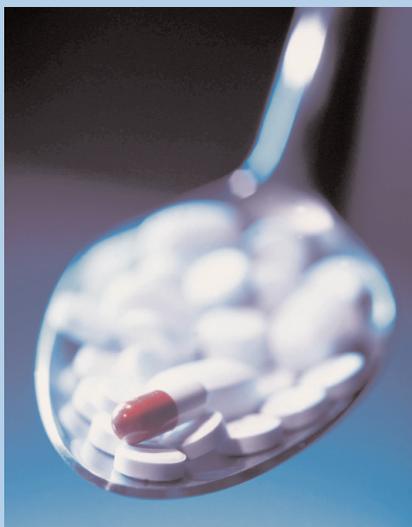


La toxicomanie



Council of Europe Publishing
Editions du Conseil de l'Europe

D'autres titres des Editions du Conseil de l'Europe:

*Le droit du Conseil de l'Europe –
Vers un espace juridique paneuropéen*
ISBN 92-871-5593-3

*Les droits de l'homme et la lutte contre le terrorisme –
Les lignes directrices du Conseil de l'Europe*
ISBN 92-871-5692-1

Sports et violences en Europe
ISBN 92-871-5510-0

L'alimentation à l'école – Faire le choix de la santé
ISBN 92-871-5573-9

**Pour commander, veuillez consulter <http://book.coe.int/>
ou envoyer un fax au +33 3 88 41 39 10**

La toxicomanie

Version anglaise:

Ethical eye: Drug addiction

ISBN 92-871-5639-5

Les vues exprimées dans cet ouvrage sont de la responsabilité des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la ligne officielle du Conseil de l'Europe.

Tous droits réservés. Aucun extrait de cette publication ne peut être traduit, reproduit, enregistré ou transmis, sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit – électronique (CD-Rom, Internet, etc.), mécanique, photocopie, enregistrement ou tout autre manière – sans l'autorisation préalable écrite de la Division des Editions, Direction de la communication et de la recherche (F-67075 Strasbourg ou publishing@coe.int).

Couverture : Atelier de création graphique, Conseil de l'Europe

Photo: © Royalty-Free/CORBIS

Mise en pages: Unité PAO du Conseil de l'Europe

Edité par les Editions du Conseil de l'Europe

F-67075 Strasbourg Cedex

<http://book.coe.int>

ISBN 92-871-5638-7

© Conseil de l'Europe, juillet 2005

Imprimé en Belgique

Table des matières

Les auteurs	5
Introduction – Ethique et toxicomanie par Patrick Sansoy	11
Le recours aux drogues : les réponses de la société par Claire Ambroselli	17
L'information et la confidentialité des données par René Padieu	29
Prévention et éducation par Richard Ives	45
La médecine intensive dans les Etats à économie faible par Oto Masar	59
Le traitement obligatoire : l'approche de la Fédération de Russie par Irina P. Anokhina, en collaboration avec V. E. Pelipas et M. G. Tsetlin	67
Le traitement obligatoire : l'approche suédoise par Elisabet Svedberg	77
Le placement obligatoire : l'alternative entre prison et obligation de soins par A. Lourenço Martins	95
Dépistage des drogues au travail par Tom Mellish	107
L'accès aux soins des jeunes usagers de substances psychoactives par Olivier Simon, Renaud Stachel et Bruno Gravier	119
Les soins destinés aux femmes enceintes ou aux mères toxicomanes par Paolo Stocco	141
Le Conseil de l'Europe et la toxicomanie par Angel Ruiz de Valbuena	157

Annexes

Annexe I – Quelques concepts clés _____	165
Annexe II – Sélection de sites web _____	167
Annexe III – Résolution (80) 2 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe instituant un Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (Groupe Pompidou) _____	169
Annexe IV – Résolution (80) 15 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe portant modification de la Résolution (80) 2 instituant un Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (Groupe Pompidou) _____	173
Annexe V – Liste des publications du Groupe Pompidou _____	175

Les auteurs

Patrick Sansoy

Psychologue clinicien, Patrick Sansoy a travaillé à l'Assistance publique Hôpitaux de Paris de 1975 à 1980. D'abord responsable de la valorisation sociale à la direction générale de l'Inserm, il a été chargé de mission à la Mission interministérielle recherche expérimentation (Mire) au ministère des Affaires sociales, puis conseiller technique au cabinet du secrétaire d'Etat chargé des handicapés et des accidentés de la vie. Depuis 1989, il est chargé de mission à la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt).



Claire Ambroselli

Médecin (Inserm), Claire Ambroselli a créé et dirigé de 1983 à 1991 le Centre de documentation et d'information d'éthique du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (France). Elle poursuit ses recherches sur les liens indissociables, au XX^e siècle, de l'éthique médicale et des droits universels, dans le service de santé publique du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière à Paris, et dans les différents lieux de formation civique (écoles, universités, associations). Elle a publié *L'éthique médicale* et *Le comité d'éthique* (Puf, 1998 et 1990) et, avec Gérard Wormser, *Du corps humain à la dignité de la personne humaine* (CNDP, 1999).



René Padieu

Statisticien, René Padieu a surtout travaillé à la production de statistiques sociales. Il a aussi prêté un concours méthodologique à des travaux d'épidémiologie et a été chargé, en 1990, d'une expertise sur les statistiques françaises de drogue et toxicomanie. Il est par ailleurs corédacteur de la Déclaration d'éthique professionnelle de l'Institut international de statistique (Amsterdam, 1985) et a participé à l'élaboration de la Recommandation n° R (97) 18 du Conseil de l'Europe pour l'application au domaine de la statistique de la Convention pour la protection des personnes à l'égard des données à caractère



personnel. Il a par ailleurs enseigné la statistique dans diverses écoles et universités, et donne actuellement des cours sur le droit de la statistique.



Richard Ives

Richard Ives est l'un des administrateurs d'*educari*, cabinet de conseil dont le siège est au Royaume-Uni, qui aide les professionnels travaillant avec des enfants et des jeunes en leur proposant des formations, des supports éducatifs, des études, des évaluations et des conseils. *educari* est présent au Royaume-Uni et dans d'autres pays d'Europe, et s'intéresse en particulier à la prévention de la toxicomanie et à l'éducation antidrogue. Richard Ives est titulaire d'un diplôme d'enseignement et a été professeur, éducateur et chercheur. Il est l'auteur de diverses publications et rédacteur de la rubrique «Education and Prevention» dans la revue internationale *Drugs: Education, Prevention and Policy*.



Oto Masar

Docteur en médecine, Oto Masar est professeur à la faculté des sciences sociales et de la santé à l'université de Konstantin Filozof à Nitra (Slovaquie). Il est chef du Département d'anesthésie et de réanimation à l'Hôpital universitaire de Nitra. Membre du Groupe d'experts pour la lutte contre la drogue auprès du Bureau du gouvernement, il est l'auteur de monographies et de nombreuses publications dans les journaux médicaux nationaux et internationaux.



Irina P. Anokhina

Irina P. Anokhina est professeur, docteur ès sciences, membre de l'Académie des sciences médicales de Russie, vice-directrice (Département des sciences) au Centre national de recherche sur les dépendances du ministère russe de la Santé. Directrice de l'Institut de recherche sur les problèmes biomédicaux liés aux dépendances, elle est également professeur au Département des dépendances à

l'Institut Sechenov de l'Académie de médecine de Moscou. Ses travaux de recherche sont fondamentalement orientés vers l'étude des mécanismes du processus de dépendance à la drogue et à l'alcool, et notamment des facteurs familiaux et héréditaires, et vers l'étude des particularités psychologiques et biologiques des sujets à l'origine de leur prédisposition à la toxicomanie et à l'alcoolisme.

Elisabet Svedberg

Elisabet Svedberg est titulaire d'une maîtrise en sciences sociales, avec une spécialisation dans le domaine de la déontologie et de l'assistance sociale. A l'heure actuelle, elle travaille en tant que responsable administratif au Conseil suédois de la santé et de la protection sociale. Elle est responsable de projet au Secrétariat pour la déontologie de l'action sociale au Conseil, auquel les travailleurs sociaux peuvent adresser des questions sur les problèmes éthiques qu'ils rencontrent dans leur activité. Un certain nombre de scientifiques experts en déontologie et autres questions sociales travaillent avec le Secrétariat pour analyser les questions reçues et proposer des mesures alternatives.



A. Lourenço Martins

Magistrat du parquet et juge, Lourenço Martins a été directeur général de la police judiciaire au Portugal (1977-1982). Il a été procureur général adjoint (1983-1998) et juge de la Cour suprême de justice (1999-2003). Chargé de réformes de la législation contre la drogue (1983, 1993, 1995), il a été consultant des Nations Unies sur la drogue, puis membre élu (1995-2000) et président de l'Organe international du contrôle des stupéfiants. Coordinateur de l'informatisation du système judiciaire, professeur de droit de l'informatique à l'université (dès 1993), il a publié des livres et plusieurs articles sur le droit de la drogue, l'informatique, le droit et les procès pénaux.





Tom Mellish

Tom Mellish est responsable des programmes de santé et de sécurité pour la Confédération britannique des syndicats. A ce titre, il est amené à promouvoir le rôle des syndicats en matière de santé et de sécurité sur le lieu de travail. Il est aussi porte-parole du groupe des travailleurs au sein du Comité consultatif de la Commission européenne chargé des questions de sécurité, d'hygiène et de santé. Il a notamment pour mission de traiter des problèmes d'ordre psychosocial, tels que l'alcool et la drogue au travail, le stress ou encore le harcèlement. Il conseille également le Gouvernement du Royaume-Uni sur la mise en œuvre du volet professionnel de ses politiques de lutte contre la drogue et a été membre de la commission britannique indépendante sur le dépistage des drogues au travail.



Olivier Simon

Olivier Simon est médecin au Département de psychiatrie du Centre hospitalo-universitaire vaudois, à Lausanne. Il partage ses activités entre le Centre Saint-Martin, pour un programme spécialisé dans l'accueil, l'orientation et les soins des personnes toxicodépendantes, et la coordination médicale du Centre du jeu excessif. Il intervient en psychiatrie des addictions au sein des structures de soins universitaires de Genève et de Lausanne depuis 1992.



Renaud Stachel

Renaud Stachel est responsable du Service social du Département universitaire de psychiatrie adulte de Lausanne, cofondateur du projet Départ (Dépistage, évaluation, parrainage d'adolescents à risque de toxicodépendance). Intervenant spécialisé en dépendances depuis 1990, il a collaboré à différents programmes alcool-drogue du canton de Vaud et participe aux programmes d'enseignement des Hautes écoles sociales de Suisse romande.

Bruno Gravier

Bruno Gravier est médecin chef du Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires, privatdocent et maître d'enseignement et de recherche à l'université de Lausanne. Président de la Conférence des médecins pénitentiaires suisses, il est également secrétaire du Comité européen «Droit, éthique et psychiatrie».



Paolo Stocco

Psychologue clinicien, psychothérapeute, Paolo Stocco est fondateur et directeur de la Communauté thérapeutique de Villa Renata (Italie) depuis 1984. Professeur (sous contrat) en criminologie clinique auprès de l'université de Modène et de la région d'Emilie, il est également président du réseau européen Euro-TC (European Treatment Centres for Drug Addiction) et du réseau Irefrea (Institut de recherche européen sur les facteurs de risques chez l'enfant et l'adolescent) – branche italienne). Auteur de plusieurs articles sur le traitement et la recherche dans le domaine de la réduction de la demande de drogue, il s'occupe depuis quinze ans des problèmes liés à la toxicomanie féminine.



Angel Ruiz de Valbuena

Médecin, Angel Ruiz de Valbuena a travaillé en tant qu'agent d'inspection de la santé publique au ministère de la Santé en Espagne pendant onze ans. Il a rejoint le Conseil de l'Europe en juillet 1996. Au sein du Groupe Pompidou, il est responsable des secteurs «Traitement (prise en charge) de la toxicomanie» et «Questions éthiques et de droits de l'homme en rapport avec la toxicomanie».



Introduction – Ethique et toxicomanie

par Patrick Sansoy

Le terme de toxicomanie recouvre des pratiques de consommations hétérogènes englobant la nature des produits, les modes de consommation, les consommateurs et les troubles déterminés par la consommation, alors que le terme devrait seulement désigner l'ensemble des éléments qui caractérise la dépendance d'un sujet à la consommation d'une drogue :

- la compulsion à s'engager dans ce comportement avec une perte de la capacité de plaisir;
- le maintien du comportement, malgré ses conséquences négatives;
- l'obsession concernant la recherche du produit;
- la présence de symptôme lors de l'arrêt brutal des administrations.

Sont considérés comme drogues les produits classés comme tels par les trois conventions internationales de l'Onu adoptées au XX^e siècle. Ces classifications résultent des recommandations faites par l'OMS. On ne peut pas s'empêcher de penser que, si le tabac était apparu ces dernières années, il aurait sans aucun doute été classé comme drogue.

Le Groupe Pompidou, adossé au Conseil de l'Europe, constitue la première enceinte internationale à avoir abordé les questions de drogue sous l'angle multidisciplinaire.

Apportant son éclairage à une question fort complexe, il a pu contribuer à une meilleure adaptation des réponses publiques, tant sous l'angle préventif, sanitaire que répressif. Abordant de manière transversale des questions comme les toxicomanes et les prisons, les femmes et les toxicomanies, la conduite de véhicule et la prise de drogues, etc., le Groupe Pompidou a su faire émerger des réflexions inhabituelles dans d'autres enceintes internationales.

Le Groupe Pompidou

L'engagement du Conseil de l'Europe dans la lutte contre l'abus et le trafic de stupéfiants repose sur l'action d'un groupe de coopération pluridisciplinaire connu sous le nom de «Groupe Pompidou». Constitué en 1971 sur proposition de Georges Pompidou, alors Président de la République française, le Groupe Pompidou est intégré au Conseil de l'Europe en 1980. Il joue le rôle d'un forum ouvert aux ministres, aux représentants des pouvoirs publics, aux experts et autres professionnels, favorisant ainsi la coopération et l'échange d'informations.

Le Groupe Pompidou compte actuellement trente-quatre Etats membres. La Commission européenne en fait également partie. Des pays non membres du groupe sont par ailleurs associés à ses travaux au titre de la coopération technique ou de manière ponctuelle.

Le rapprochement des points de vue des pays participant au Groupe Pompidou est une œuvre de longue haleine, jalonnée de nombreuses étapes, dont l'extension de son champ d'analyse à l'ensemble des produits psychoactifs¹. L'action fondée sur les preuves imprègne de plus en plus la position du groupe.

La diversité des modes de réponses des différents pays est apparue clairement, et cette diversité a été une source d'enrichissement pour les pays participants. Petit à petit, ceux-ci ont tenté de se construire une base commune, notamment en élaborant leurs données épidémiologiques avec les mêmes méthodologies. Aujourd'hui, si les diversités demeurent, l'évolution va dans le sens d'une approche plus homogène des réponses apportées, tout en respectant la diversité des cultures mais, nous l'espérons, en respectant aussi un point de vue éthique sur ce phénomène.

L'articulation, toujours délicate, entre la répression et les soins a bénéficié d'évaluations concluantes, notamment dans le champ de la réduction des dommages permettant de faire évoluer les points de vue. La reconnaissance de la réalité de la toxicomanie, à savoir une dépendance, nécessite une offre de soins qui rend à cette population sa liberté de se soigner ou non.

1. Réunion ministérielle paneuropéenne de Sintra en 2000.

Le regard «plus sanitaire» sur la population toxicomane, si l'on peut s'exprimer ainsi, ne nous dédouane pas pour autant d'une réflexion plus large sur la place qu'occupent les comportements de consommations de produits psychoactifs dans nos sociétés et la nature des réponses que nous tentons d'y apporter. C'est dans ce sens que l'ébauche d'un regard éthique et déontologique sur les drogues et la toxicomanie nous permettra de mieux asseoir nos réflexions et positions.

Une des difficultés majeures de l'harmonisation des points de vue réside dans le fait qu'il est nécessaire de distinguer les consommateurs de produits psychoactifs des toxicomanes. Mais s'il n'existe pas de solutions de continuité, les options de norme, d'acceptabilité sociale, de dangerosité sont fluctuantes. Seule une réflexion commune sur les bases éthiques et déontologiques qui anime nos pays pourra nous assurer dans les actions à entreprendre.

L'évolution récente et rapide de la consommation, touchant des publics de plus en plus jeunes, vient mettre au centre des priorités des actions publiques, ce qui n'a été pendant longtemps que le souci de quelques acteurs politiques et professionnels.

Le changement de paradigme résultant d'un regard plus sanitaire que répressif ne dispense pas, bien au contraire, d'être attentif au type d'actions de prévention, de soins et de recherches que nous mettons en place. La liberté de se faire soigner, l'accessibilité au dispositif de soins, le respect de l'anonymat, le choix du traitement, la continuité des soins en prison, le traitement des femmes enceintes toxicomanes, l'accès aux dernières informations de la recherche restent nos principaux sujets d'interrogation. L'information fondée sur les connaissances à transmettre aux citoyens doit intégrer en permanence une évolution rapide des résultats de la recherche. Si les expertises collectives et les conférences de consensus se sont développées, elles doivent régulièrement être interrogées au regard des avancées scientifiques.

La confidentialité des données recueillies en épidémiologie auprès des personnes toxicomanes ou non doit être respectée. Cela, bien évidemment, complique la mise en place de

recherches, particulièrement lorsqu'il s'agit de suivi de cohortes².

L'émergence de la notion de vulnérabilité pose en permanence la question de la notion de groupe cible, éventuellement de la différenciation des messages à transmettre et des soins à prodiguer, question qui, si elle est d'actualité dans le champ préventif et médical, conserve une connotation particulière dans le domaine des drogues qui restent des produits prohibés.

La difficulté à expérimenter (des modes thérapeutiques, des actions de réduction des dommages des effets des produits) nous place dans des positions difficiles vis-à-vis des instances éthiques dont l'accord est indispensable à toute étude.

La prévention n'est pas la simple résultante d'une meilleure information et d'un travail éducatif. Elle sous-tend également une modification du regard que l'on porte sur la population toxicomane et sa dépendance. Les toxicomanes sont particulièrement sensibles au regard des instances publiques. L'autorisation du libre accès aux seringues a profondément changé le comportement des toxicomanes par voie intraveineuse, transformant leurs pratiques dans un sens plus préventif dès que cette mesure a été prise.

La forte augmentation du nombre de personnes ayant recours aux produits psychoactifs ces vingt dernières années, ainsi que la diversité des réponses sanitaires qui peuvent y être apportée, nous amène nécessairement à réfléchir sur les investissements financiers adaptés. Les orientations ne peuvent se prendre, dans ce domaine, que si nous ne pouvons montrer en permanence la justesse de nos choix. Vouloir généraliser les approches onéreuses aux résultats incertains, au détriment d'autres approches plus efficaces, relève également d'une réflexion éthique des choix des pouvoirs publics.

Orienter la population toxicomane le plus tôt possible vers une possibilité de soins relève du bon sens, mais établir des contraintes pour y aboutir reste un sujet à controverses. Dans le champ psychiatrique, les débats sur l'orientation sous contrainte sont permanents pour la population toxicomane (qui peut, par ailleurs, avoir des troubles psychiatriques et dont

2. Ensemble de sujets engagés dans une même étude épidémiologique.

la dépendance est au centre de la clinique), et cette orientation forcée fait toujours l'objet de discussions.

Mais la question des simples consommateurs de drogues et de leur orientation reste entière, car les tests n'apportent pas de preuve de la dépendance. Les évaluations de ce type d'approche contraignante demeurent partagées.

