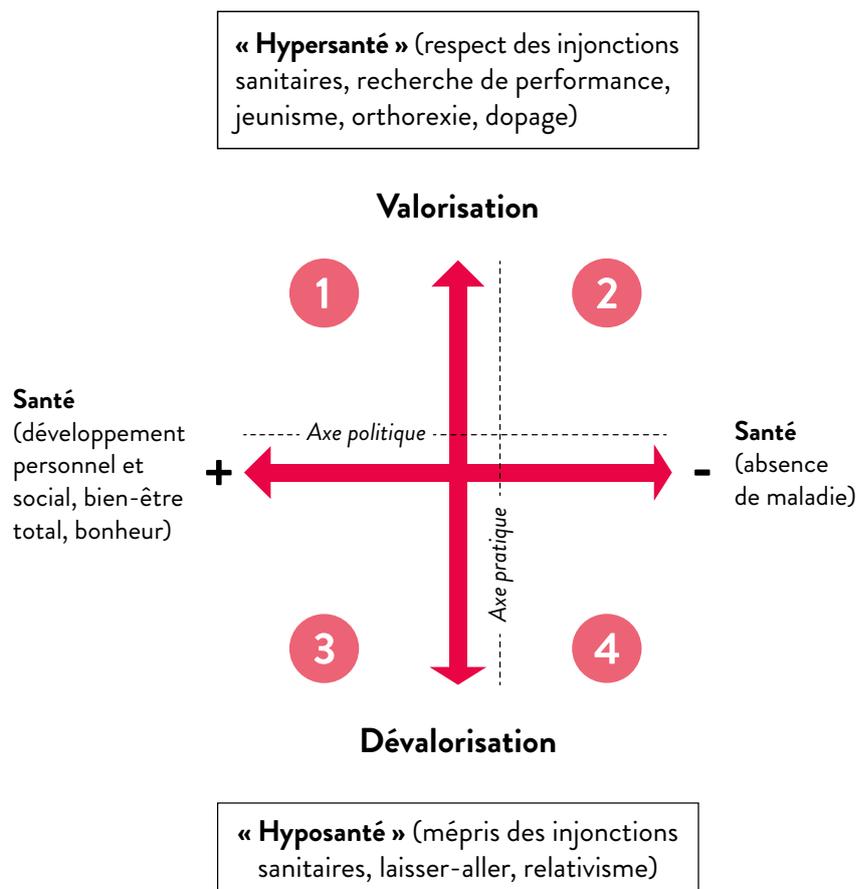
personnelles, tant que les éventuelles conséquences néfastes ne sont pas visibles.

- **Cadran 3** : la dévalorisation des injonctions à la santé, considérées comme un muselage et une surmédicalisation de la vie, des sentiments, du plaisir et de la créativité.
- **Cadran 4** : le regard défaitiste accompagné de constats tels que « nous sommes tous fichus de toute façon ».

Il ne s'agit pas de se prononcer en termes de bien et de mal : les postures découlant de chacun des cadrans peuvent être socialement adaptées, positives, ou alors cyniques,

fondièrement négatives. L'important est de voir qu'elles se prononcent toutes, au fond, sur une vision de la société, plus ou moins libre, plus ou moins conditionnée par les lois.

Dans le premier volume de son histoire de la sexualité, Michel Foucault parle de la gestion du corps par le politique, dont il situe les prémices au cours du XVI^{ème} siècle. Il décrit l'arrivée (ou l'intrusion) du politique dans une dimension privée. Au pouvoir de mettre à mort, qui était autrefois l'apanage de l'autorité suprême, se substitue dans les temps modernes celui de maîtriser la vie et son décours. La *biopolitique* de la population se centre sur le corps qu'elle envisage de deux façons, d'abord en le



domestiquant par l'exercice de la discipline, puis en maîtrisant « la mécanique du vivant », dont « la prolifération, les naissances et la mortalité, le niveau de santé, la durée de vie, la longévité [...] ; leur prise en charge s'opère par toute une série d'interventions et de contrôles régulateurs¹⁶ ». Et de conclure : « La vieille puissance de la mort où se symbolisait le pouvoir souverain est maintenant recouverte par l'administration des corps et la gestion calculatrice de la vie ». Le concept prend évidemment tout son intérêt dans l'analyse de la pandémie que nous traversons¹⁷.

Les questions de santé sont au cœur des politiques et présentent, en corollaire, des bifurcations dans le champ de la morale. L'art de vivre, la « bonne vie » au sens où l'entendent les philosophes, s'inscrit en toile de fond avec, en creux, un blâme pour ceux qui prennent des chemins de traverse. Le risque est de glisser vers un totalitarisme qui non seulement nous met en garde contre ce qui est mal, mais qui nous dicte ce qui est bien. Un autre risque existe, celui de

s'inscrire dans un relativisme mou (tout se vaut...), de tomber dans le complotisme ou autre « postvérité » qui traduit une tentative désespérée de se raccrocher à n'importe quelle certitude, à n'importe quelle idée simple, plus confortable que l'angoisse et le sentiment de vide dans lesquels nous plonge un monde incertain. Contrôler la santé n'est pas uniquement le fait de politiques, mais de courants de pensée hégémoniques qui font l'impasse sur l'humain ou risquent de le faire, si d'autres voix ne s'élèvent pas contre la médicalisation de nos émotions, de notre ambivalence, des essais et erreurs qui marquent notre « commune humanité ».

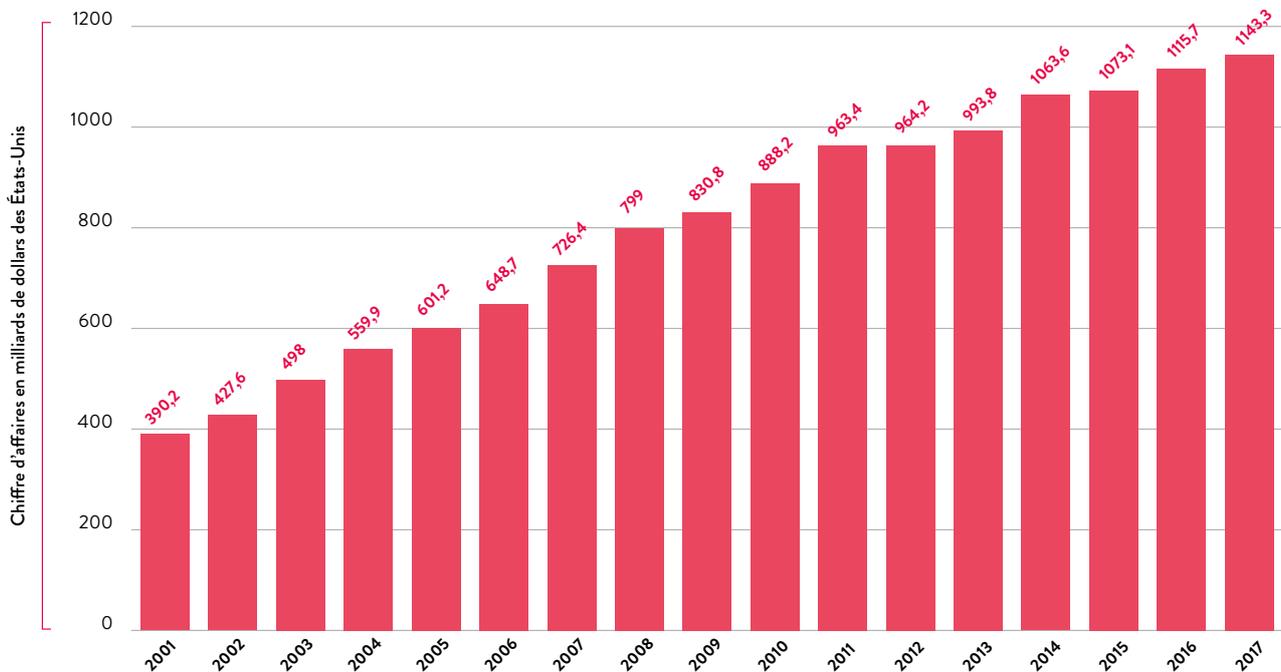


16. FOUCAULT M., *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976, p. 183.

17. Voir à cet égard le numéro 144 de *Philosophie magazine* et son article « Sommes-nous entrés dans la biopolitique ? » (novembre 2020, p. 28-33). Même si la question fait l'impasse sur l'ancienneté de la problématique, l'article rappelle notamment l'urgence à instaurer une « biopolitique II » pour la terre et sa protection, et le danger à fonder une société sur la peur d'un virus.