Si la dangerosité «pour autrui» de la prise de drogues est une question bien comprise dans l'ensemble des sociétés, ainsi que la nécessité d'y apporter des limites efficaces (dépistage de l'alcoolémie et des drogues au volant...), celle concernant le dépistage à des fins «préventives» chez d'autres publics (élèves) fait débat.

De nombreuses situations doivent être analysées et questionnées par une réflexion éthique: c'est bien évidemment le cas des toxicomanes incarcérés et de leur traitement (continuité des soins), de la prise en charge des femmes enceintes toxicomanes et du couple mère-enfant, du dépistage systématique en milieu professionnel et de la notion de poste à risque, de la nature du soutien à la personne dépendante, etc. Mais, au-delà de ces réflexions que certains ont déjà entamées, des approches plus générales sur l'attitude des Etats engagés dans la production et le trafic de produits illicites ne peut échapper au regard éthique sur les rapports internationaux entre pays essentiellement producteurs et pays essentiellement consommateurs.

Les droits fondamentaux des personnes toxicomanes doivent être préservés, la stigmatisation et la criminalisation des toxicomanes étant, dans de nombreux pays, toujours d'actualité. La participation des sujets consommateurs ou toxicomanes à nos réflexions sera ainsi recherchée.

Les textes rassemblés ici contribueront, je l'espère, à une première ébauche de réponses aux différentes questions évoquées.

Le recours aux drogues : les réponses de la société

par Claire Ambroselli

«Être privé des droits de l'homme, c'est d'abord et avant tout être privé d'une place dans le monde qui rende les opinions significatives et les actions efficaces.» (Arendt, 1984)

La lutte contre l'abus et le trafic illicite des drogues a pris une grande ampleur dans notre vie quotidienne durant ces dernières décennies, particulièrement en Europe, mais les résultats escomptés ne sont pas toujours atteints, à en juger par les avancées des politiques des organismes régionaux, nationaux et internationaux¹. La complexité de l'action est telle que ces organismes sont parfois dépassés par leur tâche et ne peuvent pas toujours adapter leurs politiques aux personnes et aux milieux sociaux touchés.

Une éthique des droits universels

La lutte et les difficultés rencontrées pour prévenir les abus et les crimes liés aux stupéfiants posent à chacun des questions éthiques qui doivent être débattues universellement. Ne sommes-nous pas, un jour ou l'autre, confrontés à l'une de ces «drogues», pour nous soigner, pour nous détendre, ou pour d'autres raisons? Mais pour quels motifs ces «drogues» deviennent-elles un enjeu d'abus et de crimes? Quelles sont les limites de leur usage? Ces questions semblent souvent occultées par des politiques trop spécialisées, qui s'éloignent de la vie des gens.

Spécialistes et non-spécialistes doivent ainsi s'associer pour tenter de comprendre les raisons de l'ampleur de l'abus et du trafic de drogues dans nos sociétés prétendues démocratiques, qui fondent leurs lois et leurs institutions sur des droits universels. Comment expliquer que les impressionnants moyens politiques mis en œuvre depuis plusieurs décennies pour combattre les crimes, les trafics et la toxicomanie n'aident pas plus les personnes concernées?

1. Voir dans les références p. 28 les principaux organismes européens de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

Sans doute ces sociétés dites avancées, civilisées, développées, manquent-elles de formations civiques adaptées sur les droits universels qui fondent l'éthique humaine ou n'ont-elles pas encore appris suffisamment à partager ces «richesses» qui finissent par leur nuire, ces drogues que tout le monde peut se procurer, qui soignent, guérissent et tuent.

Des carences culturelles notoires touchent à la médecine et au droit, deux matières essentielles et pourtant absentes des programmes éducatifs. Comment faire comprendre à un enfant ou à un adolescent la signification d'un corps de vivant et de mortel, le sens de se nourrir, de boire ou de manger, pour grandir et pour vivre avec les autres, s'il n'a jamais eu à réfléchir sur les différentes transformations et bouleversements scientifiques et politiques liés au développement des savoirs et des pratiques médicales? Malgré leurs pouvoirs sur la vie, ces savoirs spécialisés ne sortent guère des universités, et les pratiques professionnelles sont imposées par de puissantes corporations, sans autre partage démocratique que celui de contribuer, de manière aveugle, à une plus grande production, voire surproduction, de nouveaux produits «biomédicaux».

Comment transmettre à des enfants ou à de jeunes adolescents le sens de ce qui est permis, interdit, la signification de l'infraction, du délit, du crime et du combat contre les transgressions des règles et des lois communes, sans leur faire comprendre le sens de leurs relations avec eux-mêmes, avec leurs parents et avec leurs proches, le sens des droits universels de cet «irréductible humain²» dont ils ont, dont *nous* avons, la charge et la responsabilité? Là encore, les droits ne sont enseignés que dans les universités, avec une empreinte nationale telle que cela n'atteint que rarement la sphère des organismes internationaux.

Pour répondre à ces questions, le Groupe Pompidou a organisé le premier séminaire sur les questions éthiques et déontologiques liées à la lutte contre la toxicomanie³, examinant notamment les limites et les difficultés, voire les incapacités, de cette lutte, au regard des insuffisances éducatives provocantes qui encouragent des criminels le plus souvent impunis à organiser leurs trafics entre les nations grâce à des relais puissants.

2.

Voir le discours du Secrétaire général de l'Onu, Conférence mondiale sur les droits de l'homme, Vienne, 1993, et également Delmas-Marty, 1994; Colin, 1996; Braibant, 2001; Ambroselli, 1998; et Ambroselli, 1990.

3.

Séminaire organisé au Conseil de l'Europe, à Strasbourg, du 6 au 7 février 2003.

Comment prévenir ces crimes et protéger les victimes potentielles? Comment construire et établir des relations humaines qui nous donnent le sens de notre condition humaine, de nos choix, de nos limites, de nos erreurs, si nos liens personnels et sociaux, les milieux dans lesquels nous naissons, nous vivons et nous mourrons, nous laissent démunis?

La lutte contre le crime et la prévention de l'abus des drogues touchent maintenant les écoles. Chez les jeunes enfants, en effet, l'usage de drogues ne constitue-t-il pas déjà un abus, n'est-ce pas un signe d'une crise de l'autorité parentale, pédagogique, et le trafic un symptôme de la crise des autorités politiques et judiciaires. Il faudrait aussi lever, à cet égard, les ambiguïtés politiques sur le laisser-faire dans l'usage des drogues licites (le tabac, l'alcool), qui, outre la mortalité qu'il génère, entraîne aussi, par addiction, l'usage de drogues illicites encore plus difficiles à combattre.

La lutte contre l'abus et le trafic de drogues doit donc s'inscrire sur l'éthique des droits universels. C'est ce que tente de faire le Conseil de l'Europe⁴.

Géopolitique européenne de la lutte antidrogue

Pour tendre à l'universalisation des droits, il s'agit d'abord de faire le point des différentes politiques de lutte contre la toxicomanie dans l'ensemble des Etats concernés, d'évaluer l'efficacité de chacune, ce qui suppose informations et rencontres, une question particulièrement délicate compte tenu des récents élargissements du Conseil de l'Europe et de l'Union européenne. La pluralité des politiques antidrogue reste liée à l'histoire des droits et des institutions de chaque pays, dont il faut déterminer les effets positifs, négatifs, ambigus ou même pervers. De plus, ces politiques de lutte contre la toxicomanie n'ont pas toutes la même ancienneté: plus de trente ans pour certaines nations, moins de dix ans pour d'autres. La géopolitique de la lutte contre la toxicomanie permettra donc de mieux déterminer les priorités politiques, et notamment de lutter contre les injustices et les inégalités dominantes. Les politiques européennes de lutte contre la toxicomanie sous-entendent également des politiques de cohésion sociale et culturelle.

4. Voir le discours de Maud de Boer-Buquicchio, Secrétaire Générale adjointe du Conseil de l'Europe, 7^e Conférence des ministres européens de la Santé, « Santé, dignité et droits de l'homme », Oslo, 12-13 juin 2003 (www.coe.int/T/F/Com/Dossiers/Conferences-ministerielles/2003-Sante/).

De cette géopolitique européenne émerge ensuite une deuxième nécessité, celle d'étudier les différences liées aux langues dans chaque nation, au sein des institutions internationales, pour comprendre les témoignages des personnes, apprécier les différences culturelles, les multiples langages personnels, professionnels, administratifs, législatifs. L'étude des différences conceptuelles et culturelles permettra de prendre en compte les divers régimes politiques qui ont pesé ou qui pèsent encore sur certains peuples d'Europe, et d'en faire une étude critique. Pour lutter vraiment contre la toxicomanie, il faut donc rester à l'écoute des problèmes humains.

Enfin, il s'agit de distinguer les questions éthiques des questions déontologiques, mais de ne pas dissocier les questions éthiques des questions de droits fondamentaux. Les règles éthiques professionnelles ont changé durant le XX^e siècle et sont maintenant fondées sur les droits universels des êtres humains, et non l'inverse. Les citoyens européens, comme les autres citoyens du monde, doivent saisir les enjeux de ces nouveaux droits fondamentaux. Le travail du Groupe Pompidou sur les questions éthiques posées par la lutte contre la toxicomanie – qui s'étend des problèmes les plus personnels aux difficiles questions du droit pénal international pour affronter les réseaux des criminels impunis – est précieux à cet égard pour aborder les difficultés pédagogiques et politiques de formation aux droits internationaux.

Usage de drogues et condition humaine

La lutte internationale contre l'abus et le trafic illicite des drogues ne doit pas occulter le combat à mener sur soi-même et avec les autres pour pouvoir enrayer le fléau. Nous ne sommes pas forcément en relation avec les décideurs, ceux qui mettent en application et évaluent les politiques de lutte contre la toxicomanie, ni même avec les criminels qui planifient leurs crimes à travers le monde, mais nous côtoyons tous plus ou moins les personnes qui se droguent.

Qui sont ces personnes? On les appelle parfois encore des «toxicomanes», des «drogués», une dénomination trop souvent connotée de violence, de terreur, de rejet ou d'exclusion. En

dialoguant et en agissant avec ces personnes, le vocabulaire change: on parle alors de patients, de malades graves, de clients, de travailleurs, de salariés, d'enfants, d'immigrés, d'exclus, de marginaux ou de personnes en difficulté. Comment les entendre, si on ne leur donne pas la parole, surtout pour des politiques qui les concernent? Comment juger des résultats de ces politiques, sans un travail commun approprié?

Les professionnels de la lutte contre la toxicomanie doivent donc aller au-devant des personnes touchées par la drogue, tant physiquement que personnellement.

Trois interventions du séminaire (voir note 3, p.18) illustrent cet exercice difficile. «L'homme a la capacité de transformer en drogue tout ce qui lui donne du plaisir ou atténue ses tensions»: cette réflexion d'un premier intervenant montre bien comment nous devons nous interroger sur les êtres humains que nous sommes avant même de nous interroger sur les drogues, pour comprendre où se situent les risques. Ce n'est pas la drogue qui est dangereuse, mais l'usage que nous pouvons en faire. Certaines substances ont plus d'emprise négative sur la personne traitée que d'effets positifs sur sa maladie. Comment l'éviter?

Au-delà du risque individuel de mort lié à la drogue se cache un danger peut-être pire, le risque commun de perte d'humanité. Ne sommes-nous pas confrontés à une carence de traitements adaptés aux problèmes humains posés par les personnes qui ont recours à un usage abusif et nocif de la drogue pour faire face à leurs problèmes, et qui sont peu efficaces pour les résoudre, alors que certaines drogues représentent des enjeux si importants pour les marchés internationaux criminels, et que d'autres, comme le tabac ou l'alcool, deviennent l'enjeu de politiques ambiguës, puisque des autorités parlent dans ce cas de drogues licites qui tuent?

Un autre intervenant a bien délimité par ailleurs le champ de la «toxicomanie», comme étant un espace commun aux citoyens, disposant de droits, à partir desquels peut se construire l'éthique. Femme ou homme, enfant ou vieillard, vivant ou à naître, «le toxicomane est un citoyen».

Deux risques majeurs se profilent donc pour faire face aux problèmes éthiques liés à la lutte contre la toxicomanie: le risque

lié à la vulnérabilité de notre condition humaine que cache l'usage abusif des drogues, et celui lié à des pratiques professionnelles de lutte qui occultent les vrais problèmes des personnes. Ainsi, les politiques de santé publique concernent plus l'usage de la drogue que la condition et les réels besoins des gens qui en abusent.

Une troisième intervention, celle d'un représentant du Conseil de l'Europe, a bien montré que les problèmes posés par la toxicomanie sont devenus des problèmes de santé publique et de recherche médicale. Les politiques en cours nous montrent bien l'importance de ces soins. Mais elles sont aussi des indicateurs précieux sur le poids culturel et politique de la médicalisation des sociétés industrialisées qui n'arrivent pas toujours, là encore, à élaborer des politiques adaptées aux besoins des personnes.

En mettant l'accent sur les questions éthiques de lutte contre la toxicomanie, nous découvrons ainsi la nécessité de déplacer les aspects sanitaires et médicaux vers des besoins humains. La drogue risque d'instaurer entre nous cette «désolation» qui nous isole et nous fait perdre pied quand les êtres humains deviennent ou sont devenus «superflus», comme l'a analysé Hannah Arendt dans *Les origines du totalitarisme*:

«Dans la solitude, je suis en d'autres termes "parmi moi-même", en compagnie de moi-même et donc deux en un, tandis que dans la désolation je suis en vérité un seul, abandonné de tous les autres.» (Arendt, 1972)

L'éthique liée aux enjeux de la pensée médicale

La lutte contre la toxicomanie a levé une armée sanitaire qui cherche à reprendre pied en combattant les fausses peurs et en s'accrochant désespérément, mais aussi fermement au malheur des hommes, «ce reste muet de la politique» qui nous oblige, quand nous l'entendons, à nous lever pour le faire entendre, et le combattre, comme l'avait déjà fait Michel Foucault, à Genève, en 1981:

«Parce qu'ils prétendent s'occuper du bonheur des sociétés, les gouvernements s'arrogent le droit de passer au compte du profit et des pertes le malheur des hommes que leurs décisions

provoquent ou que leurs négligences permettent. C'est un devoir de cette citoyenneté internationale de toujours faire valoir aux yeux et aux oreilles des gouvernements les malheurs des hommes dont il n'est pas vrai qu'ils ne sont pas responsables. Le malheur des hommes ne doit jamais être un reste muet de la politique. Il fonde un droit absolu à se lever et à s'adresser à ceux qui détiennent le pouvoir.

L'expérience montre qu'on peut et que l'on doit refuser le rôle théâtral de la pure et simple indignation qu'on nous propose. Amnesty International, Terre des hommes, Médecins du monde sont des initiatives qui ont créé ce droit nouveau: celui des individus privés à intervenir effectivement dans l'ordre des politiques et des stratégies internationales. La volonté des individus doit s'inscrire dans une réalité dont les gouvernements ont voulu se réserver le monopole, ce monopole qu'il faut arracher peu à peu et chaque jour⁵.»

Ces paroles orientent nos questions éthiques et les actions à entreprendre pour y répondre plus efficacement. Et pour conclure ces quelques réflexions, pour faire face aux difficultés que nous aurons à affronter dans les actions à organiser, j'insisterai sur quelques travaux de référence qui pourraient éclairer et soutenir nos efforts: les travaux de Hannah Arendt sur les origines du totalitarisme, déjà signalés, qui aujourd'hui, dix ans après l'effondrement des totalitarismes du XX^e siècle, ne doivent pas nous cacher ceux qui nous menacent politiquement aujourd'hui, sous d'autres formes, précisément si nous ne participons pas nous-mêmes à l'élaboration des politiques qui nous concernent. Nous devrions aussi prendre en considération le travail fondamental de Georges Canguilhem sur un thème souvent abordé dans le séminaire du Groupe Pompidou, «le normal et pathologique» (Canguilhem, 1999): comment vivre ces questions médicales et sanitaires quotidiennes? Comment cette médecine s'est-elle développée en Occident? Quels sont les enjeux de la pensée médicale dans la pensée occidentale, quelles sont nos vraies capacités d'humain mortel? Canguilhem rappelait, lors d'une conférence donnée à l'université de Strasbourg en 1988, ce que signifie «être en bonne santé», «se porter bien»:

«Je me porte bien, disait-il, dans la mesure où je me sens capable de porter la responsabilité de mes actes, de porter les

5. Texte lu lors de la conférence de presse annonçant la création du comité international contre la piraterie ayant pour but la défense des «boat people», publié en espagnol dans la revue *Liberación*, traduction de G. Bomio.

choses à l'existence et de créer entre les choses des rapports qui ne leur viendraient pas sans moi, mais qui ne seraient pas sans elles. Et donc j'ai besoin d'apprendre à connaître ce qu'elles sont pour les changer.» (Canguilhem, 2002)

Comment aborder ces connaissances et faire comprendre cette responsabilité dans les écoles et les formations européennes?

Nous devons aussi nous interroger sur le sens de notre mort et de notre finitude par rapport à nos choix de vie, un sens que nous ne pouvons dissocier de l'histoire de la médecine et de celle du droit. La naissance, la vie et la santé, les maladies et la mort sont devenues enjeux de relations humaines et de problèmes éthiques et politiques nouveaux, qui restent encore sans lieux ni temps pédagogiques adaptés pour en débattre. Il est vrai que nos livres de référence sont récents. Pourquoi les questions posées par Georges Canguilhem sur l'histoire des sciences sont-elles centrées sur des questions soulevées par la médecine et la biologie, la vie et l'erreur? Pourquoi les travaux philosophiques et historiques de Michel Foucault ont-ils commencé par *l'Histoire de la folie*, la *Naissance de la clinique*, pour aboutir à *Surveiller et punir* et à *l'Histoire de la sexualité*? Ces ouvrages nous aident à comprendre la normalisation médicale et sanitaire que nous vivons, pour mieux en combattre les asservissements personnels et politiques qu'elle peut susciter. Ils nous aident à développer les bénéfices d'une médecine qui fondent des actes médicaux sur des relations humaines.

Pour nous limiter, dans cette critique de la normalisation médicale occidentale, aux questions éthiques soulevées par la lutte contre la toxicomanie, et pour amorcer aussi le travail critique que nous avons à faire sur cette médicalisation, je reprendrai ici quelques mots de la conclusion de *Naissance de la clinique*. Dans ce livre, Michel Foucault procède à «une archéologie du regard médical» et dénonce les dangers de ne pas prendre en considération, dans l'histoire de la pensée occidentale et des relations humaines, les transformations fondamentales de la relation médicale avec la naissance d'une nouvelle clinique, à la fin du XVIII^e siècle. En s'appuyant sur les travaux de Bichat, mais aussi ceux de Freud ou de Jackson, Michel Foucault étudie la méthode anatomo-clinique:

«cette structure où s'articulent l'espace, le langage et la mort, une structure qui n'est pas encore dénouée: à peine commence-t-on à en débrouiller quelques fils, qui nous sont encore si inconnus, que nous les prenons volontiers pour merveilleusement nouveaux ou absolument archaïques, alors que depuis deux siècles, ils ont constitué la trame sombre mais solide de notre expérience».