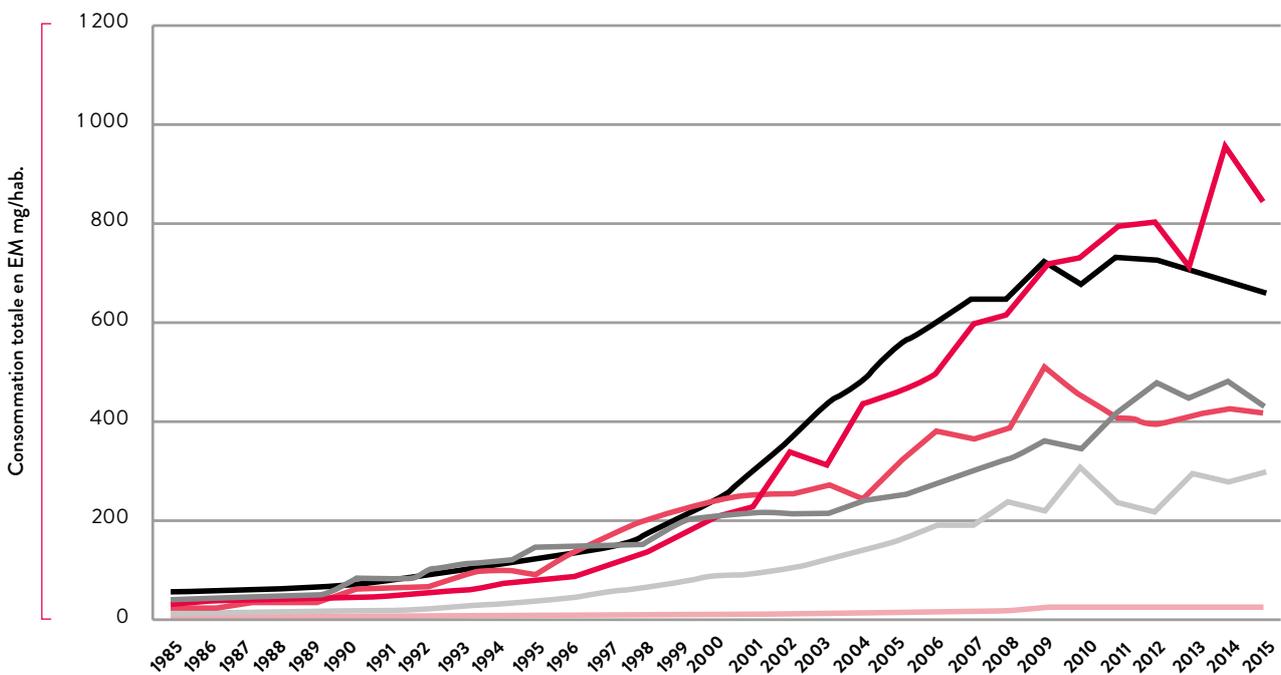
Consommation en chiffres

1. Chiffre d'affaires du marché pharmaceutique mondial (en milliards de dollars US)



Source : Statista

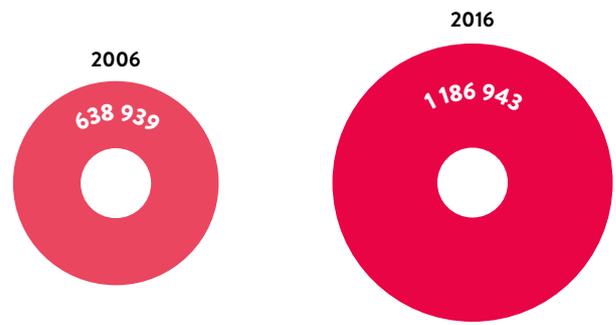
2. Consommation totale d'opioïdes en équivalent morphinique de 1985 à 2015



Source : Revmed

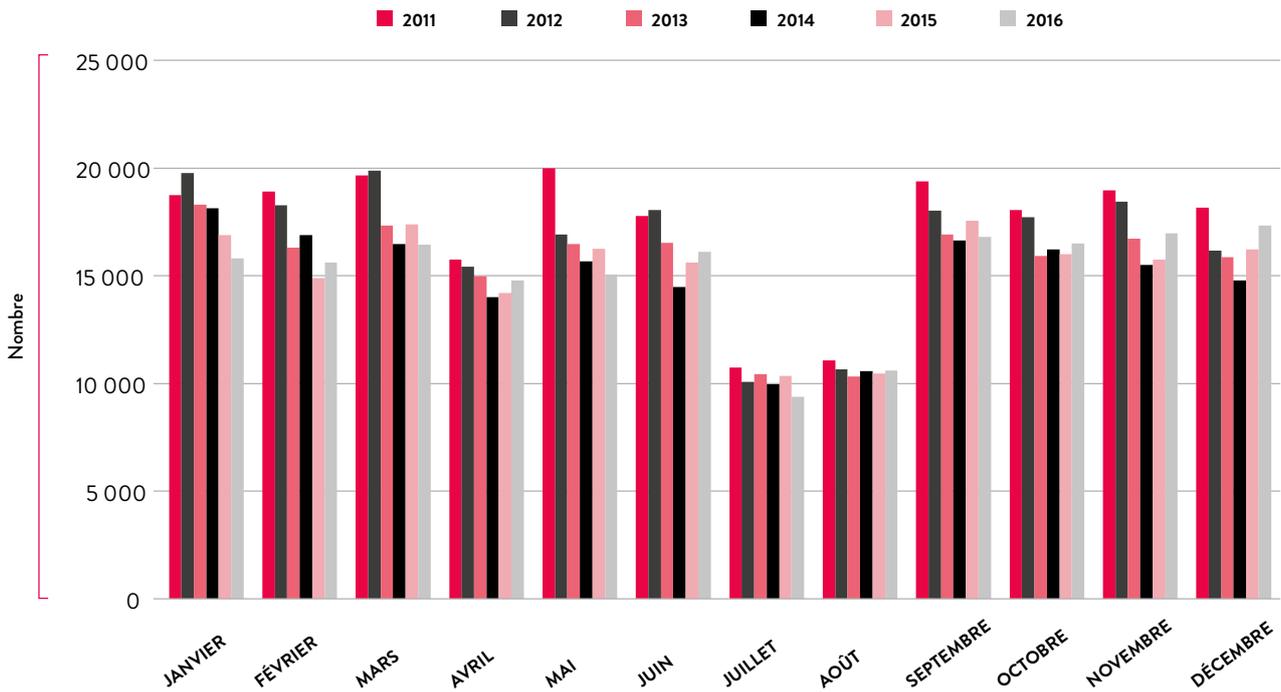
— Australie — Japon — Suisse
 — Canada — Etats-Unis — Europe

3. Nombre de patients auxquels le pharmacien (hors pharmacie d'hôpitaux) a délivré au moins un conditionnement d'opioïde (tramadol, oxycodone, tilidine, fentanyl ou piritramide)



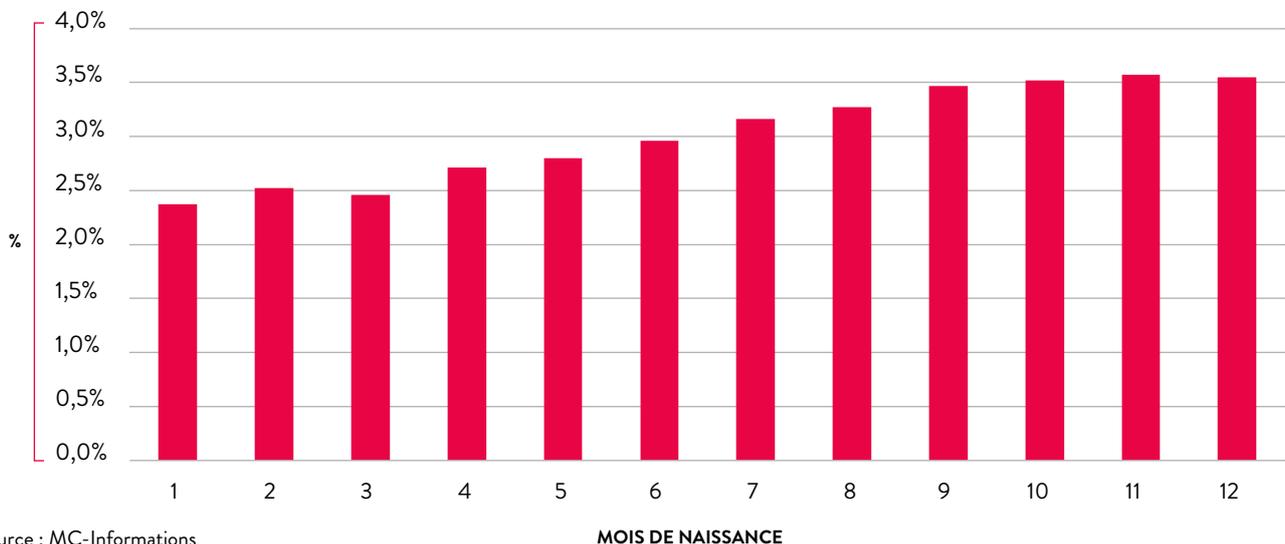
Source : Inami

4. Nombre de remboursements de méthylphénidate par mois de prescription chez les jeunes de 6 à 18 ans en Belgique (2011-2016)



Source : MC-Informations

5. Pourcentage des patients de 6 à 18 ans ayant bénéficié du remboursement de méthylphénidate en fonction de leur mois de naissance (37 684 patients en 2016)



Source : MC-Informations

Quand les maux parlent de nous

Et si la maladie, loin de séparer, créait du commun ou tout au moins venait signaler l'appartenance à une culture ou un langage communs?

Tous malades ? Une provocation logique, de ce qu'il est possible d'en dire beaucoup et plus, et d'un grand nombre de manières. À titre d'exemple, la logique : s'il y a lieu de préciser « tout », cet ensemble [malades] implique un extérieur (à définir) à sa population, sans quoi la précision est inutile.

J'en retiens principalement deux : la place du malade, de l'affection ; le langage et la culture. On verra que ces dimensions peuvent éventuellement s'articuler selon certaines modalités.

Pour illustrer mon propos, je me servirai de passages du film de Guy Leblanc, *Knock*. De quoi s'agit-il ? Un médecin se trouve reprendre la chaire d'un autre qui quitte sa petite bourgade, contre rétribution. Le nouvel arrivant peste, parce que la clientèle dont il hérite est manifestement en bonne santé. Alors il s'adapte.

La place du malade

Préambule : nous ne comprenons pas tout ce qui nous entoure. D'une certaine manière : il nous est en tant qu'individu partiellement impossible de tout embrasser par la connaissance, l'expérience ou l'art. Et l'Homme a horreur du vide (l'imprévu, l'irruption *a priori* aléatoire, l'illogique). Il

a l'habitude de traiter toute énigme par l'étude ou le fantasme. Alors il remplit. La constitution de la culture, de toute culture, s'est sans doute basée sur la confrontation à la nécessité de traitement d'une énigme. Les phénomènes naturels, *le modus operandi* des échanges personnels, la cohabitation avec son environnement : autant de domaines dans lesquels il a bien fallu apposer sa marque, son empreinte, et ce de manière inconsciente quant à la forme¹. Ainsi en est-il de la physique, des mathématiques (et tant d'autres disciplines), de la vie en groupe. De ce point de vue la maladie n'est pas en reste, et pour notre corps c'est la même chose : il se manifeste à notre conscience selon des mécaniques qui lui sont propres. Nous sommes tous sujets à des sensations et des fonctionne-

ments corporels plus ou moins silencieux?, agréables, prégnants, localisables. Que faire de cette présence – qui se fait à l'occasion d'embarras – du corps ? Comment traiter cette sensation ? A-t-elle un sens, et le cas échéant se rapporte-t-il à une maladie ?

Maladie

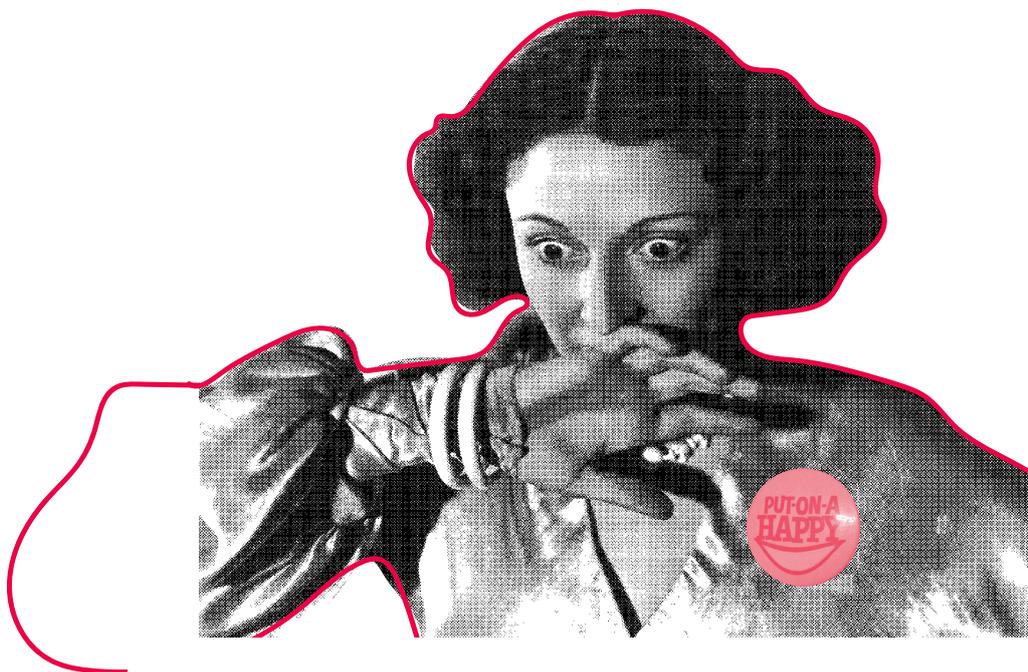
À l'entrée « malade », Alain Rey (rejoint par le Littré³) confirme qu'il s'agit d'une concrétion sémantique de *male habitus* en latin, « en mauvais état, malade ». Je cite toujours : « malade désigne et qualifie la personne qui souffre d'une altération de la santé⁴ ». Cette assertion – lapalissade ? – vient pourtant chercher une question claire, voire éternelle dans tout travail de soin :

2. J'invite à ce titre un petit détour notamment du côté de René Barjavel, et sa *Faim du tigre*.

3. <https://www.littre.org/definition/malade>

4. REY, A., *Dictionnaire Historique de la langue française*, Paris, Le Robert, 1993 ; 2016, Vol. II, p. 1325.

1. En tout cas tant qu'il n'y a pas de contact avec d'autres formes, mues par d'autres nécessités, et qui rendraient alors apparente cette altérité.



où se situe la limite entre la maladie et la « non-maladie » ? Une distinction fausement simple, d'autant que selon des auteurs comme Georges Canguilhem⁵ la santé *inclut* la maladie. Celle-ci révèle plutôt une autre « normalité » physiologique, au-delà de tout fonctionnement relativement asymptomatique. Freud ne dit pas autre chose lorsqu'il annihile la binarité entre « normalité » et « pathologie » : c'est une question de curseur, sur un continuum.