En situant dans la pensée occidentale ce moment essentiel dans notre histoire où la mort a été intégrée épistémologiquement à l'expérience médicale, en détachant la maladie de la métaphysique et en la rendant lisible, Michel Foucault nous aide à prendre une position adaptée à notre condition d'êtres humains vivants et mortels, sans en avoir peur, mais en réalisant le travail historique et critique qui situe les vrais enjeux de notre condition humaine. En cela, il nous oriente aussi sur le type de travail que nous devons continuer:

«Il restera sans doute décisif pour notre culture que le premier discours scientifique tenu par elle sur l'individu ait dû passer par ce moment de la mort. C'est que l'homme occidental n'a pu se constituer à ses propres yeux comme objet de science, il ne s'est pris à l'intérieur de son langage et ne s'est donné en lui et par lui une existence discursive qu'en référence à sa propre destruction: de l'expérience de la Déraison sont nées toutes les psychologies et la possibilité même de la psychologie; de la mise en place de la mort dans la pensée médicale est née une médecine qui se donne comme science de l'individu. Et d'une manière générale, l'expérience de l'individualité dans la culture moderne est peut-être liée à celle de la mort: des cadavres ouverts de Bichat à l'homme freudien, un rapport obstiné à la mort prescrit à l'universel son visage singulier et prête à la parole de chacun le pouvoir d'être indéfiniment entendu; l'individu lui doit un sens qui ne disparaît pas avec lui.» (Foucault, 1993)

A la lumière de ce travail critique et historique à poursuivre, en espérant qu'il pourra être réalisé aussi dans les écoles, nous apprenons à mieux situer notre propre expérience personnelle et professionnelle, civique et politique. Nous pouvons lui donner sa juste place pour mettre en œuvre, là où c'est possible, des politiques adaptées. Il a été souvent question, dans le séminaire du Groupe Pompidou, de la vulnérabilité de nos efforts dans les luttes contre la toxicomanie, vulnérabilité que nous

avons bien située au cœur de nos questions éthiques, parce qu'elle est au cœur de notre condition humaine. Là aussi il s'agit de prendre ou de suivre des orientations significatives pour les actions que nous avons à entreprendre. Je terminerai alors sur cette réflexion d'Hannah Arendt dans les dernières lignes de *L'impérialisme*, qui nous rappelle la fragilité de notre condition humaine quand l'être humain ne connaît plus, ou ne reconnaît plus, le monde dans lequel il se trouve.

«Pour l'être humain qui n'a plus sa place dans une communauté, qui a perdu son statut politique dans les luttes de son époque et la personnalité juridique qui fait de ses actes et d'une part de sa destinée un tout cohérent, il ne lui reste plus que les qualités qui ne peuvent d'ordinaire s'articuler que dans le domaine de la vie privée et qui doivent demeurer imprécises, au rang du strict vécu, dans toutes les questions d'intérêt public. A cette existence réduite, c'est-à-dire à tout ce qui nous est mystérieusement accordé de naissance et qui inclut la forme de notre corps et les dons de notre intelligence, répondent seuls les imprévisibles hasards de l'amitié et de la sympathie, ou encore la grande et incalculable grâce de l'amour, qui affirme avec saint Augustin "*Volo ut sis*" ("Je veux que tu sois"), sans pouvoir donner de raison précise à cette suprême et insurpassable affirmation.» (Arendt, 1984)

Bibliographie

Ambroselli, Claire, *L'éthique médicale*, coll. «Que sais-je?», n° 2422, Puf, Paris, 1988 (3^e édition revue, 1998).

Ambroselli, Claire, *Le comité d'éthique*, coll. «Que sais-je?», n° 2544, Puf, Paris, 1990.

Arendt, Hannah, «Le système totalitaire», in *Les origines du totalitarisme* (1951), troisième partie du livre traduit de l'anglais par J. L. Bourget, R. Davreu et P. Lévy, coll. «Points Essais», n° 307, Seuil, Paris, 1972.

Arendt, Hannah, «Le déclin de l'Etat-nation et la fin des droits de l'homme», in *Les Origines du totalitarisme*, deuxième partie, «L'Impérialisme», New York, 1951, traduit de l'anglais par Martine Leiris, Fayard, Paris, 1982; et coll. «Points politique», n° 125, 1984.

Braibant, Guy (témoignage et commentaire de), *La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne*, coll. «Points Essais», n° 469, Seuil, Paris, 2001.

Canguilhem, Georges, *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*, thèse de doctorat en médecine, publiée en 1943, rééditée avec d'autres textes dans *Le normal et le pathologique*, coll. «Quadrige», Puf, Paris, 1966, 1999.

Canguilhem, Georges, *La santé, concept vulgaire et question philosophique*, conférence faite à l'université de Strasbourg en 1988, Editions Sables, Toulouse, 1990, réédité dans *Ecrits sur la médecine*, Seuil, Paris, 2002.

Colin, Marcel (sous la direction de), *Le crime contre l'humanité*, textes réunis par Bruno Gravier et Jean-Marc Elchardus à la suite du XXVI^e congrès de l'Association française de criminologie tenu à Lyon en 1990, Erès, Toulouse, 1996.

Delmas-Marty, Mireille, *Pour un droit commun*, Seuil, Paris, 1994.

Foucault, Michel, conclusion de *Naissance de la clinique, une archéologie du regard médical*, coll. «Quadrige», n° 100, Puf, Paris, 1963, 1993.

Références

Principaux organismes européens de lutte contre la drogue et la toxicomanie avec leur site Internet :

- Mission internationale de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt)
www.drogues.gouv.fr/fr/index.html
- Groupe Pompidou: Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants, Conseil de l'Europe
www.coe.int/T/F/Cohésion_sociale/Groupe_Pompidou/
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT). Pour entrer en contact avec l'OEDT, vous pouvez visiter le site: www.relis.lu
- Banque de données juridique européenne relative aux drogues illicites, European legal database on drugs (ELDD)
<http://eldd.emcdda.eu.int/>

On doit ajouter à ces organismes spécialisés dans la lutte contre la drogue et la toxicomanie le Comité consultatif national d'éthique français pour les sciences de la vie et de la santé, qui a publié un rapport sur les toxicomanies en 1994 (Avis n° 43, 23 novembre 1994).

L'information et la confidentialité des données

par René Padieu

Il est devenu banal de dire que nous vivons désormais dans la «société de l'information». L'utilité, la nécessité même, de recueillir et de traiter des données de toutes sortes est manifeste: pour l'administration publique, pour les affaires privées ou pour l'avancement des sciences. Or, posséder de l'information, c'est aussi avoir un certain pouvoir: bénéfique, ou peut-être aussi abusif. Pour articuler ce bénéfique et ce pouvoir de nuisance, des règles morales, des règles juridiques et des instruments matériels sont indispensables.

Le problème, ainsi énoncé en termes généraux, est en fait extrêmement complexe: multiplicité de personnes et d'institutions, multiplicité d'informations, multiplicité d'utilisations de celles-ci. Autoriser que certaines données soient utilisées à une fin définie peut ouvrir la voie à une autre utilisation qui soit préjudiciable. Il faut donc fixer les limites de l'autorisation. Mais, de la même façon, interdire certaines communications pour protéger des intérêts légitimes peut avoir des inconvénients sur un autre plan. Par exemple, les nécessités de l'ordre public conduisent à recueillir certaines données sur les personnes, mais ces données peuvent alors servir à des discriminations ou à un fichage politique. A l'inverse, ce que l'on fait pour éviter ces discriminations, au nom des droits et de la dignité humaine, compromet peut-être des utilisations légitimes et même d'utilité publique. Le législateur et les décideurs, publics ou privés, qui organisent ou interdisent certains traitements de données, ont en général d'excellentes raisons; mais ils ne prennent pas toujours en compte que cela peut avoir par ailleurs des conséquences qu'ils n'ont ni la légitimité ni le désir de provoquer.

Un problème éthique naît lorsque différentes valeurs entrent en conflit: faut-il en privilégier une? Et si la solution retenue diffère selon les personnes, comment les concilier, ou bien qui doit l'emporter?

Au fondement de nos sociétés démocratiques se trouve affirmée la primauté de la personne, dont la vie, l'intégrité, l'intimité, la dignité et les intérêts doivent être préservés. Tel est l'objet de la Convention européenne des Droits de l'Homme. Son article 10 notamment prévoit «la liberté de recevoir ou de communiquer des informations ou des idées». Notons que cette liberté comporte la liberté de ne pas recevoir ou de ne pas communiquer une information. Nous montrerons cependant que l'exercice d'autres droits dans la société peut, dans certains cas, conduire à l'obligation de fournir une information ou au contraire à l'interdiction de la communiquer.

Certaines informations sur les personnes portent atteinte à leur intimité ou à leur dignité, ou permettent des discriminations. Pour prévenir ces usages non reconnus, il y a souvent lieu de limiter la communication. De plus, certaines fonctions sont imparties à des professionnels (médecins, par exemple) ou à des agents publics (ministres, magistrats, contrôleurs). Le bon exercice de leur fonction interdit à ces personnes de ne pas s'informer. Ce devoir de savoir entraîne le droit d'exiger certains renseignements: il faut corrélativement soumettre d'autres personnes – leurs informateurs – à une obligation de communiquer.

Ainsi, à côté de la liberté de recevoir de l'information ou de la méconnaître, apparaissent tantôt l'obligation et tantôt l'interdiction de la recueillir. De même, à côté de la liberté de communiquer de l'information ou de la refuser, apparaissent tantôt l'obligation et tantôt l'interdiction de la fournir. Les combinaisons deux à deux de ces deux fois quatre éventualités ne se présentent pas toutes, mais certaines conduisent à des contradictions et des arbitrages.

Compte tenu de la variété des informations qui concernent les personnes et de la variété des informations dont elles ou les institutions peuvent avoir besoin, compte tenu aussi des relations professionnelles ou privées entre elles, les situations peuvent être extrêmement complexes. Pour l'essentiel, les lois et les usages déterminent les choix à faire, la déontologie de certaines professions aussi. Il reste cependant de nombreux cas qu'aucune règle n'aura prévu. Une délibération est alors laissée

à la conscience individuelle ou à la discussion entre les autorités ou groupes représentant les divers points de vue. De plus, la société évoluant, les règles les mieux établies doivent parfois être aménagées et, là aussi, un débat est nécessaire pour l'orienter.

Pour aider à cet examen, nous proposons ici d'abord d'explicitier quelques notions. Une deuxième partie montrera comment naissent certaines obligations ou interdictions. Enfin, nous regarderons comment des finalités contradictoires peuvent être conciliées.

Notion d'information et droit à l'information

Lorsqu'on parle d'une information, il y a quatre éléments à considérer:

- son *contenu*: de quoi ou de qui s'agit-il? qu'en dit-on?
- son *détenteur*: qui possède cette information et peut la transmettre?
- son *destinataire*: à qui s'agit-il de la transmettre?
- sa *finalité*: que pourra en faire le destinataire?

Par exemple, l'information porte sur un enfant et dit à quelle école il est inscrit et où habitent ses parents. Cette information est a priori connue au moins de l'enfant lui-même, de ses parents et de l'administration de l'école. Le ministère de l'Éducation souhaite la recueillir afin de s'assurer que l'obligation scolaire est respectée, ou bien afin de mesurer l'activité de cette école. Ou encore, un chercheur veut faire une enquête pour étudier les parcours scolaires.

Autre exemple, le ministère de la Santé a mesuré le développement d'une épidémie: il est le détenteur d'une information sur l'état de santé de la population du pays. Un journaliste souhaite connaître cette information, afin de publier un article dans son journal.

Autre exemple encore, un travailleur consomme de temps en temps de l'héroïne. Il le sait, bien entendu, et son médecin aussi. L'employeur voudrait savoir ce qu'il en est, afin de ne pas le recruter ou de l'affecter à certaines tâches seulement.

Sur ces quelques exemples, on voit déjà la variété des contenus d'information, des détenteurs, des destinataires et des finalités possibles. Et l'on entrevoit tous les problèmes relationnels qui peuvent surgir.

Venons-en donc au droit à l'information: quel destinataire potentiel peut recevoir l'information en cause, en fonction de son contenu et de ce qu'il compte en faire? Dans l'énoncé d'un droit, nous devons, là aussi, discerner plusieurs éléments:

- l'*objet* ou contenu du droit: sur quelle information porte-t-il, quand et comment doit-elle être fournie?
- le *sujet* ou titulaire du droit: qui s'agit-il d'informer?
- le *débiteur* du droit: qui est chargé de fournir l'information (obligé de fournir l'information requise, s'il la connaît, ou de la rechercher auprès d'un autre détenteur)? Ou bien est-ce un droit sans débiteur précis, c'est-à-dire en fait une *liberté*¹: personne n'a à fournir l'information en cause, mais le titulaire du droit ne peut être empêché de la recevoir si quelqu'un veut la lui donner?
- le *fondement* du droit: sur quelle base ce droit est-il reconnu au sujet, pour quel motif légitime peut-il recevoir l'information: en fonction de qui il est, du contenu de l'information en cause et de ce qu'il pourrait en faire?

Reprenons les mêmes exemples. Le ministère de l'Education est officiellement chargé de veiller à la scolarisation des enfants et de surveiller l'activité des écoles. On ne peut lui assigner ces missions sans lui reconnaître le droit d'obtenir les informations nécessaires. Dans ce cas, les détenteurs de ces renseignements seront tenus de les fournir. Le chercheur qui mène son enquête fait une œuvre scientifique reconnue: on lui reconnaît le droit de recevoir les données. Mais il n'a pas forcément le droit de les exiger: il a la faculté de mener ses travaux, mais il devra simplement compter sur la bonne volonté de ses informateurs. Toutefois, il est possible que son étude soit d'utilité publique et qu'alors la loi lui accorde le bénéfice d'une obligation de réponse à laquelle les enquêtés devront se conformer.

Il est généralement admis, dans nos sociétés, que le journaliste qui veut informer son public puisse recueillir les données

1. En disant qu'il s'agit d'un droit sans débiteur, nous voulons clairement dire que personne n'est obligé de le satisfaire, c'est-à-dire de procurer l'information. Mais, en négatif, tout le monde a une obligation: celle de s'abstenir d'empêcher qu'il soit satisfait. A cet égard, c'est un droit *erga omnes*.

utiles. Et, la plupart du temps, les administrations ou autres organismes communiquent les informations en leur possession. L'article 10 de la Convention européenne des Droits de l'Homme autorise aussi bien ce journaliste que ses lecteurs à recevoir et à communiquer ces informations. En revanche, rien a priori n'oblige l'administration détentrice des données épidémiologiques à les fournir, ni d'ailleurs le journaliste à en faire état. Mais l'usage ici déborde largement la discrétion de la loi. Des lois plus prescriptives peuvent néanmoins exister. Dans tous les pays, le parlement ou les organes de contrôle peuvent se faire communiquer la plupart des informations détenues par les administrations, pourvu que celles-ci ne soient pas couvertes par un secret spécifique, notamment en ce qui concerne les données personnelles. On citera aussi une loi française de 1978, qui donne le droit à tout citoyen de se faire communiquer les données administratives, avec une liste limitative d'exceptions. Dans un autre ordre d'idées, dans beaucoup de pays, les instituts nationaux de statistique n'ont pas seulement la faculté de publier leurs résultats mais ont le devoir de le faire. Ainsi, la loi néerlandaise – relativement récente et qui marque une évolution, une consécration de l'usage évoqué ici – interdit au ministre de s'opposer à cette publication.

On reconnaît tout à fait à un employeur le droit et même le devoir d'éviter que l'inaptitude d'un travailleur ne crée un danger pour lui-même, ses collègues de travail ou les consommateurs. En revanche, on ne lui reconnaît pas universellement le droit d'en tirer argument pour obtenir des renseignements sur la consommation de drogues de son salarié. Nous reviendrons sur cette question, qui fait par ailleurs justement l'objet d'un débat. Cet exemple illustre aussi une question plus générale: dans certain cas, le droit d'obtenir une information est motivé par une utilisation définie, mais on interdit que l'information obtenue alors serve à autre chose.

Cette série d'exemples visait à esquisser les problèmes à examiner maintenant plus systématiquement. On y perçoit que les notions introduites dans cette section (contenu, détenteur, destinataire et finalité d'une information; objet, sujet, débiteur et fondement d'un droit) permettent de formuler les questions que nous avons à nous poser. Ces dernières permettront donc

de rechercher des réponses qui prennent en compte au mieux les différents intérêts en présence. Or cette problématique qui se pose à peu près dans tous les domaines reste particulièrement délicate dans celui de la drogue, car c'est un domaine où se rencontrent le plus des impératifs d'ordre public, des intérêts économiques, des exigences de sécurité et des valeurs fondamentales quant au respect de la personne humaine.

Liberté, obligation ou interdit d'information

Nous venons de dire que le droit à l'information n'est pas toujours une simple faculté de recevoir ou de communiquer, mais peut se muer en obligation ou au contraire en interdiction. Nous envisageons pour l'instant le cas encore relativement simple où l'on s'intéresse à une utilisation définie de l'information.

Que faire à l'égard du désir de savoir ?

Parfois, ce désir n'est pas reconnu comme légitime et l'on interdit de le satisfaire. Afin de freiner la consommation de drogues, la loi interdit souvent d'informer sur la manière de s'en procurer et de les utiliser. Autre exemple, savoir que quelqu'un est consommateur peut nuire à sa réputation ou conduire à des discriminations indues: recueillir et communiquer cette information seront réservés à des destinataires et à des utilisations étroitement définis.

A l'inverse, le fait que des toxicomanes ou leur entourage cherchent à s'informer sur les risques d'une consommation de drogues, sur les règles, sur les lieux de soin ou d'accompagnement social non seulement est accepté, mais on pense que cela concourt à un objectif de santé publique. On ne laisse pas cela au hasard de qui voudra bien les renseigner, mais on va au devant de leur désir en organisant des services d'information.

Plus encore, les autorités publiques peuvent considérer qu'une prévention passe par l'information de personnes qui ne soient pas a priori demandeuses. Nous sommes ici dans la ligne de l'article 10, qui reconnaît cette faculté d'initiative. Une question technique, donc éthique, peut néanmoins être soulevée: il

n'est pas sûr que l'information ait en elle-même une vertu préventive. Certains le tiennent pour évident et s'en contentent sans se demander si cela répond à l'objectif qu'ils s'assignent.

L'alternative entre information pernicieuse ou bénéfique est bien illustrée depuis quelques années par les politiques de réduction des risques développées par plusieurs pays. Les actions de prévention, répression et soin n'ont pas fait disparaître la toxicomanie, tandis que les épidémies de sida et d'hépatite ont fait apparaître un péril plus urgent. Le titre d'une brochure largement diffusée par le Gouvernement français illustre bien la question: «Savoir plus pour risquer moins». Des critiques se sont élevées pour souligner la contradiction avec le maintien d'une interdiction de principe: indiquer comment conjurer les risques sanitaires n'est-il pas une incitation au «shooter propre»? Ce n'est pas le lieu ici de discuter de tels choix, mais nous soulignons le rôle crucial qu'on y fait jouer à l'information dans un conflit d'objectifs et de valeurs.

Le devoir de savoir et de faire savoir ?

Des agents publics et des intervenants privés sont chargés de diverses actions (de soin, de répression). Ils ont besoin pour ce faire d'informations sur les faits de trafic, de dépendance, etc. Ils ont besoin aussi d'une connaissance sur les mécanismes à l'œuvre. Leur mission leur crée le devoir de s'informer, non pas une simple faculté. Et, si on leur reconnaît ce devoir, il faut leur reconnaître le droit d'exiger qu'on les renseigne. Ceux qui ont la connaissance de ces faits ou qui ont la science de ces mécanismes ont alors à leur tour un devoir de dire ce qu'ils savent, et pas la simple licence de le dire s'ils le souhaitent. Nous voyons donc se constituer des chaînes de droits et d'obligations.

Dans ces chaînes, les obligations de communiquer, motivées par certaines finalités, rencontrent parfois des interdictions répondant à d'autres finalités. Ces contradictions seront évoquées *infra*.