Dès lors une autre dimension s'introduit dans cette curieuse équation : l'outil de lecture. Qu'il s'agisse de la langue ou de la culture : le mécanisme reste le même (seule l'échelle change).

Langue, culture

Comme rempart à la sidération ou la folie, nous organisons nos expériences par les mots. La culture, le langage⁶, ce n'est au fond pas autre chose : comme l'enfant qui interroge sans cesse ses tuteurs, la constitution d'une culture est indispensable à quiconque veut s'approprier une position active vis-à-vis de son environnement⁷. Penser s'accorder sur une certaine lecture du monde crée le sentiment de communauté.

Deux phénomènes entrent alors en ligne de compte lorsque l'on tombe malade : il y a bien sûr la reconnaissance de l'appartenance à une communauté, une culture

(et certainement une époque) qui vient se signifier entre autres dans une affection ; mais plus fondamentalement ce qui va nous distinguer des animaux, et faire des individus des sujets : le langage, et la marque indélébile qu'il laisse sur le corps jusque dans son fonctionnement. Non seulement sur la manière dont nous percevons le monde, les autres et nous-mêmes en tant que nous sommes des objets extérieurs à notre propre perception, mais également sur nos capacités à en décrire les nuances et les objets⁸.

« Comme rempart à la sidération ou la folie, nous organisons nos expériences par les mots. »

En d'autres termes : n'est pas malade n'importe comment qui veut. D'abord parce que c'est impossible de

transposer des entités nosologiques d'une culture à l'autre, et ensuite parce que chaque culture dispose de son propre système « maladie-traitement » qui y est cohérent, n'en déplaise d'un côté aux défenseurs de l'universalisme psychiatrique, ou à ceux des imports transculturels de l'autre.

Et la culture participe de cette tentative d'encodage et de lecture du monde, des autres et de soi-même, ce et particulièrement y compris lorsqu'il s'agit de phénomènes qui ne sont pas directement accessibles à la compréhension. Le point de vue de Laplantine⁹ est à ce sujet remarquable, et les approches culturelles globales (anthropologie, sociologie) le signalent avec beaucoup d'acuité : comment on peut tomber malade, de quoi, et quel sens y donner dit beaucoup de nous, bien plus que ce qu'on ne pense. Il me serait parfaitement impossible d'être hanté par un Djinn par exemple. Et *vice-versa* : un traitement conforme à une culture peut-il être efficace dans une autre ?

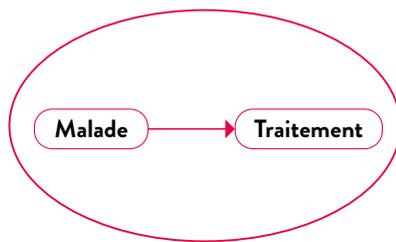


Figure 1 Culture

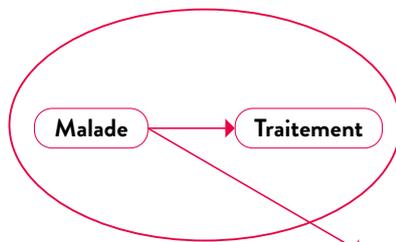


Figure 2 Culture

On peut dès lors apercevoir l'importance de la culture sur la perception du désordre corporel, et par là sur la maladie, et son corollaire – le traitement.

5. CANGUILHEM, G., *Le Normal et le Pathologique*, Paris, Presses universitaires de France, 1966.

6. Pour la métaphore, nous pourrions considérer langage et culture comme autant de modems, dont le traitement générerait nécessairement une perte au niveau de l'information traitée. Voir par exemple Marr & Nishihara, *Representation and Recognition of the spacial organization of three-dimensional shapes*, 1978 pour une perspective neurocognitive de la question d'interprétation anté-verbale.

7. Culture, mythologie (et de là des religions), cosmogonie (et de là quelques sciences) sont autant de modèles d'appropriation du fonctionnement du monde, de son environnement.

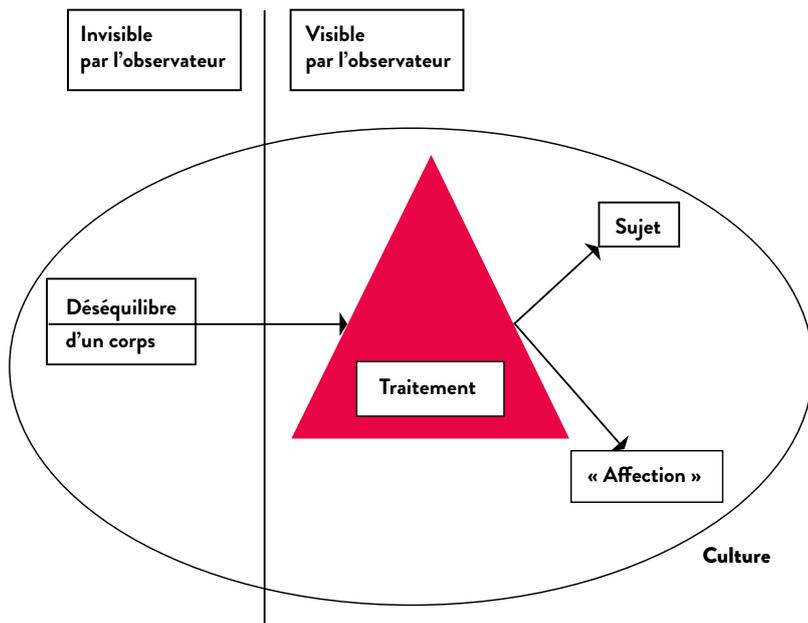
8. Avoir plusieurs termes pour désigner la neige nous serait en Belgique parfaitement inutile ; pourtant sous d'autres latitudes, ces nuances peuvent être tout à fait pertinentes. De la même manière, le signifiant « maison » n'est pas signifié de la même manière, selon que ledit domicile est posé sur pilotis, chapeauté par une toiture permettant l'écoulement de la pluie, etc. Donc : le langage – la langue étant sa forme locale à un moment donné – influence notre perception. Voir à ce sujet l'excellent DEUTSCHER, G., *Through the Language Glass*, 1997.

「 L'acupuncture ? Je crois pas à ce truc. 」

En d'autres termes, et pour résumer : « dites-moi de quoi vous souffrez et je vous dirai qui vous êtes » ? Est-ce si simple ?

De là une deuxième illustration. Que nous dit-elle ? Générer ce qui est identifiable comme maladie est aussi vecteur de reconnaissance, d'existence.

9. LAPLANTINE, F., *Anthropologie de la Maladie*, 1986 ; 1992.



« N'est pas malade n'importe quand qui veut. »

L'étape suivante serait de considérer que le couple « malade-traitement » génère une forme de culture, qui n'est pas réductible à ladite culture (comme la pratique du yoga

en Europe, qui n'est ni complètement du yoga, ni entièrement européen non plus).

Le pas logique suivant est alors franchi : dans quelle mesure la maladie ne pourrait-elle pas être considérée comme un traitement, du malaise dans la culture jusqu'à l'empreinte du langage dans le corps ? Faire d'une « maladie » un sigle d'appartenance, un blason ?

Voici alors qu'il nous faut adapter, une fois encore, le schéma proposé. Il y a génération d'une entité « affection » comprise culturellement, ainsi qu'une confirmation d'appartenance à ladite culture d'un sujet affecté.

N'y aurait-il dès lors que des individus plus ou moins malades ? Et, surtout : de quoi ? Freud dirait de la culture, Lacan plutôt du langage. Gageons qu'ils sont ici une seule et même chose, en ce qu'ils groupent et séparent tout à la fois (la fameuse lecture logique que je proposais en début d'article).

Dès lors, une ultime interrogation découle de tout ceci : de quoi la « maladie » est-elle le symptôme ? Comme nous l'avons vu, et en première piste : on crée de la maladie pour générer du traitement autant que de l'identité.

Mais dès lors comment est-il possible de distinguer une thérapeutique efficace d'une approche fantaisiste, ou peu adéquate ? S'il y a lieu de s'interroger à ce sujet, ce serait je pense l'objet d'un travail de thèse à part entière.

*Knock : Vous me donnez un canton peuplé de quelques milliers d'individus neutres, indéterminés. Mon rôle c'est de les déterminer. De les amener à l'existence médicale. Je les mets au lit, et je regarde ce qu'il va pouvoir en ressortir : un tuberculeux, un névropathe, un artérioscléreux : ce qu'on voudra ! Mais : quelqu'un, bon Dieu ! Quelqu'un. Rien ne m'agace comme cet être ni chèvre ni poisson que vous appelez un homme bien portant.
[...] il y a par ce canton 250 lits dans lesquels un corps étendu témoigne que la vie a un sens. Et grâce à moi : un sens médical. La nuit c'est encore plus beau, car il y a les lumières. Et presque toutes les lumières sont à moi. Les non-malades dorment dans les ténèbres. Ils sont supprimés. Mais les malades ont gardé leur veilleuse ou leur lampe. Tout ce qui reste en marge de la médecine, la nuit m'en débarrasse. M'en dérobe l'agacement et le défi.*

*Docteur Knock : Je pose en principe que tous les habitants de ce canton sont ipso facto nos clients désignés.
Pharmacien : tous ? C'est beaucoup demander.
K : Je dis « tous »...
Ph : Il est vrai qu'à un moment ou l'autre de sa vie chacun peut devenir notre client par occasion.
K : « Par occasion » ? Mais pas du tout. Clients réguliers, clients fidèles.
Ph : Encore faut-il qu'ils tombent malades.
K : « Tomber malade » ? Vieille notion qui ne tient plus devant les données de la science actuelle. La santé n'est qu'un mot qu'il n'y aurait aucun inconvénient à rayer de notre vocabulaire. Pour ma part, je ne connais que des gens plus ou moins atteints, de maladies plus ou moins nombreuses, à évolution plus ou moins rapide.*

Edgar Szoc

Rilatine : anatomie d'une controverse



D'un côté, nombre de psychanalystes dénoncent dans le TDAH une étiquette creuse sans aucun substrat biologique ou génétique et quasiment *ad hoc* : le symptôme aurait surtout été inventé pour offrir un débouché commercial à la découverte de la molécule (méthylphénidate) qui permettait de l'amoinrir. Ils pointent comme épouvantail la surprescription qui en est faite aux États-Unis et dans un nombre croissant de pays européens, fustigent la banalisation de la consommation d'un stupéfiant – le méthylphénidate appartient à la classe des amphétamines – auprès d'un nombre croissant d'enfants (de 5 à 10 % selon les pays) et s'inquiètent de la médicalisation du social dont elle serait le signe.

De l'autre, des associations de parents, des médecins et des sociétés pharmaceutiques qui dénoncent un sous-diagnostic de ce trouble, dont les premières mentions seraient bien antérieures à la synthèse du méthylphénidate : la référence la plus souvent évoquée est le médecin écossais Alexander Crichton qui aurait proposé une description très proche de celle de l'actuel TDAH en 1798. Ca camp-là fustige un archaïsme psychanalytique supposé qui ferait obstruction aux progrès de l'evidence-based

« Des enfants et parents en souffrance pour qui renvoyer la difficulté individuelle à des causes collectives n'offre pas de piste d'apaisement »

medicine. Entre ces deux camps qui s'affrontent à fleurets rarement mouchetés, des enfants et parents en souffrance pour qui renvoyer la difficulté individuelle à des causes collectives n'offre pas de piste d'apaisement.

Le TDA/H dans le DSM

C'est le DSM-III qui donne en 1980 une première définition élaborée du « trouble déficit de l'attention avec hyperactivité ». La définition est alors multidimensionnelle et propose trois séries de critères :

Monté en puissance depuis les années '80 dans le traitement du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperkinétisme (TDAH), le méthylphénidate (commercialisé notamment sous le nom de Rilatine en Belgique et Ritaline en France) fait l'objet d'une controverse durable quant à son efficacité et à ses effets secondaires. Mais en amont, c'est le statut même du trouble qu'il est censé traiter qui est âprement disputé.

- la série A : critère « Inattention » avec cinq items ;
- la série B : critère « Impulsivité » avec six items ;
- la série C : critère « Hyperactivité » avec cinq items.

La version suivante du DSM, le DSM-III-R, offre en 1987 une conception du trouble « hyperactivité avec déficit de l'attention » fortement différente de la précédente en ce qu'elle regroupe unidimensionnellement les différents symptômes d'inattention, d'impulsivité et d'hyperactivité sous forme d'une liste unique de quatorze items. Un diagnostic positif requiert la présence d'au moins huit de ces items depuis au moins six mois. Elle permet en outre un classement des sujets selon la sévérité du trouble : léger, moyen et sévère.

Le DSM-IV marque un retour à la multidimensionnalité pour ce qui est désormais dénommé « Trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) ».

Malgré – ou du fait de – cette relative instabilité de la définition, le TDAH est désormais considéré comme le trouble mental le plus fréquent chez les enfants d'âge scolaire. Si la description fait désormais l'objet d'un assez large consensus, l'étiologie en demeure en revanche sujette à controverses, par exemple en ce qui concerne un substrat génétique. Des pistes qui nourrissent d'importants espoirs au cours des années '80 – comme la présence de lésions neurologiques – n'ont pu être confirmées par trois décennies de recherche. Il est toutefois intéressant de constater qu'elles alimentent encore l'imaginaire de nombreuses études scientifiques sur le sujet.

Un article paru très récemment dans les *Annales médico-psychologiques* démontre ainsi la prégnance de cet imaginaire, sur la base d'une analyse de contenu des 45 thèses en médecine défendues entre 1990 et 2018 et traitant de l'hyperactivité comme pathologie ou comme symptôme posant

problème¹. Dans trois domaines – l'étiologie neurologique (1) ou génétique (2) du TDAH, ainsi que le bénéfice du traitement médicamenteux sur la réussite scolaire (3) –, une grande majorité de ces thèses s'appuient sur un prétendu consensus scientifique qui n'est pas confirmé par les recherches récentes sur le sujet. Tout se passe comme si les hypothèses formulées dans les années '80, même démenties par la recherche, continuaient à irriguer nombre de travaux scientifiques, sans parler de leur vulgarisation.

En Belgique

Au-delà de ces débats théoriques, qu'en est-il de la réalité concrète de la prescription en Belgique ? Une donnée interpelle particulièrement : c'est celle qui concerne le nombre d'enfants à qui est prescrite la Rilatine en fonction de... leur mois de naissance. À moins de postuler une influence des signes astrologiques, cette répartition devrait être égale pour les douze mois de l'année. Or il n'en est rien : la proportion d'enfants qui se voient prescrire de la rilatine est 50% plus élevée chez ceux qui sont nés en décembre que chez ceux nés en janvier – avec une progression régulière entre ces deux extrêmes².

Ces chiffres, qui proviennent d'une étude menée par les Mutualités chrétiennes sur les 37 684 patients de 6 à 18 ans ayant

bénéficié du remboursement du méthylphénidate en Belgique en 2016 confirment d'ailleurs des tendances identiques décelées dans une étude similaire menée en Australie. Au moment d'expliquer cette « bizarrerie » qui veut que ce soient systématiquement, et de manière statis-

tiquement significative, les plus jeunes de chaque classe qui se voient prescrire du méthylphénidate, une seule explication paraît plausible : « Le développement psychomoteur se caractérise par une combinaison des aspects moteurs, cognitifs et dynamico-affectifs. Il induit des changements de comportement en lien avec l'âge et le contexte psychosocial. Manque d'attention, hyperactivité et impulsivité seraient perçus comme anormaux. Toute déviance court dès lors le risque d'être médicalisée et traitée sans prendre en compte les facteurs contextuels³. » Et de conclure lapidairement : « La limite entre TDAH et immaturité semble floue. »

Le rôle central que joue l'école dans le diagnostic du TDAH et la consommation de méthylphénidate apparaît de manière tout aussi évidente à l'analyse des dates de prescription de cette dernière : celles-ci connaissent en effet une très nette baisse au cours des mois d'été. Voilà au moins deux données, qui sans permettre de trancher définitivement dans le débat, ont au moins le mérite de montrer toutes les limites de la rigueur du diagnostic et du traitement. Notons d'ailleurs que le Comité des droits de l'enfant de l'ONU n'avait pas attendu de disposer de ces données pour s'inquiéter, dès 2010, de la surprescription du méthylphénidate auprès des mineurs en Belgique⁴.