Mais celui qui a en principe le devoir de s'informer le fait-il toujours? Il peut se considérer suffisamment informé, croire de bonne foi à la réalité d'un phénomène, à l'efficacité d'un

procédé, à l'unicité d'un objectif, et il n'a pas envie de remettre en cause cette certitude. C'est plus confortable: tout le monde ne dit pas, avec le biologiste Jean Rostand, «J'aime mieux me donner tort qu'aux autres: c'est plus intéressant!». Il s'agit là d'éthique de l'action: ce n'est donc pas notre sujet. Mais que doit faire celui qui pourrait informer? Comment se faire entendre de qui ne veut pas entendre? Face à un acteur qui a la légitimité politique ou professionnelle, l'expert est-il sûr de son savoir et de son droit à dénoncer la carence d'un responsable?

Dans une société qui se veut démocratique, ceux qui sont investis d'une responsabilité ont le devoir de rendre compte. Souvent, ils s'en acquittent en sélectionnant les informations qui leur plaisent: moins dans une posture de compte rendu que d'autojustification. Celui qui sait ce qu'ils méconnaissent ou dissimulent aurait donc un devoir d'information envers les citoyens, malgré ces responsables. A condition qu'il soit lui-même sûr que ce qu'il affirme est fondé et non pas l'expression de ses propres convictions ou d'une stratégie institutionnelle. Nous rejoignons ici l'éthique de l'expert et celle du journaliste. Mentionnons aussi le rôle d'organismes tels que l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies, et de ses homologues nationaux, ainsi que les travaux du Groupe Pompidou.

La qualité de l'information

Que nous recevions l'information de façon facultative ou obligatoire, nous avons en tout cas le droit qu'elle ait trois qualités:

- *une information véridique.* La liberté d'informer est-elle aussi la liberté de mentir? Nous croyons au contraire que l'informateur a l'obligation de donner une information sincère, et même qu'il a l'obligation de s'assurer qu'elle est correcte, sans s'en tenir à sa conviction;
- *une information pertinente.* On a vu des toxicomanes demander un hébergement ou des élèves demander à parler de la drogue. Ces demandes quelquefois dissimulent une attente différente: c'est la formulation que le demandeur a cru recevable. Il faut vérifier si la réponse directe est celle qui convient le mieux. S'il convie un expert à donner l'information demandée, le professeur méconnaît peut-être le fait

que les élèves désiraient en réalité une relation de dialogue avec lui;

- *une information intelligible*. Une information n'est pas seulement un message matériellement repérable. C'est aussi quelque chose qui s'inscrit dans l'esprit de la personne qu'on informe et cela uniquement en fonction de ce qu'elle sait déjà ou est à même de comprendre. Il faut bien sûr un vocabulaire et une formulation qui soient accessibles en fonction de l'éducation du destinataire. Mais cela peut dépendre aussi de ses préoccupations de l'instant, de son état émotionnel, d'aspects qu'il cherche inconsciemment à occulter... Une personne qui appelle un service téléphonique n'attend pas nécessairement un discours technique. Un responsable politique ne peut rien faire d'un exposé scientifique. Ou alors, compte-on sur un langage savant pour impressionner? L'éthique de l'informateur comporte de savoir faire accepter et faire comprendre son message.

Des finalités différentes

La libre circulation – ou le libre refus de communiquer – devient obligation ou interdit en fonction de l'information dont il s'agit et de ce qu'il est possible d'en faire. Cela s'inscrit dans un réseau de personnes qui – à titre privé ou professionnel – savent, voudraient savoir, devraient savoir, ou encore doivent être interdites de savoir. Or, une même information peut être utilisée par des destinataires différents; et chacun de ceux-ci a peut-être à sa portée plusieurs utilisations. L'information peut être protégée, c'est-à-dire inaccessible à certaines personnes ou pour certains usages, alors qu'elle est permise et peut-être même nécessaire à d'autres. La solution – simple à énoncer, mais moins évidente à établir – consiste à séparer les utilisations et donc les transmissions. Sans tenter une description exhaustive, nous allons donner trois idées directrices et illustrer l'application par deux exemples.

Ce qui suit concerne essentiellement l'information relative aux personnes, alors que les paragraphes précédents visaient également l'information sur les produits et leurs propriétés, sur les

thérapeutiques disponibles et sur l'état général de la population, ainsi que l'activité des institutions.

Trois éléments pour une solution

Le principe de finalité

Ce principe s'est trouvé explicité, vers 1980, lors du développement des législations relatives au traitement informatique des données personnelles. Il est inscrit, du moins pour l'Europe, dans une convention de 1981² et réaffirmé, pour les pays de l'Union européenne, par une directive (24 octobre 1995). Quoique édicté pour les traitements informatisés, le principe semble d'une application bien plus large: la puissance des ordinateurs rend sa violation plus efficace donc menaçante, mais le même détournement existe pour des traitements «manuels» ou des transmissions orales. Et, au contraire, la puissance des ordinateurs fournit des outils de protection et de confinement propres à garantir le respect de ce principe.

Le principe énonce que les données personnelles ne doivent être recueillies qu'en vue d'une finalité explicite (et légitime) et n'être traitées que pour cette finalité. Le destinataire de l'information n'en fera que l'usage prévu: qui ne porte pas atteinte aux droits et intérêts de la personne concernée à moins qu'une telle atteinte réponde à des motifs d'intérêt public majeur (sécurité, santé publique, etc.) préalablement reconnus et inscrits dans la loi. De même, le premier destinataire de l'information ne la retransmettra pas, ou du moins cette transmission éventuelle restera compatible avec la finalité déclarée. Strictement entendu, ce principe voudrait aussi dire que, si une même information doit être utilisée à des fins différentes, il faudrait la recueillir autant de fois, séparément. En pratique, il est admis que plusieurs finalités soient associées dans un même recueil, pourvu qu'elles soient bien déclarées. Il est admis aussi qu'une réutilisation pour des fins non prévues initialement ait lieu: mais alors, dans un cadre de compatibilité stricte, sous le regard de l'autorité de contrôle ou avec une nouvelle information (et un nouveau consentement) des personnes concernées.

2. Convention pour la protection des personnes à l'égard du traitement automatisé des données à caractère personnel, STE n° 108.

Ce principe est complété par un principe de loyauté: les personnes sollicitées pour fournir l'information les concernant sont renseignées sur la personnalité du demandeur, la destination des données et la finalité du recueil et du traitement. Elles ont la faculté de consentir au recueil ou non; ou, s'il est obligatoire, elles sont informées de la base juridique. Si le recueil est fait auprès d'un tiers détenteur de l'information, les personnes concernées en sont averties. Elles ont aussi le droit de vérifier quelles données sont détenues sur elles et, le cas échéant, de les faire rectifier ou même effacer si ces données ont été enregistrées à tort. Enfin, des organes (autorités nationales de protection des données) reçoivent les pouvoirs nécessaires pour être informés des traitements et faire des contrôles, éventuellement pour donner les autorisations nécessaires ou demander des sanctions en cas de manquement.

L'habilitation et la séparation fonctionnelle

Lorsqu'une information peut être utilisée à la fois à des fins autorisées et à des fins non autorisées, une procédure formelle d'habilitation permet de n'y donner accès qu'aux personnes chargées de l'utilisation licite, à l'exclusion des autres. On connaît ainsi des données seulement communicables à un médecin, ou à un magistrat. Bien entendu, le bénéficiaire s'engage à ne pas répercuter l'information à des tiers non autorisés.

Mais il est des cas où le même destinataire a droit à une utilisation à la fois permise et interdite. Il lui faudrait une grande vertu pour s'en tenir à la première. Il se trouverait dans la situation du joueur de cartes qui, ayant vu par mégarde le jeu de son adversaire et voulant malgré tout être honnête, s'efforcerait de ne pas tenir compte de ce qu'il a vu. La solution consiste alors à organiser en entités distinctes les personnes ou services qui ont ou qui n'ont pas accès aux informations en cause.

Les outils de protection des données

Même lorsqu'on a des garanties juridiques telles qu'en offre le principe de finalité et lorsque les rôles sont clairement identifiés pour isoler les utilisations licites des autres, une communication normalement interdite peut néanmoins survenir: négligence, perte de documents, indiscretion de bonne foi ou

encore manœuvre d'un utilisateur non autorisé. Pour prévenir ce risque, des moyens matériels de sécurité existent: contrôle d'accès aux locaux et aux fichiers, codage ou données rendues anonymes et donc non interprétables par des tiers. Plus récemment, des algorithmes ont été mis au point pour crypter les identifiants et permettre le transfert ou l'appariement de données de provenances différentes, sans que le résultat de l'appariement puisse être connu de l'une ni de l'autre de ces différentes sources.

Ces divers outils permettent à la fois d'éviter des utilisations non permises et de mobiliser pendant les données pour les usages licites. Avoir à y recourir est donc une prescription à la fois technique et déontologique, permettant d'articuler différents usages licites de l'information avec le respect des personnes.

Deux exemples de conciliation d'objectifs

Le dépistage

Légitimement, les employeurs aussi bien que les responsables de la sécurité publique ont le souci de ne pas affecter des usagers de drogues à des tâches où ils risqueraient d'être dangereux pour eux-mêmes, leurs collègues ou des passagers. Cela étant, la même information peut servir de base à d'autres décisions (embauche, rémunération, etc.). Elle peut aussi les stigmatiser aux yeux de collègues ou de clients, autant de préjudices inacceptables. Faut-il autoriser l'employeur à pratiquer des tests de dépistage, afin de prévenir les risques indésirables et accepter comme une contrepartie inévitable les discriminations incidentes; ou bien empêcher tout dépistage, pour protéger la personne, son intimité et sa dignité, quitte à accepter un risque d'accident? Le propos n'est pas ici d'opter entre ces objectifs contradictoires, ni même de proposer une solution qui les concilie de façon satisfaisante. Il s'agit seulement de signaler qu'une séparation fonctionnelle assortie d'une confidentialité de l'information pourrait permettre cette conciliation. Par exemple, une personne spécialement accréditée (médecin du travail, laboratoire agréé) pourrait être autorisée à pratiquer le test, tout en étant tenue d'en garder le résultat

confidentiel; mais elle donnerait un avis d'aptitude à telles ou telles fonctions, sans avoir à en donner le motif.

Toutefois, pour préserver justement la confidentialité du résultat du test, il faudrait qu'y soient soumises non seulement les personnes «suspectes» désignées par l'employeur, mais une catégorie plus large de travailleurs, et que la certification d'aptitude repose sur divers critères (physiques ou psychologiques), de façon que l'avis de non-aptitude ne permette pas d'inférer le résultat du test.

La recherche

La convention du Conseil de l'Europe de 1981, comme la directive de 1995 de l'Union européenne et les législations nationales correspondantes accordent une protection renforcée aux données personnelles dites «sensibles» (convictions, appartenance ethnique, santé et condamnations). Hormis des conditions d'intérêt public très restrictives, leur recueil est soumis au consentement exprès des intéressés.

A côté d'une utilisation directe de l'information la concernant, pour soigner ou pour sanctionner la personne en cause, le recueil de données sur la consommation de drogues est utile pour la recherche sur les conduites «addictives» et sur l'expansion du phénomène. En effet, outre le respect des droits de la personne, les citoyens ont droit à une bonne administration, fondée sur une appréciation exacte des phénomènes, donc sur une recherche elle-même correctement fondée. Cette finalité scientifique exclut un effet direct sur la personne concernée par les données, puisqu'il ne s'agit que d'établir des résultats anonymes et de portée générale. Un intérêt public évident s'attache à de tels travaux, dans l'optique même de la lutte contre la toxicomanie, puisque le but est de doter les professionnels et les responsables politiques des moyens de suivre le phénomène et d'agir sur lui. Pourtant, cet intérêt public n'est pas toujours reconnu comme dispensant du consentement exprès. On a donc une contradiction entre des objectifs de protection de la personne et un objectif d'intérêt public. La séparation fonctionnelle – entre les thérapeutes et les policiers, d'une part, et les chercheurs, d'autre part – ne suffit pas puisque les dispositions légales, ou du moins l'interprétation qu'en donnent les

autorités de contrôle, s'opposent au traitement de ces données³. En effet, la condition de consentement exprès est inopérante pour deux raisons qui se cumulent. Premièrement, le caractère clandestin de la drogue rend méfiant le toxicomane et du reste aussi toute personne de son entourage: même si on lui dit que l'information ira au seul chercheur ou statisticien, il ne consentira pas. D'autre part, la consommation de drogues perturbe la personnalité et il est problématique d'obtenir un consentement authentique: ou celui-ci n'est pas obtenu et la recherche ne peut se faire, ou il est obtenu sans que la personne ait vraiment conscience de ce à quoi elle consent, ce qui peut ne pas être considéré comme éthique.

Or cette protection renforcée des données sensibles se justifie tout à fait pour que la personne veille par elle-même à ce qui pourrait lui advenir, mais cela devient sans objet lorsque les données sont utilisées de façon statistique dans un travail scientifique. Le législateur, en posant cette exigence de consentement, entendait éviter des utilisations préjudiciables. Mais il ignorait sans doute les possibilités techniques de protection apparues plus récemment, de même qu'il n'était pas averti du caractère illusoire d'une formalité de consentement dans le cas d'un toxicomane. Il semble que l'obstacle pourrait être contourné sans aucun préjudice aux personnes – et, dans le champ qui nous occupe, les individus méritent peut-être une protection encore plus attentive de leurs droits et intérêts – si le statisticien ou le chercheur pouvait être spécialement accrédité, dans le cadre d'une investigation bien circonscrite, pour recueillir les données sans consentement formel, mais en offrant toutes garanties de loyauté, d'innocuité et de confidentialité, à charge pour lui d'utiliser les outils matériels et logiciels qui ont également été évoqués.

La question du droit à l'information ne s'analyse pas dans les termes simples où la Convention européenne des Droits de l'Homme semble les poser, car elle s'inscrit dans tout un jeu d'acteurs aux logiques et finalités très diverses où se croisent le respect d'autres droits et légitimités. La faculté de recevoir comme celle de communiquer de l'information se change alors

3. L'auteur de ces lignes a bien évidemment plus particulièrement en tête la situation française, où la loi « Informatique et libertés » vient d'être modifiée pour transposer en droit interne la directive communautaire de 1995. La difficulté exposée ici est éventuellement moins forte selon les pays européens. La présente discussion peut toutefois montrer le genre de problématique qui se pose et la façon dont des voies de solution peuvent être recherchées.

parfois soit en interdiction ou au contraire en obligation. Mais la pluralité des usages possibles d'une même information peut conduire à une contradiction entre transmission interdite et transmission souhaitable. Ces conflits de valeurs et d'objectifs appellent une délibération et des solutions que la loi n'organise pas totalement.

Sans tenter une revue exhaustive des problèmes qui peuvent se rencontrer, un certain nombre d'entre eux ont été évoqués ici pour montrer comment ces conflits de valeurs surgissent, comment les conflits d'attribution demandent à être réglés. Quelques éléments conceptuels ont été proposés pour formuler ces problèmes et mieux éclairer les solutions. Il est vain, en effet, d'espérer que des solutions puissent être complètement, universellement et définitivement satisfaisantes. Aussi est-il plus important de se donner le moyen de traiter ces problèmes sans cesse renaissants. Ce qui est dit là concerne peu ou prou toutes les questions d'éthique, et en particulier toute l'éthique de l'information. Mais le domaine de la toxicomanie est sans doute l'un de ceux où les choix restent le plus ardu.

Prévention et éducation

par Richard Ives

Ce chapitre porte sur la «prévention primaire», c'est-à-dire la prévention visant à dissuader les individus de commencer à faire usage de la drogue ou à retarder le moment où ils commenceront, et non sur la «prévention secondaire» (aider les toxicomanes à décrocher ou à adopter des pratiques moins dangereuses) ou la «prévention tertiaire» (qui vise à mettre un terme à l'abus de drogues ou à en atténuer les conséquences). Il sera donc surtout question de la prévention axée sur les jeunes, la cible principale de la prévention primaire.

«Protection» et «droits»

La question de la réduction du danger, en particulier pour les jeunes, peut être abordée selon deux approches: l'une fondée sur la notion de protection, l'autre sur les droits. Toutes deux ont une base éthique solide, mais depuis quelques années on constate une forte tendance à s'écarter de la première approche au profit de la deuxième. La Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, adoptée à l'unanimité par l'Assemblée générale en 1989, a marqué un tournant décisif dans cette évolution.

La convention a néanmoins conservé la notion de «protection». Ainsi, l'article 33 porte sur les questions de toxicomanie:

«Les Etats Parties prennent toutes les mesures appropriées, y compris des mesures législatives, administratives, sociales et éducatives, pour *protéger* les enfants contre l'usage illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, tels que les définissent les conventions internationales pertinentes, et pour empêcher que des enfants ne soient utilisés pour la production et le trafic illicites de ces substances¹.» [italique de l'auteur]

Dans une perspective de «protection», on peut affirmer qu'il est éthique pour la société de protéger les enfants contre les effets de l'abus de drogues. Les drogues sont tellement répandues et faciles à se procurer, et leurs effets tellement nocifs, que la

1. Le texte de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant ainsi que des informations supplémentaires sont disponibles sur le site www.unicef.org/french/crc/convention.htm

société doit prendre des mesures spéciales pour protéger les citoyens – et en premier lieu les jeunes – contre leurs dangers.

Ce raisonnement se fonde notamment sur la spécificité et la gravité des dangers des drogues. Cela étant, certains soutiennent que les dangers des drogues illicites et illégales – par rapport à ceux d'autres activités tolérées par la société – ne sont pas si démesurés et que les tenants de la «protection» les exagèrent. Par exemple, la consommation d'alcool et l'usage ou l'abus de médicaments sur ordonnance sont à l'origine de plus de décès que les drogues illégales.

Il n'en demeure pas moins que la société se doit de protéger ses citoyens contre les actions des autres. Si l'abus de drogues conduit des individus à agir d'une manière qui risque de nuire à autrui, des mesures de protection sont justifiées sur le plan éthique. Ainsi, par exemple, le dépistage des drogues sur le lieu de travail, qui vise à empêcher les employés consommant des drogues de faire courir un risque à leurs collègues ou au public, pourrait se justifier comme stratégie de prévention. Mais que faut-il faire lorsque l'usage de drogues n'a pas d'effet sur le comportement professionnel ou sur la sécurité? Ou lorsque les drogues peuvent être détectées par un test, mais n'ont pas d'effets psychoactifs pendant le temps de travail parce qu'elles ont été prises à l'extérieur? Ces points seront traités dans un autre chapitre, consacré au dépistage sur le lieu de travail, mais il est important de noter ici que l'idée de protéger certaines personnes peut se heurter aux «droits» des toxicomanes de consommer de la drogue: même s'il enfreint la loi, on peut faire valoir que cela ne concerne pas directement l'employeur.

Un des dangers spécifiques des drogues est que certaines d'entre elles entraînent une dépendance ou «addiction», ce qui pourrait être une bonne raison, sur le plan éthique, d'aborder les questions de drogue du point de vue de la «protection». Il est vrai que de nombreux pays imposent aux personnes dépendantes à la drogue un traitement obligatoire, en avançant parfois comme argument qu'elles ne sont plus capables de prendre les décisions allant dans le sens de leurs intérêts. La

question du traitement obligatoire est abordée dans d'autres chapitres.

Cependant, tout comme le fondement éthique de la prévention, la notion de «dépendance» pose question. Certains experts mettent en doute l'existence de la version médicalisée de ce concept et l'on a des raisons de penser que des individus au patrimoine génétique différent (ou qui, outre une certaine série de gènes, ont un vécu particulier) peuvent avoir des prédispositions différentes à la dépendance aux drogues.