« La proportion d'enfants qui se voient prescrire de la rilatine est 50% plus élevée chez ceux qui sont nés en décembre que chez ceux nés en janvier. »

1. HALIDAY, H. *et al.*, « Distorsion des consensus scientifiques dans les thèses de médecine dédiées à l'hyperactivité/TDAH en France », *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, vol. 179 (1), janvier 2021.

2. LEBBE, C., NTAHONGANYIRA, R-M, VANDENBERGEN, J., « Les plus jeunes de la classe ont un risque plus élevé de diagnostic de TDAH », MC-Informations – Périodique trimestriel de l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes, n° 269, septembre 2017, pp. 40-45. Une représentation visuelle de ces données est proposée dans la page « Chiffres » du présent dossier.

3. LEBBE, C., NTAHONGANYIRA, R-M, VANDENBERGEN, J., *op. cit.*, p. 43.

4. Comité des droits de l'enfant, « Examen des rapports présentés par les États parties en application de l'article 44 de la Convention », 18 juin 2010, 25 mai-11 juin 2010.



Cédric Migard, chargé de projet au Service prévention tabac du FARES asbl

Réflexions sur la gestion du tabagisme en temps de confinement

Suite à une erreur de la rédaction, c'est une version non définitive du présent texte qui avait été imprimée dans notre numéro 90/91 consacré

au confinement. Nous présentons nos excuses à l'auteur et mettons ci-dessous la version définitive à disposition

Le contexte résultant de l'épidémie du coronavirus a induit nombre de changements dans les habitudes de vie, certains augmentant les facteurs de risque du point de vue de la santé mentale et des assuétudes, notamment pour les personnes déjà fragilisées.

En ce qui concerne le tabagisme, on connaît les principales causes qui entraînent en général la rechute ou une hausse de la consommation. La cigarette est tantôt perçue comme la fidèle compagne venant combler le vide, l'ennui, la solitude, tantôt comme celle qui semble apporter un réconfort en

« Il s'est agi d'aider autant que possible le fumeur à redéployer ses compétences psychosociales en fonction de la situation et de ce qui était à sa disposition. »

réponse à un état de stress, ou encore une parenthèse vécue comme nécessaire par rapport à un sentiment d'oppression, de trop-plein. Enfin, sa consommation est parfois renforcée en synergie avec d'autres produits tels l'alcool ou le cannabis. Vide, solitude, ennui, stress, oppression, trop-plein, dépendances croisées, polyconsommation, autant d'expériences ou de ressentis qui se sont souvent trouvés exacerbés en ces temps de confinement, de restriction des libertés individuelles, de perte de repères et de crainte de la maladie. Et les ressources qui pouvaient être requises habituellement étaient parfois moins accessibles.

Tout professionnel de la santé ou du social suivant des personnes souffrant d'assuétudes sait qu'il s'agit d'être concurrentiel par rapport au produit en s'investissant pleinement, en prenant la balle au bond, en étant créatif, en co-construisant avec le patient des solutions, en le confortant dans la recherche d'alternatives et de motivation au changement. Or, même dans un contexte idéal, cela n'est pas gagné d'avance car le produit offre toujours une réponse plus rapide, plus facile, plus familière... Et ce jeu de concurrence se double alors pour l'accompagnant d'une exploration de l'ambivalence de la personne avec la tentative de la soutenir dans la résolution de celle-ci. Que le « oui, mais... » bascule vers une prise de décision, que le plateau de la balance penche du côté d'une mise à distance de la consommation vécue comme problématique, penche du côté d'un chemin vers le changement au bénéfice de ce que la personne aura identifié et intégré comme étant pour elle-même un mieux-être...

Dans le contexte de la Covid, tout ce processus a donc été rendu d'autant plus complexe. Comme d'autres, les professionnels de première ou de deuxième ligne abordant la question du tabagisme ont été amenés à repenser leurs pratiques ou à prendre de nouvelles initiatives : ainsi par exemple un certain nombre de tabacologues ont proposé un accompagnement à distance complétement à la ligne d'aide et de conseil Tabacstop. Au niveau du Service prévention tabac du Fares, nous avons essayé de potentialiser davantage la communication en ligne notamment via le site « Aide aux fumeurs », avec des articles d'actualité, des informations dans une optique de sensibilisation et de prévention, des conseils de réduction des risques et de gestion du tabagisme, des propositions de ressources et d'alternatives telles que la pleine conscience, des exercices de cohérence cardiaque, etc. Il s'est agi d'aider autant que possible le fumeur à redéployer ses compétences psychosociales en fonction de la situation et de ce qui était à sa disposition. Cependant, nous sommes conscients que cette stratégie, à elle seule, a sans doute laissé toute une série de personnes « sur le carreau », la fracture numérique étant directement liée à la fracture sociale...

Une enquête réalisée par le Service d'étude et de prévention du tabagisme (SEPT asbl)¹ via mailings et le réseau social Facebook (du 3 au 20 avril 2020 – 356 répondants représentés entre autres par des fumeurs, ex-fumeurs, vapoteurs et abstinents), a permis pour sa part de dresser un état des lieux de l'impact du confinement sur la consommation de tabac. Et les hypothèses qui s'en dégagent apportent un éclairage intéressant sur cette problématique. D'abord, sans

1. Service d'étude et de prévention du tabagisme (SEPT asbl) : <https://www.sept.be/> - L'enquête évoquée sera publiée prochainement sur le site du SEPT.

surprise, il est à noter que la catégorie la plus représentée est associée à une hausse de la consommation de tabac (36,6 % des répondants). Par contre, apparaît également un phénomène de diminution (16,4 %) ou d'arrêt de la consommation (15,1 %). 30,4 % des répondants sont demeurés quant à eux dans un statut quo par rapport à leur situation d'avant le confinement. Cela fait dès lors au total deux tiers des répondants pour lesquels un changement de comportement tabagique est observable dans le contexte du confinement. Enfin, il est tout à fait interpellant de constater que près de 40 % des personnes ayant augmenté leur consommation tabagique se trouvaient paradoxalement dans de bonnes dispositions pour ce qui est de la perspective d'un arrêt avant la Covid tandis que près de 40 % des personnes ayant arrêté le tabac durant la même période n'étaient avant le confinement que moyennement motivées (score de 5/10) par un changement de comportement. Il n'y a donc manifestement dans le cas de ces personnes

pas de corrélation forte entre motivation/désir et changement. Et l'on peut dès lors supposer que c'est le contexte lui-même, plus qu'une motivation ou non-motivation préexistante, qui a pesé sur une modification de la relation de ces individus à leur consommation tabagique. À la lumière de ceci, s'il ne faut certes pas mettre de côté le processus motivationnel (lequel a quand même joué pour la majorité des répondants), il s'agit par ailleurs de rester attentif à l'impact du contexte sur les assuétudes – tantôt il sera protecteur tantôt fragilisant, sachant qu'un même contexte peut être vécu de manière radicalement différente par l'une ou l'autre personne. Ainsi, notamment dans le cadre d'un accompagnement tabacologique, tenir compte du contexte du patient, voire l'aider à agir sur celui-ci, peut grandement favoriser la démarche d'aide à l'arrêt.

Le cas de la cigarette électronique

Un autre sujet de réflexion que les circonstances ont mis en avant concerne la cigarette électronique. Dès le début des mesures de confinement, le Fédéral

a décidé de ne pas considérer les boutiques d'e-cigarettes comme commerces essentiels – lesquelles ont donc dû fermer leurs portes – ni non plus, ce qui aurait pourtant permis de compenser cette décision, de revenir provisoirement sur l'interdiction légale de la vente en ligne de ce type de produits. Dès lors, les vapoteurs n'ont plus eu d'autre choix que de se tourner vers certaines librairies et différents supermarchés proposant eux aussi une gamme de produits électroniques, mais une gamme cependant moins large, avec des dispositifs dans une certaine mesure moins efficaces en regard d'une démarche de sevrage ou de réduction des risques (cigarettes électroniques de première génération, qualité des liquides, etc.). Tout cela fait craindre qu'il y ait eu un retour vers le tabagisme classique pour nombre de vapoteurs, soit parce qu'ils ne trouvaient plus un lieu d'approvisionnement pour ce qui est des recharges et autres accessoires pour leur cigarette électronique, soit parce qu'ils n'avaient plus accès à leurs produits de prédilection...

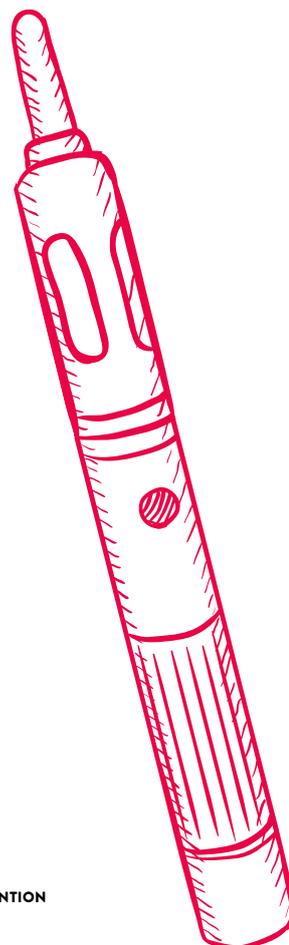
Cette décision du Fédéral peut donc nous interpeller, sachant que la cigarette électronique est susceptible d'être utilisée comme outil d'aide au sevrage tabagique – en troisième intention après les substituts nicotiques et les aides médicamenteuses, ou d'offrir en tout cas une réduction des risques par rapport au tabac étant donné qu'elle fonctionne sans combustion et n'émet donc ni goudrons ni monoxyde de carbone (CO) mais aussi qu'on ne trouve pas plus de quatre substances dans la composition du e-liquide.

« Tout cela fait craindre qu'il y ait eu un retour vers le tabagisme classique pour nombre de vapoteurs. »

Est-ce la conséquence du statut ambigu de la cigarette électronique dans la mesure où elle est aussi susceptible de jouer le rôle de porte d'entrée vers le tabagisme classique pour certains consommateurs, notamment les jeunes ? Ou du fait que sa toxicité est en-

core difficile à évaluer avec certitude à ce jour car un manque de recul demeure du point de vue des études dont les plus anciennes remontent à 2009 ? Ou encore en raison du manque de considération pour la notion de réduction des risques à laquelle, on l'a dit, elle peut pourtant être associée ?

Quoi qu'il en soit, en termes de prévention, de réduction des risques et d'aide à l'arrêt, il ne sera sans doute pas inutile de poursuivre le débat autour de l'e-cigarette et peut-être d'envisager les choses autrement s'il advenait dans un temps proche ou lointain que les commerces ferment à nouveau leurs portes. Quant à la communication des professionnels à l'attention des vapoteurs, dans le cas où leurs produits devenaient à nouveau plus difficilement accessibles et afin d'éviter un retour au tabagisme classique, l'idée serait qu'elle s'oriente alors également vers des alternatives telles que l'accompagnement par un tabacologue, les substituts nicotiques, les aides médicamenteuses sur prescription du médecin, l'hypnose, la pleine conscience, mais aussi toute activité ou comportement perçu par la personne comme positif et soutenant dans son quotidien. La liste est longue en réalité... Et cette voie s'applique bien sûr également, nous l'avons dit, au fumeur, lequel est potentiellement à tout moment de son parcours tabagique susceptible de s'inscrire dans une perspective de changement...

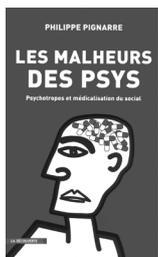


COMMENT TROUVER UN TABACOLOGUE DISPONIBLE EN CETTE PÉRIODE ?

Retrouvez l'ensemble des tabacologues reconnus sur le site www.tabacologues.be

Pour connaître les tabacologues disponibles à distance et leurs modalités de contact, sélectionnez « Covid 19: consultations par téléphone/vidéo » dans l'onglet « consultations ».

Enfin, la ligne **Tabacstop** reste bien entendu disponible gratuitement du lundi au vendredi de 15 à 19h au 0800 111 00 pour répondre à vos questions et vous épauler dans votre cheminement vers un arrêt !



Bibliographie

par Edgar Szoc

Le malheur des psys, Psychotropes et médicalisation du social

PIGNARRE, Philippe, Paris, La Découverte, 2006

Ancien cadre de l'industrie pharmaceutique, Philippe Pignarre se retourne dans ce livre contre son ancien secteur d'activité et l'alliance de celui-ci avec la vision unidimensionnelle des thérapies comportementales et cognitives. D'après lui, l'idéologie qui s'en dégage renoue avec des théories du XIX^{ème} siècle tout en instrumentalisant les derniers résultats des neurosciences.

En résulte une tendance fâcheuse à médicaliser toute une série de problèmes sociaux, depuis la difficulté à trouver un emploi jusqu'à la participation à des émeutes en banlieue. Ce n'est qu'en inventant collectivement de nouveaux modes de prise en charge de la souffrance psychique que la société pourra sortir cette souffrance de l'état médical qui l'enserme.

L'économie du médicament

ABECASSIS, Philippe et COUTINET, Nathalie, Paris, La Découverte, 2018

Avant la pandémie, l'industrie du médicament pesait déjà plus de 1 000 milliards de dollars de chiffre d'affaires. Les enjeux de ce secteur productif dépassent évidemment les seules considérations économiques. Mais il est capital de prendre conscience de ces dernières pour pouvoir réfléchir politiquement à des questions d'intérêt général, comme l'innovation, l'accessibilité et la qualité. Cet ouvrage de vulgarisation aborde les conditions de production et de distribution, les modalités de fixation des prix, les exigences de qualité, d'accessibilité et d'efficacité des médicaments tout en s'intéressant aux stratégies de l'ensemble des acteurs aux intérêts moins convergents qu'on ne le suppose parfois. La thèse centrale réside dans l'existence d'un compromis (en évolution permanente) entre ces différents intérêts, que les auteurs nomment « modèle de production ». « Big Pharma » n'en sort pas indemne, mais l'image qui s'en dégage est complexifiée.

Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malade depuis le Moyen Âge

VIGARELLO, Georges, Paris, Le Seuil, 2015

Directeur d'études à l'École des hautes études en sciences sociales, Georges Vigarello est un historien du corps, de l'hygiène et de la santé. Il s'attache ici à retracer l'évolution des formes d'« entretien de soi » et leurs interférences avec la science et les croyances, leurs liens avec l'image du corps, la résistance aux épidémies, la défense des cités et la très lente mise en place d'initiatives publiques. C'est le caractère fondamentalement mouvant de la frontière entre le sain et le malsain qui ressort avec le plus d'acuité de cette analyse historique. De même, « les seuils de ce qui est physiquement toléré, l'apparition du malade ou du dangereux changent avec la civilisation ». Les progrès techniques et scientifiques font émerger un nouveau paradoxe : surmonter les « menaces anciennes » tout en faisant émerger des dangers inédits. Sur le plan individuel, c'est le projet d'entretien du corps qui s'est transformé : « Hier on gardait la santé, aujourd'hui on l'améliore. »

Anthropologie de la maladie : étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine

LAPLANTINE, François, réédition, Paris, Payot, 1993

Dans cet ouvrage devenu un classique, l'anthropologue François Laplantine rapproche de manière inédite des sources qui n'avaient jamais été réunies auparavant, notamment les textes littéraires – dont des confessions d'écrivains malades – et ceux issus de la bio-médecine. Il propose une définition des modèles étiologiques en quatre axes – 1) ontologique / relationnel ; 2) exogène / endogène ; 3) additif / soustractif ; 4) bénéfique / maléfique – amené à une grande postérité.