D'autres types de comportement, comme celui des joueurs compulsifs, se rapprochent de celui des personnes dépendantes à la drogue. Ces comportements donnent à penser que le problème de l'«addiction» n'est pas totalement inhérent aux substances chimiques, mais qu'il est également lié au choix du mode de vie des personnes dépendantes. Cela signifierait qu'il serait peut-être plus indiqué, en terme de prévention, d'aider les personnes dépendantes à éviter certains comportements au lieu de les empêcher de faire usage des drogues. Cela supposerait une démarche participative qui associerait les intéressés au lieu de les protéger.

Certains auteurs assimilent la prévention de la toxicomanie à la vaccination; selon eux, il faudrait traiter l'abus de drogues comme une maladie infectieuse et protéger tous les enfants. Mais un raisonnement par analogie constitue souvent un raisonnement faible, et assimiler l'abus de drogues à une maladie n'a pas de sens. En tout état de cause, nous n'avons pas de «vaccin».

Même si l'on est d'accord sur ces points, il y aurait une raison particulière, sur le plan éthique, de protéger les enfants et les jeunes contre l'abus de drogues, à savoir leur immaturité – physique, intellectuelle et émotionnelle – et leur inexpérience, et par conséquent leur plus grande vulnérabilité potentielle aux problèmes liés à la drogue.

Efficacité des activités de prévention de la toxicomanie

Etant donné que la prévention de la toxicomanie a une justification éthique, comment optimiser sa mise en œuvre?

Premièrement, il faut souligner que les données sur l'efficacité des activités de prévention de la toxicomanie sont limitées. Ces données – surtout en Europe, par rapport à l'Amérique du Nord – sont peu nombreuses. Au Royaume-Uni, la Health Development Agency a analysé les données pour l'année 2003 et a conclu que «l'impact des programmes de prévention de la toxicomanie [...] n'a pas été suffisamment étudié» (Canning *et al.*, 2003).

Lorsque des données sont disponibles, elles ne permettent pas de conclure réellement à l'efficacité. Par exemple, l'analyse systématique par White et Pitts de l'efficacité des programmes de prévention a montré que l'impact des interventions évaluées était limité et que leurs avantages s'estompaient avec le temps. Il ressort également que les opérations visant des groupes difficiles à atteindre n'ont pas été suffisamment évaluées (White et Pitts, 1998).

Certains commentateurs ont laissé entendre que les programmes de prévention n'utilisaient pas les ressources de façon rationnelle. Ainsi, les auteurs d'une étude internationale sur la politique de l'alcool font observer que «l'impact des programmes d'éducation et de persuasion, le plus souvent, est faible. Lorsqu'il y a des effets positifs, ceux-ci ne durent pas»; et l'éducation préventive ne figure pas dans les dix principales options de la politique de lutte contre l'abus d'alcool (Alcohol and Public Policy Group, 2003). De ce point de vue, on pourrait considérer qu'il est contraire à l'éthique de détourner des ressources de programmes peut-être plus efficaces dans la vie des jeunes pour les affecter à des activités de prévention qui le sont moins.

Drogues licites et illicites

La référence à l'alcool est là pour rappeler que, si le présent ouvrage met l'accent sur les drogues illégales et licites, il faut tenir le plus grand compte, en examinant ces questions, du statut légal et social différent accordé à diverses substances psychotropes, et par conséquent des différentes approches préventives mises en œuvre.

Ainsi, alors que certains types de substances psychotropes – la caféine par exemple – sont tolérés, voire encouragés, d'autres sont interdits et leur usage passible de sanctions. Il peut y avoir de bonnes raisons de faire une distinction entre les différentes substances: des raisons scientifiques et médicales (certaines substances sont plus nocives que d'autres); des raisons historiques (certaines drogues, comme le tabac, seraient certainement interdites si elles faisaient leur apparition aujourd'hui, car leur nocivité n'était pas évidente lorsqu'elles sont devenues accessibles) ou l'existence d'accords internationaux (les conventions des Nations Unies sur les drogues ont défini la liste des drogues figurant dans les accords).

Or ces distinctions ne sont pas toujours perçues par les cibles des activités de prévention, en particulier les jeunes, dont beaucoup n'apprécient pas que les adultes leur dictent ce qu'ils devraient faire. Les jeunes sont particulièrement sensibles à ce qu'ils considèrent comme l'hypocrisie des adultes et se plaisent par conséquent à souligner «l'injustice» de la distinction en vertu de laquelle «leurs drogues» (cannabis, ecstasy, etc.) sont illégales, tandis que les «drogues des adultes» (alcool et tabac) sont légales.

Une conséquence pratique est que la position apparemment éthique des adultes sur les «méfaits de l'abus de drogues» a peu de chance de dissuader les jeunes de consommer des drogues illégales. Les usagers de drogues illégales sont conscients du caractère discutable de la justification éthique et morale de la classification actuelle des drogues – et par là même d'une grande partie des activités de prévention. Il est donc peu probable que les efforts de prévention de la toxicomanie reposant sur des considérations morales donnent des résultats.

Les campagnes «Just say no» et autres approches négatives de la prévention

Voilà qui explique l'échec des campagnes appelant les jeunes à «simplement dire non aux drogues». Si ces campagnes ont un impact marginal sur ceux qui auraient de toute façon dit «non», elles sont restées sans effet sur ceux qui, nombreux, considèrent l'usage des drogues comme un choix possible.

Les campagnes de prévention, dont le seul argument est un message «moral» du type «ne consommez pas de drogues parce que ce n'est pas bien», sont non seulement inefficaces, mais contraires à l'éthique. Il est demandé aux jeunes de faire une chose qui – pour certains d'entre eux – semble très difficile et qui suppose certaines capacités, et pourtant les campagnes simples fondées sur la morale ne proposent pas de stratégie efficace. On peut être sûr, avec des approches de ce genre, qu'un certain nombre de jeunes ne feront pas ce que la société leur demande.

Implicitement, ces approches reposent sur l'idée que ce qui est «bien» peut être décidé par ceux qui détiennent l'autorité. Mais beaucoup de jeunes s'opposent à cette idée, parmi lesquels les plus acharnés sont peut-être ceux le plus tentés par la drogue. Comme l'énonce la recommandation des pouvoirs publics britanniques de 1995 adressée aux établissements scolaires du Royaume-Uni, les jeunes devaient être «encouragés à refuser des drogues parce qu'ils estiment que c'est bien pour eux, et non parce qu'on leur a dit de "dire non".» (Department for Education and Employment, 1995)

La prévention de la toxicomanie fondée sur l'information et les compétences

Les approches de la prévention fondée sur les compétences sont plus éthiques, et peut-être plus efficaces. Elles visent à donner aux jeunes les compétences qui leur permettront d'éviter de toucher à la drogue et partent de l'idée suivante: si exhorter les jeunes à ne pas consommer de drogues est inefficace, il en va de même pour les approches purement informatives, qui consistent à donner aux jeunes des connaissances sur les drogues et sur leurs effets, en espérant que cela suffira à des fins de prévention.

Là encore, on constate que l'information seule ne suffit pas pour modifier un comportement. Cela ne remet pas en cause l'importance de l'information, qui devrait même être considérée comme un droit, conformément à l'article 17 de la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant, énonçant notamment le droit de l'enfant d'avoir «accès à une information

et à des matériels provenant de sources nationales et internationales diverses...».

En revanche, l'acquisition par les jeunes de compétences – comment dire non, par exemple, lorsqu'on leur propose de la drogue – leur permettant de vivre plus pleinement leur vie de façon à ce qu'ils n'éprouvent plus le besoin de prendre de la drogue pour se sentir bien, contribue plus efficacement à réduire l'usage de drogues.

Le contexte de la prévention de la toxicomanie

Cela soulève toutefois la question de la finalité de la prévention primaire. On considère généralement qu'elle a pour but d'empêcher des individus de commencer à consommer de la drogue ou du moins de retarder le moment où ils commenceront, en attendant qu'ils soient plus âgés et puissent prendre des décisions plus réfléchies. La prévention de la toxicomanie se fait en grande partie dans les écoles et s'inscrit dans un contexte éducatif. Mais est-ce à l'éducation d'empêcher les individus d'accomplir certains actes?

L'éducation dite «libérale» consiste à enseigner aux jeunes ce qu'est la culture et à les aider à développer leur faculté de compréhension et leur sens critique; son but n'est pas de leur apprendre à ne pas faire telle ou telle chose. C'est pourquoi certains enseignants sont opposés au rôle de prévention de la toxicomanie assigné au système éducatif; ils insistent sur le fait que leur travail est d'informer et d'aider les élèves à examiner de façon critique la question de la drogue. Que les élèves décident ou non d'essayer une drogue reste leur affaire, et non celle de l'établissement d'enseignement.

Ainsi, un organisme gouvernemental britannique a, par exemple, proposé les objectifs suivants en matière d'éducation antidrogue pour des adolescents âgés de 14 à 16 ans:

- étudier les facteurs historiques, culturels, politiques, sociaux et économiques liés à la production, à la distribution et à l'usage de drogues dans le monde;
- comprendre que la société britannique est une société consommatrice de drogues et connaître les différents types

d'usage et leurs effets, par exemple la transmission du VIH du fait du partage des seringues, les effets nocifs sur le fœtus de tous les types d'usages de drogues;

- reconnaître que les individus sont responsables de leur choix en matière d'usage de drogues;
- être capable d'analyser les niveaux de consommation sans danger: par exemple, l'usage du tabac n'est jamais sans danger, la consommation limitée d'alcool peut l'être;
- étudier l'influence des médias sur les attitudes à l'égard des drogues, en particulier du tabac et de l'alcool;
- être capable de communiquer efficacement et en toute confiance avec ceux qui administrent un traitement.

(National Curriculum Council, 1990)

Ces objectifs sont résolument éducatifs plutôt que préventifs, et l'on peut donc difficilement dire qu'ils se situent hors du champ de l'éducation scolaire.

La prévention de la toxicomanie n'a pas été seulement attaquée au niveau des objectifs – considérés comme mal inspirés et non éducatifs; sa mise en œuvre a été elle aussi critiquée. Pour certains, la plupart des activités de prévention dans les écoles relèvent de la «propagande et non de l'éducation». Selon eux, ces approches viseraient à:

«censurer l'information, exagérer les dangers, limiter les échanges de vue, perpétuer les stéréotypes et dire aux jeunes ce qu'ils doivent penser. Cela décourage la prise de décision éclairée et augmente la probabilité que les jeunes ressentent l'éducation antidrogue comme inutile, qu'ils aient l'impression d'être traités avec condescendance, qu'on ne leur dise pas la vérité ou qu'on ne leur présente pas un tableau équilibré». (Cohen, 2002)

Ces critiques voudraient que l'éducation antidrogue développe par exemple «les aptitudes des individus à préserver leur estime de soi lorsque celle-ci est menacée, leur disposition à chercher de l'aide, à examiner systématiquement et avec compétence les questions de santé toutes les fois que des activités intéressantes, mais dangereuses, sont envisagées [...] les aptitudes à la communication pour qu'il y ait moins de conflits

avec les parents [...]» (King, 2002). Ce type d'approche correspond davantage aux objectifs de l'éducation libérale.

L'éducation antidrogue à l'école, telle qu'elle apparaît généralement conçue, est également en butte à l'accusation selon laquelle elle ignorerait délibérément les droits des jeunes. Comme le souligne un autre critique,

«l'éducation antidrogue ne devrait pas du tout avoir pour objectif la réduction de la demande – elle devrait faire partie du droit de l'enfant à l'éducation, d'un processus global lui permettant de faire l'apprentissage du monde qui l'entoure, d'analyser, de comprendre et d'agir dans ce monde. L'éducation antidrogue, comme toute éducation, est un droit et non une initiative» (Evans, 2002).

Le principal point de désaccord est donc le suivant: le rôle des professionnels de l'éducation est-il de faire de la prévention en ce qui concerne la toxicomanie ou de s'assurer – comme ils le font dans d'autres domaines – que le sujet est compris? Il ne s'agit évidemment pas pour les enseignants de se décharger de la responsabilité d'alerter des jeunes sur les dangers de la drogue. Après tout, on parle des risques dans d'autres disciplines: il serait irresponsable de la part d'un professeur d'éducation physique de ne pas attirer l'attention des élèves sur les risques associés à la pratique de différents sports.

L'idée est ici que les résultats de l'éducation antidrogue – non de la prévention de la toxicomanie – devraient être mesurés comme le sont ceux des autres disciplines scolaires. Demander aux écoles de faire baisser la consommation de drogues grâce à l'éducation antidrogue revient à vouloir évaluer l'efficacité de l'enseignement de l'œuvre de Shakespeare par la baisse des ventes des romans à l'eau de rose (*ibid.*).

La question du ciblage

Si le lieu de prédilection pour la prévention de la toxicomanie reste l'école, ce n'est pas le seul.

On s'intéresse beaucoup au groupe cible considéré comme particulièrement vulnérable à l'abus de drogues et pouvant être «difficile à atteindre». Ce sont notamment les jeunes très

souvent absents de l'école, se livrant à des actes de délinquance, issus de familles éclatées, ou dont les parents sont eux-mêmes toxicomanes.

Ces programmes ont l'avantage de s'attaquer aux problèmes à un stade précoce et d'orienter plus efficacement les ressources là où elles sont le plus nécessaires.

Les inconvénients sont la difficulté d'identifier les enfants qui auront des problèmes, mais aussi le danger de mettre l'accent sur l'individu et d'ignorer le contexte social qui a influencé son comportement. Il y a aussi le risque de cataloguer et de stigmatiser les jeunes à cibler, ce qui soulève des questions empiriques quant aux «prophéties qui s'accomplissent elles-mêmes» et des questions d'éthique, par exemple sur l'opportunité de «traiter» des personnes ne présentant encore aucun signe de «maladie».

Se pose également la question de la résistance croissante des jeunes à l'égard des messages de prévention. Il semblerait, en effet, qu'aux yeux d'une grande partie des jeunes l'usage des drogues illégales se soit «banalisé». Cela ne signifie pas que «tout le monde se drogue», mais que les jeunes qui ne prennent pas de drogues sont très tolérants à l'égard de ceux qui en consomment. Cela implique également qu'une grande partie des jeunes qui n'ont jamais pris de drogues se voient néanmoins exposés à leur usage (du fait qu'ils côtoient ceux qui en prennent). Comme le font remarquer les chercheurs,

«les drogues font partie de la vie des jeunes, indépendamment du fait qu'ils en consomment eux-mêmes ou non [...] Les drogues, que les jeunes considèrent comme un aspect de leur vie, ne font pas partie des questions essentielles. Pour la plupart d'entre eux, elles ont très peu d'importance ou font partie de l'expérience banale» (Hirst et McCamley-Finney, 1994).

Cibler les jeunes qui sont vulnérables signifie que ceux-ci recevront des divers professionnels travaillant avec eux des messages de prévention; or, il semblerait que ces jeunes soient de moins en moins réceptifs à ce qu'ils considèrent comme des messages rabâchés, inutiles et inexacts sur les drogues. De leur point de vue, l'accent sur l'aspect prévention ne sert à rien, car il supplante d'autres interventions qui pourraient mieux passer

auprès d'eux. Etant donné que beaucoup connaissent des problèmes multiples, on pourrait considérer qu'il est contraire à l'éthique de se focaliser sur le problème que les jeunes considèrent comme le moins important.

Qui plus est, il se peut que la théorie qui sous-tend un grand nombre de ces programmes, et qui repose sur la notion de «mal-être» soit fautive. Comme le souligne un groupe de chercheurs:

«les hypothèses sur les mécanismes qui conduisent à consommer de la drogue sont erronées. La plupart des personnes qui prennent de la drogue le font pour des raisons qui n'ont rien à voir avec un quelconque trouble psychologique ou une incapacité à résister à la pression de l'entourage [...] Une éducation antidrogue ne se réclame que de théories simplistes du mal-être donc vouées à l'échec». (Coggan et McKellar, 1994)

La prévention de la toxicomanie dans les médias

Si le ciblage pose des problèmes théoriques, pratiques et éthiques, pourquoi n'essaie-t-on pas de toucher tout le monde? Les pouvoirs publics ont multiplié les tentatives, de la publicité dans les médias à la diffusion de brochures à grande échelle, en passant par des sites web et d'autres initiatives, pour essayer de diffuser largement le message de la prévention de la toxicomanie. Ces adultes ont été une cible d'élection. Comme le dit la déclaration de principe de 1995 du Gouvernement britannique,

«les écoles ne peuvent à elles seules résoudre le problème de la drogue. Les jeunes sont également influencés par leurs parents, les médecins, les médias, d'autres professionnels et par leur entourage. Par conséquent, il est important que tous ceux qui sont au contact des jeunes, que ce soit dans un environnement formel ou informel, disposent d'informations exactes sur les drogues, qu'ils soient encouragés et se sentent capables de faire passer un message de prévention efficace et cohérent». (UK Government, 1995)

De nombreuses campagnes ont été axées sur les parents, car il y a des raisons de penser que ceux-ci peuvent jouer un rôle essentiel dans la prévention de la toxicomanie. Mais les médias sont surtout efficaces lorsqu'il s'agit de diffuser des messages

de portée générale, et non les informations nuancées précises dont ont besoin les parents pour aborder les questions de drogue avec leurs enfants.

De telles campagnes peuvent donc avoir pour effet regrettable d'accroître l'anxiété de ces parents inquiets si elles ne leur apportent pas des informations ou un soutien leur permettant de jouer un rôle utile.

Il a été dit aussi que les pouvoirs publics trouvent parfois commode d'utiliser les médias pour cristalliser les craintes de l'opinion publique autour de certains problèmes sociaux, car ils ont ensuite une justification pour prendre des mesures antidémocratiques, comme la répression de certains groupes – par exemple les immigrés – associés dans l'esprit de certains aux problèmes de drogue.

Elargir la perspective

Pour certains critiques plus radicaux, l'abus de drogues est une réaction au problème de la société actuelle – qu'il s'agisse de l'intensité du stress auquel sont soumis les jeunes, du manque de possibilité d'emploi ou de loisirs satisfaisants. Comme le fait remarquer Irvine Welsh²:

«à mon sens, le principal problème est que tant de gens font usage de drogues négativement, pour fuir autant qu'ils le peuvent l'horreur et l'ennui de la vie ordinaire, et non positivement, comme une expérience enrichissante. Voilà le véritable crime, le véritable problème: que tant de gens trouvent que la vie ordinaire, dans notre société, a si peu à leur offrir».

Pour ces critiques, l'enjeu fondamental, du point de vue éthique, consiste à s'attaquer aux causes profondes de l'abus de drogues et non d'essayer de le prévenir. Ils soutiennent que si l'on traitait ces causes, il n'y aurait peut-être pas de diminution de l'usage expérimental de drogues, mais assurément une baisse de la consommation à risque, puisque celle-ci est une réaction à des circonstances difficiles. Cette approche protégerait la minorité vulnérable tout en reconnaissant à la majorité le droit d'essayer des drogues.

2.
Irvine Welsh, romancier écossais, auteur de *Trainspotting*.

Améliorer la situation de ceux qui connaissent de très graves problèmes personnels ou qui vivent dans des conditions épouvantables reste un impératif éthique. Mais diverses raisons empiriques nous font supposer que cela n'aurait pas automatiquement un effet positif sur les problèmes de toxicomanie. La motivation à se tourner vers la drogue et la propension à connaître des problèmes de drogue ne sont pas liées simplement à des situations sociales ou personnelles. On sait aussi qu'existe une relation entre le nombre de personnes qui font un usage expérimental de drogues et le nombre de celles qui connaissent des problèmes de drogue. Plus ceux qui essaient des drogues sont nombreux, plus il y a d'usagers à problèmes.

La prévention de la toxicomanie n'est pas une entreprise facile et des points de vue divergents mais tous sincères conduisent à des approches différentes. Bien que l'on constate dans tous les pays un large consensus sur la justesse des approches actuelles, peu de preuves empiriques de leur efficacité existent et l'on constate une certaine résistance aux pressions exercées sur les établissements scolaires et autres services s'occupant des jeunes pour qu'ils fassent de la prévention.

De nouveaux enjeux éthiques complexes se poseront à l'avenir. On peut imaginer, par exemple, une véritable vaccination contre la drogue, qui permettrait au système immunitaire d'identifier une molécule de cocaïne comme étant un corps étranger sur lequel se fixeraient des anticorps. La molécule deviendrait alors trop volumineuse pour traverser la barrière hémato-encéphalique, ce qui empêcherait l'état d'euphorie lié à la cocaïne. Serait-il éthique d'administrer ce traitement à un enfant? Ce dernier ne deviendrait jamais cocaïnomane, mais ne connaîtrait jamais non plus l'état d'euphorie provoqué par la cocaïne. Autre possibilité envisageable si une prédisposition génétique à la dépendance était mise en évidence: on pourrait envisager une thérapie génique préventive. Ces défis futurs ne manqueront pas de susciter de nouvelles et délicates questions d'éthique.

Bibliographie

Alcohol and Public Policy Group, «Alcohol: no ordinary commodity. A summary of the book», in *Addiction*, 98, 2003, pp. 1343-1350.

Canning, U., Millward, L. et Raj, T., *Drug use prevention: a review of reviews* (evidence briefing summary), Health Development Agency, Londres, 2003.

Coggans, N. et McKellar, S., «Peer pressure: a convenient explanation», in *Druglink*, novembre-décembre 1994, pp. 16-18.

Cohen, J., «Just say – “Oh no, not again”», in *Druglink*, juillet-août 2002, pp. 13-14.

Department for Education and Employment, «Drug prevention and schools», in *Circular 5/95*, DfEE, Londres, 1995.

Evans, K., «Drug Education: teach or treat?», in *Druglink*, juillet-août 2002, pp. 18-20.

Hirst, J. et McCamley-Finney, A., *The place and meaning of drugs in the lives of young people*, Health Institute Report, n° 7, Sheffield Hallam University, 1994.

King, A., «Measure for Measure», in *Druglink*, juillet-août 2002, pp. 15-17.

National Curriculum Council, in *Curriculum guidance 5*, Health Education York, 1990.

UK Government, *Tackling drugs together* (White Paper), House of Commons, Londres, 1995.

White, D. et Pitts, M., «Educating young people about drugs: a systematic review», in *Addiction*, 93, 10, 1998, pp. 1475-1487.

La médecine intensive dans les Etats à économie faible

par Oto Masar

D'après la loi, le médecin doit dispenser des soins médicaux correspondant à l'état des connaissances de la science médicale, ce qui signifie qu'il est tenu d'utiliser, à des fins de diagnostic et de traitement, toutes les possibilités que lui offre la médecine. Il faut apporter des correctifs à l'application de cette loi en fonction du lieu de travail, de l'équipement, du savoir et de l'expérience du médecin, ou bien des conditions inhabituelles dans lesquelles il peut être amené à donner des soins. Aujourd'hui, l'aspect économique joue un rôle primordial, mais cela n'exonère pas le médecin de l'obligation d'une démarche conforme aux règles de l'art – et ce, non seulement sur le plan éthique, mais aussi sur le plan juridique.

Le médecin se trouve alors dans une situation complexe, car il doit faire face à des demandes contradictoires:

- la loi l'oblige à utiliser toutes les possibilités et tous les moyens de la médecine pour protéger la santé du patient, et ne prévoit aucune exception à cette obligation;
- son supérieur hiérarchique peut, par un règlement, réduire cette obligation et définir une démarche qui ne correspond pas à la conception du médecin. Dans les pays à transformation lente (la chute du mur de Berlin n'est pas si loin), où les responsables des systèmes de santé ont été entièrement formés sous le régime totalitaire), des règles émanent du «spécialiste principal», qui parfois ne correspondent pas à celle du médecin, ce qui crée chez celui-ci un conflit médico-éthique. Le «spécialiste principal» a le «monopole» de la vérité pour un problème médical et lui seul peut décider s'il doit faire appel à des conseillers. Le rôle de l'Ordre des médecins est problématique dans ces pays parce que l'héritage totalitaire assure la loyauté à «l'équipe» qui règne;
- le remboursement des actes aux hôpitaux par les caisses d'assurance est le deuxième facteur qui influence et modifie les soins.

Cette situation n'est pas satisfaisante. Lorsque le système de santé aura été modifié et que les décisions dépendront des limites des ressources financières, il faudra songer à l'améliorer.

Une situation difficile

Une des solutions juridico-éthiques est d'inculquer à tout le personnel médical l'idée selon laquelle le citoyen a droit au traitement qui correspond à son état de santé dans les limites des ressources financières disponibles à un moment donné. Ces limites déterminent et définissent ensuite les autres mesures des organismes compétents. Paradoxalement, ces limites ne sont ni éthiques ni législatives. Le point de vue économique ne respecte pas le droit du citoyen à un traitement correspondant à l'état des connaissances et empêche le médecin d'exercer au seul profit du patient en respectant l'obligation médico-éthique. Une solution pourrait consister à adopter des normes pour les soins médicaux, qui permettraient d'harmoniser les demandes des caisses d'assurance avec celles des représentants de la médecine et aideraient le médecin à décider de la démarche de soins. Du point de vue médico-législatif, il s'agirait d'établir un minimum infranchissable, qui serait fourni au patient dans des cas concrets. Mais aucune norme ne peut exiger le droit d'agir «*lex artis*», selon les règles de l'art, et de considérer automatiquement leur non-respect comme non «*lege artis*». Au contraire, toutes les fois qu'un cas concret exige, dans l'intérêt du patient, une démarche différente des normes, le médecin est obligé de l'utiliser. Personne ne peut soustraire le médecin à l'obligation de décider librement de la démarche la plus appropriée en prenant en considération tous les éléments propres au cas concret.

Le respect des règles est plus facile quand le médecin travaille individuellement, mais les soins intensifs sont une activité collective, et les options éthiques du médecin et de l'individu sont confrontées à la réalité du travail en équipe.

Jusqu'aux années 1960, le principe dominant a été le serment d'Hippocrate, selon lequel le pilier de l'éthique professionnelle est de faire du bien au patient et d'éviter des démarches qui

pourraient lui être néfastes. Dans ces approches, le pronostic de l'état global du patient n'était pas pris en considération.

Dans la deuxième partie du XX^e siècle, les conditions médico-éthiques et juridiques ont beaucoup changé, sous l'effet de plusieurs facteurs:

- les soins au patient sont devenus un travail d'équipe. Le traitement n'est plus décidé par une seule personne, mais par plusieurs;
- le patient est libre d'accepter ou non les soins médicaux, car dans le processus de traitement se trouve intégré le consentement éclairé ou le refus;
- les soins médicaux coûtent de plus en plus cher, et il faut donc, surtout pour les soins intensifs et la réanimation, entreprendre un traitement uniquement dans les cas où il est utile et dans des limites raisonnables;
- les soins au patient critique et sa réintégration éventuelle nécessitent en général des soins à tous les stades – des soins intensifs aux soins médico-sociaux. Les aspects économiques sont plus importants en médecine intensive que dans les autres disciplines, qui ne sont pas aussi coûteuses. Ces aspects représentent du point de vue éthique la justesse de la distribution des ressources, et leur efficacité est jugée du point de vue du patient.

En liaison avec ces aspects économiques, certaines questions éthiques sont également beaucoup discutées:

- indications de l'admission en soins intensifs (insuffisance respiratoire, perte de conscience);
- pronostics de décès ou de survie en soins intensifs;
- non-commencement ou arrêt du traitement;
- validité des pronostics concernant le traitement (mais demandé, ou bien refusé);
- limites de la décision des patients momentanément psychologiquement incapables;
- qualité de vie pendant et après les soins de réanimation;
- soins superflus et excessifs, adéquation de l'ampleur du traitement, soins inutilement exigés ou dispensés;

- ressources affectées aux soins intensifs – leur coût, leur répartition et leur juste utilisation.

Les discussions sur ces questions montrent l'importance du travail en équipe dans les soins intensifs et il n'est pas possible de définir avec précision la limite des compétences dans des problèmes complexes. Il apparaît alors difficile de définir des normes, des bonnes pratiques cliniques et des démarches professionnelles, selon les règles de l'art. Il est parfois problématique de définir la démarche (selon les règles de l'art mêmes) entre les associations de spécialistes, d'un côté, et l'application sur le terrain, de l'autre. Une condition de base reste alors la confiance professionnelle et un accord constructif pour coopérer afin de régler ces problèmes et limiter au minimum les contradictions d'ordre éthique et juridique.

Les normes sont particulièrement marquées en médecine intensive. L'objectif principal de la médecine intensive est de sauver la vie des malades souffrant de maladies aiguës, des blessés ou des patients en phase aiguë de maladies chroniques. Les mesures prises ont pour but de maintenir le patient en période critique pour l'amener à l'état de convalescent. En réanimation, l'objectif principal est de sauver la vie, alors que dans les autres spécialités de la médecine il s'agit d'améliorer la qualité de vie. L'évaluation de la médecine intensive, ses critères de réussite, le rapport coût/efficacité se comparent difficilement aux autres spécialités et disciplines médicales.

Tous les médicaments, toutes les formes de traitement, tous les actes et interventions qui offrent une chance au patient, qu'il est possible d'acquiescer/exécuter sans frais supplémentaires et sans créer d'autres difficultés apparaissent comme des normes. Sont en revanche inappropriés les moyens qui sont impossibles d'employer sans augmenter exagérément les coûts et qui n'apportent pas d'espoir pour le patient.

Dans la pratique, cela signifie que le bien – c'est-à-dire sauver la vie – ne constitue une obligation morale que dans les cas où la réalisation d'un but n'exige pas des moyens disproportionnés.

Les définitions ci-dessus mettent le personnel médical des soins intensifs devant un dilemme dans le cas des patients

dont l'état de santé est plus ou moins dû à leur comportement (par exemple les toxicomanes); les maladies directement imputables au patient (intoxications accidentelles ou provoquées) posent la question de la bonne répartition – et notamment de la juste distribution – des moyens financiers pour le traitement intensif des malades critiques. Dans les pays d'Europe centrale et orientale, compte tenu de la situation économique difficile, les moyens disponibles pour les soins médicaux et pour le traitement intensif restent limités, et par conséquent les possibilités de ce traitement le sont aussi. Si un traitement intensif est conduit sans indication rationnelle, les ressources manquent pour les soins des patients avec d'autres diagnostics.

Le problème des soins aux toxicomanes

Les soins aux toxicomanes exigent que l'on soit toujours attentif aux questions éthiques et médico-juridiques pour éviter d'être confronté à des situations concrètes graves, souvent stressantes et aiguës.

Au début, l'usage de drogues conduit à une manipulation chimique du cerveau de l'homme sain. Le cerveau se protège alors par des processus d'adaptation: à ce moment, il cesse d'être organiquement «normal». Il n'est pas toujours facile de savoir si ces changements sont réversibles. Habituellement, un nouvel équilibre pathologique se met en place. Pour l'entretenir, il faut que le malade continue à prendre de la drogue. Généralement, il essaie d'ignorer les dangers graves: l'abus continu de drogues augmente l'attente du cerveau, ce qui entraîne une lente détérioration de l'intellect et conduit à la démence. Eventuellement, l'usage de substances psychotropes se traduira par une demande plus ou moins importantes d'autres organes (poumons, myocarde, reins), ce qui complique le sevrage, parce qu'il est difficile d'isoler dans le groupe thérapeutique le patient qui nécessite une approche médicale multidisciplinaire.

Si l'on prive le patient de drogue, il y a généralement rupture de l'état d'équilibre entre les effets de la drogue et les mécanismes de neuroadaptation. Cette rupture est la conséquence de la domination de la neuroadaptation lorsque le patient est en

état de manque. Elle se manifeste par un syndrome de désaccoutumance, et aussi, sur le plan psychique, par la dépression et l'anxiété.

L'interaction des facteurs sociopsychologiques à l'origine de la dépendance peut faciliter l'apparition de cette dernière, mais également réduire son risque d'apparition. Le stress lié à la situation sociale abaisse le seuil pour le choix de la drogue en laissant la possibilité de choisir entre un comportement menant au bonheur ou à la récompense par l'activité dans le monde réel (par exemple le travail) d'une part, et la drogue d'autre part. Une autre conséquence importante de la toxicomanie est l'augmentation de la criminalité et de la violence dont s'accompagne le processus de recherche de moyens financiers pour l'achat de drogues.

La prise en charge des toxicomanes nécessite deux étapes:

- le traitement de l'intoxication en soins intensifs (accident, tentative de suicide);
- le traitement de la dépendance (accepté, forcé).

Sur la base des recommandations de l'Association européenne de médecine intensive, on peut retenir les indications suivantes pour l'admission d'un patient en réanimation:

- le patient est en état instable, menacé dans ses fonctions vitales;
- les risques de développement de complications graves sont importants et il est possible de les prévenir par un traitement intensif. Il faut souligner qu'il n'est pas possible de tirer des conclusions juridiques ni de prendre des décisions, parce qu'il n'existe aucune législation définissant une «qualité de vie inacceptable».

Le traitement des patients dépendants nécessite une prise en charge multidisciplinaire, dont le but, les conditions et le régime devraient être clairement définis.

Dans les pays à économie faible, le personnel médical est soumis à une forte pression sur les plans éthique et juridique. L'écart croissant entre les possibilités concrètes de l'établisse-

ment médical d'appliquer un diagnostic et le traitement d'après la situation économique qui existe momentanément et l'état actuel de la science constitue un des graves facteurs de stress. La prise en considération de ces limites (obstacles) économiques mène au dilemme sur la justesse de l'utilisation des moyens aux niveaux global et local. Cette définition des soins aux malades critiques devrait réunir le consensus non seulement des associations de spécialité qui participent aux soins, mais aussi des assurances qui les paient. Cela permettrait de mettre un terme au sous-financement des soins, en même temps qu'aux soins coûteux chez les patients sans perspective d'amélioration. Il est toujours très difficile d'évaluer l'importance des soins du fait de leur caractère multifactoriel et des complications possibles qui les accompagnent. Cette notion ouvre la discussion sur la question du rapport coût/avantages. Ni l'individu ni l'Etat ne sauraient répondre à cette question. C'est donc à la communauté mondiale de définir les règles de bonne pratique – les règles de l'art – de ce problème important, tout en respectant l'aspect économique.

Bibliographie

Dobiáš, V., «Úvaha nad tradičnými postupmi v anestéziológii», in *Anesteziologie aneodkladná péče*, 3, 5, 1992, pp. 156-158 (en tchèque).

Drábková, J., «Otravy, předávkování, antidota» (Intoxication, surdosage, antidotes), choix d'articles, in *Anest. Resuscitace*, 43 (supplément), 1996, pp. 2-3 (en tchèque).

Drobná, H., *Problematika drogově závislých matek a novoroďenců* (Le problème des mères et des nouveau-nés drogués), Zdravotne Soc. Fakulta České Budejovice, 2000 (en slovaque).

Drobná, H. et Huttová, M., «Matka závislá od drog a jej novoroďenec» (La mère droguée et son nouveau-né), in *Alkohol Droq. Záv.*, 31, 1996, pp. 183-191 (en slovaque).

Drobná, H. et Huttová, M., «Novoroďenec matky závislej na drogách – neonatálny abstinencný syndróm» (Le syndrome de sevrage néonatal), in *Praktická gynekológia*, 3, 1996, pp. 149-154 (en slovaque).

Hackovcová, H., *Lékařská etika*, Galén, Prague, 2003.

Masár, O. et Cizmárová, E., «Niektoré medicínske problémy spojené s narkomániou detí a mládeže» (Quelques problèmes médicaux liés à la toxicomanie des enfants et des adolescents), in *Detský lekár*, 3, 1996, pp. 6-9 (en slovaque).

Sevcík, P., *Akutní intoxikace* (Intoxication aiguë), Galén, Prague, 2000, pp. 240-262 (en tchèque).

Sevcík, P., «Obecné aspekty péče o nemocné v prednemocnicní etape» (Aspects généraux des soins aux patients au stade préalable à l'hospitalisation), in *Anest. a neodkl. péče*, 2, 1991, pp. 141-143 (en tchèque).

Stolínová, J. et Mach, J., *Právní odpovědnost v medicíne*, Galén, Prague, 1998.

Vinar, O., «Psychologie drogových závislostí» (Psychologie des dépendances), in *Forum medicinae*, 2, 1999, pp. 22-23 (en tchèque).

Le traitement obligatoire : l'approche de la Fédération de Russie

par Irina P. Anokhina,
en collaboration avec V. E. Pelipas et M. G. Tsetlin

Ce n'est certainement pas un hasard s'il a été proposé de présenter l'approche russe des problèmes éthiques liés au traitement obligatoire. En effet, la Russie – plus que tout autre pays peut-être – a appliqué en son temps le principe du traitement obligatoire des personnes souffrant d'une dépendance à l'alcool ou à la drogue, poussant très loin l'organisation et la pratique de ce type de traitement.

Un système fondé sur le traitement obligatoire

Le traitement obligatoire des personnes ayant une conduite addictive, et en particulier des drogués, concerne d'abord la prise en charge de ces personnes dans le système de santé sur la base d'une hospitalisation d'office. Un autre système largement appliqué en Russie est le traitement obligatoire dans des «établissements prophylactiques de travail et de traitement», placés sous la tutelle du ministère de l'Intérieur, sur la base d'une décision prise par un tribunal civil. Ensuite, il concerne le transfert des toxicomanes délictueux du système pénal vers un système de santé publique (ce qu'on appelle le traitement alternatif). La Russie pratique depuis longtemps la condamnation avec sursis pour les toxicomanes qui enfreignent la loi. Ces derniers sont mis à l'épreuve et ont obligation de suivre un traitement contre la dépendance, ce qui ressemble à une forme de traitement alternatif. Il concerne enfin le traitement des toxicomanes reconnus coupables d'un délit dans le système pénitentiaire, ou dans le système de santé s'il n'y a pas de peine d'emprisonnement. Cette façon de procéder a été appliquée en Russie jusqu'à très récemment. Le traitement obligatoire est parfois conçu de manière inappropriée et trop sommaire pour englober toutes les incitations, c'est-à-dire pour constituer un processus social visant à développer chez le toxicomane l'envie de recevoir un traitement, auquel cas celui-ci devient en quelque sorte à la fois volontaire et obligatoire. Jusqu'à récem-

ment existait également en Russie tout un système contraignant les toxicomanes à recevoir un traitement. Ce système présentait les caractéristiques suivantes: obligation pour les toxicomanes de suivre un traitement, fichage détaillé des toxicomanes, mesures de restriction d'accès à certains emplois, discrimination dans certains domaines de la législation relative à la famille, à l'emploi et au logement, pression sociale systématique dans l'entourage et au travail, placement d'office dans un établissement prophylactique de travail et traitement des toxicomanes refusant de suivre volontairement un traitement, entre autres mesures.

En Russie, tous les moyens connus pour contraindre les toxicomanes à recevoir un traitement ont ainsi été employés jusqu'à un certain point, et parfois de la façon la plus cruelle et la plus répressive. En 1993, dans cette même Russie, ce système qui avait fonctionné durant trente ans a été supprimé radicalement, du jour au lendemain, sans avoir atteint un quelconque but (réduire la consommation d'alcool et de stupéfiants illécites, limiter les conséquences de l'alcoolisme et de la toxicomanie, et la criminalité qu'ils entraînent).