À partir de ces modèles, Laplantine décortique les différents systèmes médicaux en France, « la médecine officielle éclatée en différents modèles parfois antinomiques » mais aussi la grande variété de médecines parallèles en mettant en évidence la relation entre la maladie et le sacré, la médecine et la religion et la guérison et le salut.



Histoire des médecins. Artisans et artistes de la santé de l'Antiquité à nos jours

PEREZ, Stanis, Paris, Perrin, 2015

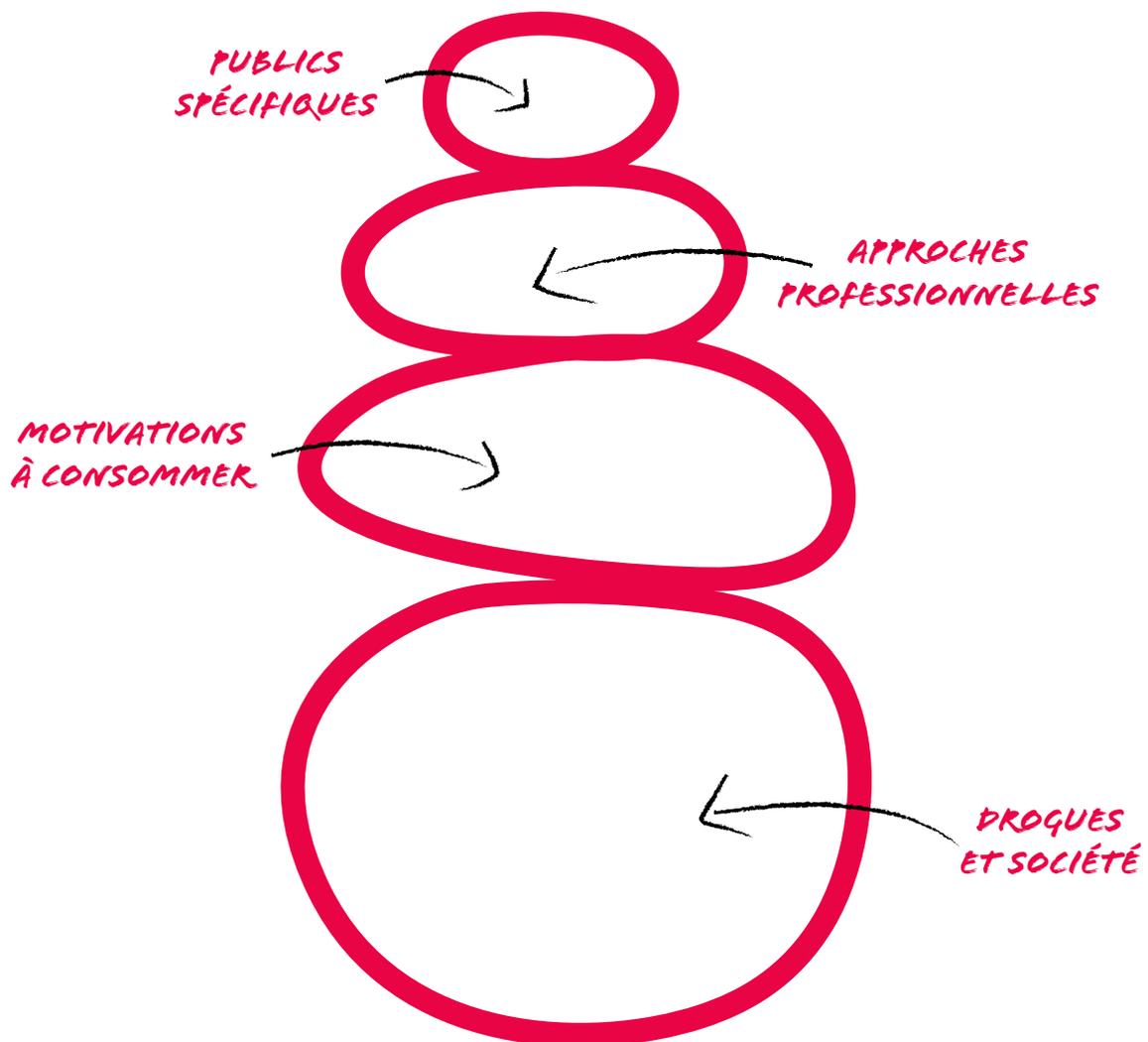
Les histoires de la médecine sont aussi nombreuses que sont rares les histoires des médecins. Historien et coordonateur de la Maison des sciences de l'Homme de Paris-Nord, Stanis Perez remédie brillamment à cette carence via une synthèse à la fois culturelle, politique et sociale – qui porte la marque du travail de Michel Foucault – des évolutions du rôle du médecin depuis Hippocrate jusqu'à aujourd'hui. Il y insiste notamment sur le rôle fondamental du christianisme dans l'avènement, au Moyen Âge, d'un praticien au savoir essentiellement livresque. À la fois artisan et artiste de la santé, le médecin voit ensuite son rôle bouleversé par l'émergence révolutionnaire de la clinique. Au XIX^e siècle, le médecin se fait « réformateur qui consolide son rayonnement social et entend jouer un rôle croissant dans la vie de la cité... ou dans les campagnes reculées ». Enfin, la faillite de l'État providence et la crise contemporaine de la profession ont soulevé des débats qui, pour la plupart, sont toujours d'actualité ». Non sans rappeler que le prestige dont continue à jouir la profession repose peut-être aussi sur le fait que 80 % des guérisons soient spontanées : « Le vrai chef-d'œuvre médical concernant Louis XIV c'est d'avoir survécu à ses maladies, à ses médecins et aux traitements qu'on lui a infligés ! »

DROGUES SANTÉ PRÉVENTION

ENVIE DE VOUS ABONNER À LA REVUE ?

L'ABONNEMENT, EN LIGNE OU PAPIER, EST GRATUIT.

CEPENDANT, VOUS POUVEZ SOUTENIR
NOTRE TRAVAIL EN SOUSCRIVANT
À UN ABONNEMENT DE SOUTIEN (24 €/AN).



INTÉRESSÉ PAR UNE QUESTION EN PARTICULIER ?
UTILISEZ LA BASE DE DONNÉES EN LIGNE
DE PROSPECTIVE JEUNESSE !
WWW.PROSPECTIVE-JEUNESSE.BE



DROGUES SANTÉ PRÉVENTION

Numéros à venir – Appel à contribution

Numéro 94: "Et la prévention ?"

En douze mois d'une crise sanitaire marquée par la gestion d'urgence, la notion de prévention a nettement reculé dans l'ordre des préoccupations. Centrales dans tout système de santé publique digne de ce nom, les politiques de prévention seront encore un peu plus nécessaires qu'avant pour éviter que l'après-crise ne se révèle plus désastreuse que la crise elle-même. Les arguments en faveur d'un réinvestissement de ces politiques sont de nature à la fois sanitaire et économique : il s'agit de prévoir pour ne pas voir !

Ce numéro entend faire le point sur l'état des politiques de prévention dans notre pays et constituer un plaidoyer en faveur de leur revalorisation, à la fois symbolique et financière.

Propositions/résumés d'articles à soumettre pour le 1er juin 2021 à edgar.szoc@prospective-jeunesse.be. Versions définitives attendues pour le 20 juin 2020.

RGPD

Vous recevez ce numéro 92 dans le cadre de votre abonnement à Drogues - Santé - Prévention. Prospective Jeunesse ne possède et n'utilise que les données strictement nécessaires à l'envoi de la revue. En aucun cas, ces données ne sont fournies à des tiers ou utilisées à d'autres fins. Nous nous tenons à votre disposition pour toute information relative à notre politique en matière de traitement des données à caractère personnel : revue@prospective-jeunesse.be