Quels enseignements a-t-on tiré de cette expérience, sur le plan éthique notamment? Comment exploite-t-on cette expérience aujourd'hui? On reconnaît que le traitement obligatoire permet d'offrir à un grand nombre de toxicomanes une thérapie (ou plutôt une prétendue thérapie), dans l'espoir qu'une partie d'entre eux, même peu nombreuse, atteindra le stade d'une rémission durable et changera au moins ses habitudes de consommation, tandis que les familles bénéficient d'un répit.

Néanmoins, des études cliniques et sociales comparatives publiées dans des revues scientifiques russes montrent que la fréquence et la qualité des rémissions à la suite d'un traitement obligatoire sont largement inférieures à la fréquence et à la qualité des rémissions à la suite d'un traitement volontaire. En outre, les patients qui suivaient un traitement obligatoire s'adaptaient beaucoup moins bien que les volontaires. Le fait d'être soumis à un traitement obligatoire se traduisait inévitablement par des problèmes sociaux et psychologiques sup-

plémentaires au sein de la famille, dans la vie quotidienne et au travail. Enfin, la pratique très répandue du traitement obligatoire produisait de fortes tensions au sein de la société.

Globalement, le système mis en œuvre pendant un certain temps en Russie pour contraindre les toxicomanes à recevoir un traitement s'est donc avéré inefficace et coûteux.

Aujourd'hui, il n'existe en Russie aucune forme de traitement obligatoire pour les alcooliques ou les drogués. Cela vaut pour les délinquants comme pour les autres. C'est là certainement la conséquence du bilan négatif de l'expérience qui a été faite : le résultat insatisfaisant de la pratique sociale décrite plus haut a, dans une grande mesure, discrédité l'idée même de traitement obligatoire pour les toxicomanes en Russie.

En 1993, lorsque la Fédération de Russie a adopté la «loi fondamentale sur les services de santé pour les citoyens»¹, les actes médicaux non volontaires ont été limités aux infections nécessitant une quarantaine, aux pathologies psychiques graves et à la pratique en environnement pénitentiaire. Peu après, ces mesures ont fait l'objet de réglementations dans chaque domaine par le biais de lois fédérales appropriées.

La pratique de la contrainte totale était-elle une erreur sur le plan éthique? Dans quelle mesure le refus actuel d'exercer toute forme de contrainte ou même de pression sur les toxicomanes – qui, en soi, reflète l'ambivalence de la société et de l'Etat à leur égard – est-elle correcte sur le plan éthique? Il est regrettable que ces questions ne soient pas débattues au sein de la société. Les autorités, tout comme les associations professionnelles ou les organisations de défense des droits de l'homme, ne s'intéressent pas aux problèmes éthiques liés à la toxicomanie.

Nous croyons cependant que le problème du traitement obligatoire et, de façon plus générale, de tout traitement non volontaire d'une dépendance, constitue avant tout un problème éthique qui comporte un certain nombre d'aspects très importants. L'un de ces aspects est la difficulté pour un médecin d'adopter une position acceptable d'un point de vue éthique à l'égard d'un patient qui suit un traitement obligatoire. La question des normes d'éthique pour le personnel

1.
Voir article 34.

impliqué dans un traitement obligatoire mérite d'être étudiée. Il serait bon aussi d'analyser les différents conflits pouvant survenir sur le plan éthique au cours d'un traitement obligatoire et de réfléchir aux moyens de les résoudre.

Concentrons-nous sur la question principale, à savoir la justification du traitement obligatoire d'un point de vue éthique. Le plus important n'est pas de s'interroger sur l'existence ou l'absence de raisons légales, ni sur les limites du devoir d'un médecin d'exercer ses droits, ou encore sur sa responsabilité dans le refus de les exercer. La question est la suivante:

- est-il valable de recourir au traitement obligatoire du point de vue éthique? et dans quels cas? dans certains cas strictement définis et seulement de façon exceptionnelle?

D'autres questions viennent tout naturellement à l'esprit:

- un résultat positif garanti peut-il justifier la contrainte (l'usage de la force)?
- un résultat incertain ou que l'on prévoit négatif peut-il justifier la contrainte?
- quelle doit être la probabilité d'un résultat positif (quelle chance le patient doit-il avoir d'obtenir un résultat positif) pour que l'usage de la force soit justifiable d'un point de vue éthique?
- enfin, qu'est-ce qu'un résultat positif?

Tous ces problèmes sont particulièrement épineux et les questions sont plus nombreuses que les réponses. Cependant, poser une question, c'est y répondre à moitié.

Une approche paternaliste

Le traitement obligatoire des toxicomanes, tel que nous l'avons présenté plus haut, était fondé sur le paradigme du paternalisme. Il s'agissait initialement d'une variante optimiste du paternalisme: «Nous savons ce que nous faisons, faites ce qu'on vous dit et tout ira bien.» Il y avait l'espoir d'un résultat positif et un reste d'optimisme social. Les psychiatres spécialistes de la toxicomanie étaient optimistes eux aussi quand ils affirmaient

que l'important est de commencer et que le reste est une question de méthode.

L'approche paternaliste s'appuyait sur tout un ensemble d'arguments :

- le savoir, les méthodes et les traitements professionnels peuvent conduire à une guérison, surtout si les consignes sont appliquées de façon stricte;
- chez certains patients, les capacités de critique (tout comme l'intelligence, l'émotivité, la volonté et la personnalité) sont altérées ou sous-développées en raison de la maladie;
- les patients souffrant de dépendance doivent être traités tant qu'ils sont utiles à la société;
- les patients doivent prendre soin de leur santé dans la mesure où celle-ci fait partie de la richesse sociale de la nation;
- les médecins doivent s'acquitter de leur devoir qui est de soigner les patients;
- les patients ne peuvent pas se soigner eux-mêmes et doivent donc suivre les consignes des médecins;
- tout médecin doit choisir un traitement (c'est-à-dire prescrire une thérapie), mais aussi veiller à ce que le patient s'engage dans la bonne direction, ce qui peut aller jusqu'à surmonter sa résistance;
- le refus de contraindre un patient à suivre un traitement revient à l'abandonner sans le soigner et à ne pas s'acquitter des devoirs du médecin. Qui plus est, cela peut mener à une aggravation de l'état psychique et de la situation sociale du patient;
- quand bien même le résultat du traitement obligatoire sur un patient est minime, il convient de poursuivre ce traitement, ne serait-ce que pour soulager la famille.

Ces arguments sont-ils nobles? Ces efforts sont-ils louables? Du point de vue éthique, ils semblent acceptables, surtout si l'on tient compte de la situation et des circonstances dans lesquelles ce type de paternalisme a vu le jour, à savoir une société totalitaire caractérisée par une idéologie de la contrainte, une notion de l'opportunisme et une conviction de

posséder la vérité absolue, combinées à un arsenal législatif parfaitement au point (des maladies ayant un poids social, l'obligation de suivre un traitement, le traitement obligatoire en tant qu'alternative, etc.).

En dehors du modèle dont nous venons de parler, le fait d'appliquer ce type de paternalisme à la majorité des toxicomanes paraît irresponsable (il n'y a pas de responsabilité au niveau des conséquences), inefficace (cela ne résout pas les problèmes médicaux ou sociaux des individus, ou de la société dans son ensemble), inutile et coûteux (cela draine les ressources de la société pour rien), et contraire aux droits de l'homme (cela restreint la liberté, le choix d'un emploi, etc.). De plus, le patient subit une baisse de son statut social (il devient un élément antisocial, voire criminel), ce qui aggrave parfois son état de santé physique et psychique (en raison de la prescription inconsidérée de Disulfirame²). Quant au répit dont les familles sont censées profiter, il n'a rien à voir avec l'éthique médicale. Cette considération concerne l'assistance sociale et la législation, plus que la santé publique.

D'une façon générale et dans la pratique, l'approche paternaliste – lorsqu'elle est appliquée sans raison ou sans distinction à des personnes qui ont une conduite addictive et bien qu'elle offre des perspectives approuvées sur le plan éthique –, conduit souvent à violer l'un des principes de base de l'éthique médicale, à savoir *non nocere* (ne pas nuire).

Dans un monde qui change vite, l'éthique médicale suit le mouvement. Nous assistons ainsi à un changement de paradigme sur le plan de l'éthique: le paternalisme cède la place à l'éthique biomédicale (la bioéthique), réputée non paternaliste. Dans l'éthique paternaliste, le patient était toujours considéré comme un sujet incompetent sur le plan éthique; dans celui de la bioéthique, au contraire, il a une compétence et son autonomie morale devient une priorité. La responsabilité des décisions prises est partagée entre le médecin et le patient. Le système de valeurs qui détermine le choix moral du médecin et de son patient n'est pas véritablement lié à la tradition médicale, car il repose avant tout sur la priorité donnée aux droits du patient, et non aux droits du médecin. La contrainte n'a pas sa

2.
Médicament utilisé pour le sevrage alcoolique.

place dans ce système, fondé sur des principes (l'autonomie personnelle, la non-malfaisance et la justice) et des règles éthiques (la vérité, l'intimité, la confidentialité, la loyauté et la compétence), ainsi que sur les règles qui en découlent dans l'attitude du médecin.

Il ne fait pas de doute que les principes et les règles générales de la bioéthique s'appliquent aux activités professionnelles des psychiatres et des spécialistes de l'addiction. Cependant, certains aspects essentiels de la psychiatrie et de la psychologie de la toxicomanie ont une spécificité dans la pratique médicale. Dans bien des cas, les problèmes éthiques liés à ces disciplines ne peuvent pas être résolus par analogie avec d'autres branches de la médecine; ils nécessitent une démarche spécifique.

La psychiatrie (et la psychologie de l'addiction) est dans une très large mesure une discipline médicale à caractère social. Le psychiatre (ou le spécialiste de l'addiction) reçoit souvent des patients qui manifestent un comportement déstructuré, asocial ou antisocial. Quant aux patients, ils sont très différents en ce qui concerne l'étendue et la nature de leurs symptômes psychopathologiques, mais aussi leur niveau intellectuel, leur amour-propre, leur aptitude à comprendre et à maîtriser les conséquences de leurs actes, et leur capacité à exprimer et à défendre leurs intérêts.

Il y a d'un côté les patients gravement malades, qui présentent des symptômes psychopathologiques manifestes, sont tout à fait incapables (dans le sens large du terme) et ne sont pas autonomes dans leurs décisions et dans leurs actes. De l'autre côté se trouvent les patients tout à fait autonomes, qui ont des problèmes psychologiques légers.

C'est pourquoi les psychiatres (et les spécialistes de l'addiction) n'abandonneront peut-être jamais le paternalisme dans leurs relations avec certains de leurs patients. Parallèlement à cela, ils peuvent appliquer sans restrictions une démarche non paternaliste fondée sur le partenariat dans le travail qu'ils effectuent avec leurs autres patients, majoritaires. Ces modèles éthiques sont également interchangeables en fonction des évolutions de l'état psychologique du patient. Ainsi, les

psychiatres (et les spécialistes de l'addiction), contrairement aux autres médecins, sont probablement condamnés à suivre deux modèles éthiques, l'un classique, l'autre bioéthique, en tâchant d'éviter les écueils qui leur sont propres.

Dans le cas du modèle classique, paternaliste, on risque de surestimer l'étendue de l'incapacité partielle du patient, c'est-à-dire sous-estimer le niveau d'amour-propre, de déficience dans l'éducation, d'immaturation, de sous-développement ou de retard mental. Les droits et les obligations du psychiatre peuvent alors se transformer aisément en droit du médecin à imposer un traitement au patient et en obligation pour ce dernier à suivre ce traitement.

Dans le cas du modèle bioéthique, on risque d'accorder trop de place à l'autonomie individuelle, au détriment de l'autonomie des autres et des intérêts de la société, de justifier de bonnes intentions en utilisant n'importe quels moyens pour les concrétiser, ou encore d'exagérer la notion d'utilité, ce qui peut conduire à sacrifier les intérêts de la société au profit de ceux du patient. Il est bon de rappeler à ce propos qu'en matière de bioéthique le fait d'exagérer les intérêts de la société est une injustice envers le patient.

Pour revenir aux questions soulevées au début de ce chapitre, et compte tenu de ce que nous avons dit, le traitement obligatoire se justifie pour un toxicomane uniquement dans les cas où le médecin qui prévoit des interventions médicales ou liées à la médecine peut garantir la guérison du patient, une rémission durable de sa dépendance ou tout au moins une amélioration significative de son état, ce qui permet de compenser la perte temporaire de son autonomie. Si le médecin ne peut offrir cette garantie, ou s'il rend le patient responsable de l'issue du traitement, le droit de pratiquer le traitement obligatoire ne semble pas convaincant du point de vue éthique.

Pratiquer le traitement obligatoire au détriment des intérêts du patient est absurde. Le traitement ne doit pas être un châtiement ou une forme médicale de châtiement. Il doit être mis en œuvre uniquement pour le bien du patient. Dans tous les cas, il doit résoudre ses problèmes et améliorer son état psycholo-

gique et sa condition sociale, et non lui causer des difficultés et aggraver son état psychologique et sa condition sociale.

La contrainte étant une démarche très délicate, il faut la limiter aux cas dans lesquels elle est inévitable et peut se révéler efficace. Autrement dit, le traitement obligatoire n'est justifiable sur le plan éthique que pour des raisons médicales (psychiatriques), lesquelles doivent être strictement définies par la loi.

La loi sur les services psychiatriques et la sauvegarde des droits des citoyens face aux traitements psychiatriques, adoptée par la Fédération de Russie (1993), permet de prendre des mesures non volontaires lorsqu'un patient présente un trouble psychiatrique grave ou un état d'incapacité qui l'expose ou expose son entourage à un danger, et dans les cas où le fait de laisser un patient sans traitement psychiatrique risque d'entraîner une nette aggravation de sa situation. Cette forme de traitement non volontaire peut être appliquée aux toxicomanes. C'est tout au moins ce qui se fait dans la pratique.

Les prétendues «indications sociales» ne doivent pas justifier qu'on soumette à un traitement obligatoire des individus qui n'ont commis aucun délit. Cela est particulièrement important maintenant que les toxicomanes s'intéressent un peu plus au traitement obligatoire en raison de l'épidémie du VIH/sida. Il est toutefois illusoire d'espérer que le traitement obligatoire pourra enrayer la progression de cette épidémie. Il se peut qu'il ait un effet à court terme uniquement. On peut s'attendre en effet à divers phénomènes tels que la diminution de la demande de tests et de traitements, la dissimulation et l'automédication parallèlement à une augmentation des complications, de la mortalité et des aberrations psychologiques parmi les individus séropositifs, une dissidence sociale, une propension à l'accusation et une agressivité sexuelle, et, au-delà de cela, à un développement incontrôlé de l'épidémie. Dans certains pays, ce danger a heureusement été repéré au moment opportun. On a ainsi adopté avec les toxicomanes une attitude de compromis plutôt que de confrontation.

Nous sommes fermement convaincus que l'avenir n'est pas dans le développement des mesures de contrainte et de traite-

ment obligatoire, mais dans le perfectionnement du traitement volontaire. La disponibilité (réduite) de ce type de traitement sous diverses formes en ce qui concerne la personnalisation, la différenciation et le travail de motivation avec le patient, associée à l'engagement de spécialistes très qualifiés et à une pression sociale raisonnable, peut rendre les mesures obligatoires superflues. Un professionnel très qualifié a en effet les moyens de motiver un patient à suivre une thérapie, ce qui lui évite d'avoir recours à la contrainte.

Le traitement obligatoire : l'approche suédoise

par Elisabet Svedberg

Le traitement obligatoire des toxicomanes adultes est régi par la législation suédoise depuis 1913. Le premier texte de loi relatif au traitement des alcooliques était inspiré par un paternalisme attentif à la discipline. Les alcooliques provoquaient tellement de préjudices sociaux qu'on les mettait à l'écart du reste de la société en les enfermant durant un certain temps. Il s'agissait avant tout de protéger la société des alcooliques. On croyait certes aux vertus d'un travail sans relâche et d'une vie saine, mais on attendait peu d'améliorations sur le plan des habitudes des alcooliques. En 1933, la loi initiale fut remplacée par la loi sur le traitement des alcooliques. Si cette dernière donnait un peu plus d'importance à la prise en charge des individus atteints d'alcoolisme, elle multipliait en revanche les justifications d'un traitement obligatoire.

La loi sur la tempérance, entrée en application en 1954, prévoyait des mesures de prévention volontaires et une mesure obligatoire de mise à l'épreuve, et, en dernier ressort, des soins obligatoires en institution. Les dispositions devaient être appliquées en fonction du degré de dépendance. Il en existait toute une série, depuis les actions volontaires jusqu'aux contraintes. Cette loi concernait les alcooliques «vagabonds» qui, au lieu de s'efforcer de subvenir honnêtement à leurs besoins, menaient une vie nomade, mettaient en danger ou troublaient sérieusement leur entourage, négligeaient leurs devoirs envers leurs proches ou causaient d'une manière ou d'une autre un préjudice à la société. Le caractère disciplinaire de la loi, lié à la mission consistant à protéger la société et l'environnement du toxicomane, n'avait pas disparu, mais désormais le traitement obligatoire avait un but supplémentaire, celui de ramener le toxicomane à la tempérance.

En 1982, alors que la législation sur l'assistance sociale était en cours de révision et que l'on préparait la loi sur les services sociaux (SoL)¹, la loi sur le traitement des toxicomanes (LVM – Dispositions spéciales)² fut adoptée. Ce texte se rapportait au

1. Loi sur les services sociaux (SoL), 2000/01 : 80.

2. Loi sur le traitement des toxicomanes (LVM – Dispositions spéciales), 1988 : 870.

traitement obligatoire dans certains cas de dépendance, en complément du traitement volontaire régi par la loi SoL. Avant de parvenir à ce résultat, il y avait eu de nombreux débats ainsi que plusieurs enquêtes. Celles-ci avaient montré que la législation sociale à l'égard des toxicomanes adultes devait être débarrassée de ses aspects coercitifs et qu'à l'avenir l'assistance sociale devait respecter l'autonomie et l'intégrité de chaque individu. Le recours à la coercition ne devait être envisagé qu'en cas de nécessité, afin d'empêcher un toxicomane de détériorer gravement sa santé ou de s'exposer à un danger. Il devait en outre avoir lieu sous surveillance médicale. Malgré cette recommandation, le traitement obligatoire continua d'exister dans les dispositions des services sociaux (Pettersson, 2003).

La protection de l'entourage du toxicomane fut maintenue pour les proches uniquement. Elle est justifiée par le fait que «la relation entre dépendance et violence est incontestable». Bien que les menaces illicites et la violence physique fassent désormais l'objet de poursuites judiciaires, la protection apportée par la loi LVM demeure nécessaire, principalement pour les proches féminins, en complément du Code pénal (SOU, 1987).

Dans un rapport récent sur l'application de la loi LVM, il est notamment suggéré de clarifier les fonctions et les responsabilités des acteurs impliqués, d'améliorer la qualité du traitement et de renforcer les droits individuels (SOU, 2004).

Nous allons ici nous intéresser aux considérations éthiques relatives à la restriction de l'autonomie chez les adultes. La Suède soumet depuis longtemps les toxicomanes à un traitement obligatoire. Existe-t-il un argument valable en faveur du traitement obligatoire pour les adultes? Est-ce important que le traitement obligatoire ait ou non un résultat positif?

A qui le traitement doit-il profiter ?

La principale question qui se pose au sujet du traitement obligatoire est de savoir à quoi il sert véritablement. A qui profite-t-il? Combien de temps peut-on raisonnablement l'imposer et selon quels critères? Ces dernières années, la question des droits individuels a pris de l'importance, et les recherches

concernant les effets du traitement sur la situation des toxicomanes ont été de plus en plus souvent mises en doute.

Dans le passé, les opinions à l'égard du traitement obligatoire des toxicomanes adultes et de la réglementation de ce traitement ont varié, reflétant le point de vue général de l'époque sur le plan de l'éthique. Au cœur de la critique du traitement obligatoire sous l'angle de l'éthique, on trouve le rejet du droit à l'autonomie et à l'intégrité de la personne.

La responsabilité que chacun a envers sa situation sociale, d'une part, et la responsabilité que la société a d'apporter à chaque citoyen une assistance sociale, d'autre part, invitent à se demander quels moyens sont acceptables et quels moyens sont défendables sur le plan éthique. L'engagement social à changer le mode de vie d'un individu, par l'exercice d'une autorité, entre en conflit avec l'engagement à respecter l'autonomie de ce même individu. Le fait de contraindre un individu à faire quelque chose, même si cela est dans son plus grand intérêt, pose des problèmes. C'est la question du paternalisme que l'on aborde là dans un contexte moderne. En d'autres termes, il s'agit de savoir comment fixer les limites de l'assistance sociale et de l'autonomie, et comment comprendre la relation entre l'Etat et le comportement de chaque citoyen (Pettersson, 2003).

Le travail des services sociaux sur la base du volontariat et de l'autonomie

L'un des principes fondamentaux qui régissent le travail des services sociaux suédois est le respect du volontariat et de l'autonomie. La loi LVM définit les conditions dans lesquelles certains écarts peuvent être admis par rapport au principe de volontariat énoncé dans la loi SoL.

Sur le portail consacré à la loi SoL, le texte suivant sert de cadre pour les services sociaux, et exprime les valeurs et les règles éthiques dont il convient de s'inspirer:

«Les services sociaux publics doivent, sur la base de la démocratie et de la solidarité, favoriser pour chacun:

- le bien-être économique et social;

- l'égalité des conditions de vie; et
- une participation active à la vie sociale.

Considérant comme il convient la responsabilité de chacun vis-à-vis de sa propre situation sociale et de celle des autres, les services sociaux doivent avoir pour but de libérer et de développer les ressources naturelles des individus et des groupes.

Les activités menées dans le cadre de ces services doivent respecter l'autonomie et la vie privée de chacun.»

La législation sociale suédoise prévoit la possibilité de contraindre un toxicomane à suivre un traitement obligatoire. Ainsi, il est possible de pratiquer un traitement sur un individu sans le consentement de ce dernier dès lors que certains critères ont été remplis. La loi LVM stipule que les objectifs présentés dans le texte introductif du site web consacré à la loi SoL doivent s'appliquer à toutes les mesures visant à aider une personne à se défaire elle-même de sa dépendance à l'alcool, à la drogue ou aux solvants liquides. Le traitement doit respecter l'autonomie et l'intégrité de la personne concernée. Il doit en outre, dans la mesure du possible, être conçu et appliqué avec la participation de cette dernière. La situation présente, dans laquelle les services sociaux peuvent contraindre un toxicomane à suivre un traitement obligatoire, alors que la loi SoL soutient qu'il faut tenir compte de la volonté de la personne et respecter son intégrité et son autonomie, est contradictoire et peut déboucher sur des difficultés sur le plan éthique.

Dans quels cas le traitement obligatoire est-il applicable ?

Le traitement obligatoire est applicable lorsqu'un toxicomane a besoin d'un traitement pour briser sa dépendance, mais ne parvient pas à en suivre un de son propre gré, et que l'état de dépendance dans lequel il se trouve le conduit:

- à mettre sa santé physique ou mentale en grand danger;
- à courir le risque évident de détruire sa vie; ou
- à être considéré comme pouvant nuire à lui-même ou à un proche.

Dès que les services sociaux ont pris connaissance de l'éventuelle nécessité d'un traitement obligatoire au sein d'une insti-

tution, ils ouvrent une enquête. S'ils constatent qu'il y a lieu de mettre en œuvre un traitement obligatoire, ils sollicitent l'approbation du tribunal administratif du comté. Si le tribunal se prononce en faveur du traitement obligatoire, les services sociaux contraignent le toxicomane à suivre ce traitement dans un établissement spécialisé. Dès que le but du traitement a été atteint, et au terme d'une période maximale de six mois (durée du traitement), il est mis fin au traitement.

S'exposer ou exposer autrui à un danger: deux arguments en faveur du traitement obligatoire

Comme nous venons de le voir, et d'après la loi LVM, il est possible de contraindre un toxicomane à suivre un traitement obligatoire sur la base de deux principes distincts: l'un est que le toxicomane, en raison de sa dépendance, s'expose à un danger; l'autre que les proches du toxicomane sont exposés à un danger. Dans le premier cas, le traitement obligatoire se fonde sur la protection du toxicomane et la prise en considération de ce qui est le mieux pour sa santé; dans le second, étant donné que le toxicomane risque de mettre d'autres personnes en danger, il s'agit de protéger ces personnes.

Quand une personne s'expose à un danger important en raison de son état de dépendance, ou quand il semble qu'elle risque de se faire du mal, la société est en droit, dans certaines circonstances, de prendre des mesures coercitives allant contre la volonté de cette personne. Pour beaucoup d'entre nous, ce principe peut être défendu lorsque le besoin d'intervenir est aigu, en raison d'un danger de mort évident. La question essentielle qui se pose est de savoir si la personne a le droit de se faire du mal, en abusant de l'alcool ou de la drogue, par exemple. Selon la loi LVM, la réponse est non. C'est à ce stade que la société impose une limite à l'intégrité individuelle et à l'autonomie, en refusant de cautionner l'état de dépendance. Afin de légitimer le traitement obligatoire, et de mettre de côté les questions d'intégrité individuelle et d'autonomie, on considère parfois que les toxicomanes ne sont pas responsables de leurs actes. Ils ne doivent pas être pénalisés, mais traités pour leur dépendance (Bergmark et Oscarsson, 2000).

L'autre argument justifiant le traitement obligatoire, à savoir la mise en danger des proches du toxicomane, pose des problèmes d'ordre éthique (et juridique). En Suède, ce type d'intervention est régi par le Code pénal. Il existe toutefois une exception à ce principe: le cas dans lequel le toxicomane, au moment de son acte ou de son délit, est atteint d'une maladie mentale ou d'un trouble psychologique, ce qui lui donne droit à un traitement psychiatrique. Puisque la loi LVM fait de la mise en danger d'autrui un critère d'application du traitement obligatoire, il y a là une entorse au principe selon lequel l'individu doit être soit condamné, soit déclaré irresponsable en raison d'une maladie (mentale) ou d'un état semblable. La décision de mettre en œuvre la loi LVM signifie que le toxicomane peut, contre sa volonté, être contraint de passer jusqu'à six mois dans un établissement de traitement spécialisé sans avoir commis un délit puni par le Code pénal (*ibid.*).

Dans les travaux de préparation de la loi LVM, l'argument consistant à retenir la nécessité d'un traitement obligatoire pour un toxicomane qui, en raison de son état de dépendance, risque de nuire gravement à ses proches, vise à éviter une dégradation de la protection de la famille du toxicomane, cette protection étant alors plus étendue qu'elle ne peut l'être dans le cadre du Code pénal. Il a été souligné que l'existence d'une loi sur le traitement obligatoire allait à l'encontre de ce qui était établi. Cependant, le premier souci est d'éliminer tout risque pour les proches. D'un autre côté, le fait d'élargir le cercle humain en y intégrant l'environnement social du toxicomane «constitue une atteinte bien plus grave au principe de la loi LVM en tant que loi d'assistance sociale» (SOU, 1987).

En quoi consiste le traitement obligatoire ?

En 1992, le nombre de toxicomanes dépendant de drogues dures (drogues prises par injection ou consommées de façon quotidienne ou plus ou moins quotidienne) était estimé à 19000 en Suède. En 1998, ce nombre était passé à 26000 environ.

Le Conseil national pour les soins en institution (SiS) a pour mission de prendre en charge les jeunes de 12 à 21 ans

confrontés à des problèmes psychosociaux graves, ainsi que les toxicomanes adultes. Ses activités sont organisées en étroite collaboration avec les services sociaux des municipalités. Le SiS gère quarante-neuf établissements dans tout le pays, dont quatorze (330 lits) pour les toxicomanes adultes. A la date du 26 avril 2004, 250 toxicomanes étaient hébergés dans ces établissements de la loi LVM. Ceux-ci disposent pour les soins d'un personnel très nombreux exerçant diverses professions.

Un séjour dans un établissement de la loi LVM dure six mois au maximum. Les patients sont reçus en consultation externe dès que possible. Le séjour débute souvent par une désintoxication et un bilan des problèmes et des besoins du toxicomane. Le bilan peut comprendre des entretiens avec un psychologue, des tests d'aptitude, ainsi qu'un examen sur les plans social et psychiatrique. Il débouche sur un programme de traitement personnalisé. Les méthodes de traitement et de motivation varient selon les établissements, mais elles s'appuient toutes sur les besoins du patient. Parmi les thérapies mises en œuvre figurent les entretiens de motivation, le traitement en douze étapes, l'entraînement aux compétences sociales et le renforcement de l'ego. On accorde également de l'importance au soutien individuel et aux discussions de groupe, ainsi qu'à la participation aux activités quotidiennes de l'établissement. Les établissements de la loi LVM s'adressent à différents types de patients, par exemple aux toxicomanes atteints de troubles mentaux, à ceux qui ont un penchant pour la violence, aux femmes enceintes qui se droguent, ou encore aux personnes qui nécessitent un traitement particulier.

Ces dernières années, la prise en charge des toxicomanes dans les établissements de la loi LVM a fait l'objet de changements structurels considérables. Le nombre de lits a été fortement réduit en raison de la chute de la demande de services sociaux³.

Cette diminution de la prise en charge est liée au fait que les municipalités s'efforcent de trouver des formes de traitement en amont, c'est-à-dire à domicile, souvent en collaboration avec les proches et d'autres partenaires importants. La restructuration de ce secteur peut s'expliquer par la difficulté de ces établissements d'atteindre les résultats escomptés et par leur

3.
Voir www.stat-inst.se

coût. Il est rare qu'un bref séjour dans l'un de ces établissements permette de briser une longue période de dépendance. Toutefois, si l'on continue de réduire la prise en charge, il sera impossible à terme d'accueillir des toxicomanes qui sont conscients de leur incapacité à se soigner et qui demandent à suivre un traitement obligatoire.

La controverse sur la durée du traitement

La durée du traitement est une question controversée, liée au but réel des soins. Lorsque la loi est entrée en application, le traitement pouvait durer quatre mois (deux fois deux mois). Quand elle a été révisée, en 1988, il a été prolongé à six mois afin que «le patient soit motivé pour suivre un traitement dont le but est de changer sa situation personnelle». En effet, on avait constaté qu'il ne pouvait pas y avoir de changement durable dans la situation personnelle du patient si ce dernier ne s'engageait pas et ne participait pas activement au traitement. On avait dans l'idée que durant la période de traitement on aiderait le toxicomane à définir ses propres besoins et à faire librement le choix d'une thérapie. Parallèlement à cela, on s'est rendu compte qu'on manquait de connaissances sur les effets du traitement obligatoire et qu'on ne savait pas si celui-ci produisait d'autres résultats que celui de sauver des vies. Selon l'argument en faveur d'un traitement obligatoire permettant de faire plus que de sauver des vies, le résultat du traitement doit être évalué en fonction du degré de la dépendance. Par ailleurs, une forte dépendance est interprétée comme un «appel au secours» auquel il faut répondre. Un traitement obligatoire est alors nécessaire pour y remédier. Une offre d'aide passive revient à «abandonner les toxicomanes à leur sort, car beaucoup d'entre eux ne demanderont jamais de l'aide, même s'ils en ont cruellement besoin» (SOU, 1987).

Le profil des toxicomanes qui suivent un traitement obligatoire et ce qu'ils pensent du traitement

Ekendahl (2001) a fait une synthèse des recherches effectuées dans ce domaine entre les années 1990 et 2001. Il a constaté que les toxicomanes pris en traitement obligatoire étaient généralement très fragiles sur le plan social, qu'ils présentaient une

grande dépendance et que les pronostics à leur égard étaient les pires par rapport à tous les autres patients accueillis dans les établissements. Ekendahl a interrogé cinquante-quatre toxicomanes qui suivaient un traitement obligatoire dans cinq établissements de la loi LVM. Il s'est rendu compte qu'initialement l'aspect coercitif, à savoir la condamnation effective, l'enfermement, les fouilles et le refus de la liberté conditionnelle, était perçu comme quelque chose de négatif et d'insultant. Cette perception pouvait toutefois devenir plus positive avec le temps. Les entretiens avec les toxicomanes ont révélé que le désir de changer de vie résultait d'un cheminement personnel et que le traitement obligatoire n'avait aucune influence positive sur ce processus, sauf dans de rares cas. Au contraire, plusieurs toxicomanes pour lesquels la période de traitement obligatoire avait été prolongée ont déclaré qu'il leur avait semblé que ce traitement avait pour effet de les décourager. D'après Ekendahl, cela montre que dans certains cas le traitement obligatoire peut produire le résultat inverse de celui qu'on attend.

Les résultats du traitement

Les recherches menées sur les résultats du traitement obligatoire dans les cas de toxicomanie ne donnent pas à penser que les établissements de la loi LVM parviennent souvent à débarrasser leurs patients de la dépendance dont ils souffrent. Ekendahl (2001) cite quatre études d'après lesquelles aucun signe d'amélioration n'a été enregistré pour 60 à 70% des patients, ce qui selon l'auteur équivaut à une rechute. Il affirme qu'à ce jour les recherches suédoises sur les résultats du traitement en établissement LVM n'ont pas permis de démontrer que la contrainte produisait un effet.

Beaucoup de recherches sont menées au niveau international sur les soins à apporter aux toxicomanes. Le Conseil suédois pour l'évaluation scientifique dans le domaine de la santé (SBU) a quant à lui constitué une base de connaissances sur le traitement des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie (2001). Cette base ne contient cependant pas les résultats des recherches effectuées sur le traitement obligatoire des toxicomanes.

Les principes de l'analyse éthique

Toute décision relative aux problèmes d'ordre éthique doit s'appuyer sur les faits et sur un certain nombre de principes de base en matière d'éthique. Les problèmes éthiques découlent de contradictions entre des principes et l'analyse des faits disponibles. En se mettant d'accord de façon générale sur les principes éthiques qui doivent fonder l'analyse éthique, il est possible de clarifier les valeurs et les normes valables dans chaque cas. Sur ce plan, Hermerén (2000) a examiné les travaux de Beauchamp et Childress (1994), ainsi que de Gillon (1985), dans lesquels les auteurs étudient les principes d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice, sans ordre d'importance particulier.

Le principe d'autonomie

Selon le principe d'autonomie, chacun doit pouvoir décider de ce qu'il fait dans la vie, sauf si cela compromet l'autonomie d'autrui.

Qu'est-ce que choisir et décider en toute indépendance? Est-ce faire un choix entre deux possibilités? Selon Hermerén (2000), ce processus présuppose pour le décideur d'être bien informé des conséquences de ses choix pour lui-même et pour les autres. Hermerén se demande si, en plus de la satisfaction de pouvoir trancher entre les choix qui se présentent, l'intéressé ne devrait pas avoir la faculté de faire lui-même d'autres choix dans une situation donnée. Le droit que chacun a de décider de ce qu'il fait de sa vie, ou d'agir en fonction du projet qu'il s'est fixé, inclut le droit de choisir (dans certains cas) de conserver ce droit ou de le déléguer à un tiers.

Le principe de bienfaisance

Selon ce principe, chacun est censé faire du bien à autrui et éviter ou exclure ce qui peut lui faire du tort. Agir avec bienfaisance ne signifie pas pour autant être un bienfaiteur.

L'exigence pour chacun d'agir de façon bienfaisante, et non malfaisante, peut être interprétée de plusieurs façons. Si on l'interprète comme une exigence de solidarité envers les membres les plus nécessiteux de la société, elle implique que les besoins des patients sont primordiaux et que les besoins de

ceux qui sont dans la plus grande difficulté ou qui souffrent le plus sont prioritaires. En d'autres termes, les individus et les groupes vulnérables présents dans la société doivent recevoir un traitement de faveur. Dans la pratique, l'exigence d'agir de façon bienfaisante, et non malfaisante, s'emploie souvent pour tenter de mettre en balance des avantages anticipés, comme le bien-fondé d'un investissement dans un traitement ou une réhabilitation, avec des risques prévisibles.

Le principe de non-malfaisance

Selon ce principe, chacun se doit d'éviter de faire du mal à autrui ou de lui causer un préjudice. Le principe de non-malfaisance consiste à réduire la souffrance au minimum.

Le principe de justice

Le principe de justice implique que des cas identiques (personnes, actes, motifs, etc.) soient traités ou jugés de la même manière. Il met en relief le fait qu'il serait contraire à l'éthique d'accorder à certains groupes un traitement spécial, à moins que des différences éthiques pertinentes le justifient. Ainsi, on s'abstiendrait de prendre des mesures (coercitives notamment) à l'égard de certains groupes à moins de prendre les mêmes mesures à l'égard d'autres groupes présentant des caractères comparables. Dans l'exemple qu'il donne, Hermerén (2000) explique que, si dans des situations semblables on intervient vis-à-vis de B, mais pas de A, c'est peut-être parce que les pronostics pour A et B sont différents et justifient par conséquent un traitement spécial. Mais pourquoi faudrait-il tenir compte des pronostics? Etablir des différences sur le plan éthique peut engendrer des controverses dans lesquelles les normes et les valeurs s'opposent.

La critique sur le plan éthique du traitement obligatoire en institution

Le fait de pouvoir contraindre un toxicomane à suivre un traitement si l'on «craint» qu'il nuise gravement à lui-même ou à un proche a suscité des critiques. Les impondérables, qui existent toujours quand on tente d'anticiper un comportement

humain, doivent être pris en considération dans l'analyse. Une intervention fondée sur la nécessité de protéger la société doit paraître légitime et juste, même si elle comporte une part d'incertitude.

Les deux chercheurs suédois Bergmark et Oscarsson (2000) décrivent de la manière suivante le travail effectué avec les toxicomanes dans les services sociaux: on respecte l'intégrité et l'autonomie du toxicomane dans une relation personnelle et une responsabilité partagée entre les services sociaux et le patient, au travers de l'assistance et du traitement. Parallèlement à cela, en exploitant les ressources de la société et du toxicomane, on crée les conditions nécessaires pour aider le patient à se débarrasser de façon permanente de sa dépendance. Bergmark et Oscarsson pensent que les principes éthiques exprimés ainsi sont le principe d'autonomie (le toxicomane est responsable pour lui-même) et le principe de bienfaisance (la société a une responsabilité et doit exploiter ses ressources pour venir en aide au toxicomane). Les chercheurs ajoutent qu'en ce qui concerne le traitement obligatoire en institution, la question de la diminution de la souffrance est aussi primordiale.

Bergmark et Oscarsson analysent le traitement obligatoire sur le plan éthique et concluent que le respect du principe d'autonomie n'occupe une place secondaire que si la bienfaisance est maximale et la non-malfaisance minimale. A ce jour, toutefois, les recherches effectuées sur le traitement obligatoire n'étaient pas la thèse selon laquelle il aurait des effets bénéfiques ou réduirait la souffrance du toxicomane. Il n'est donc pas défendable, d'un point de vue éthique, de laisser de côté le principe d'autonomie.

Par ailleurs, Bergmark et Oscarsson posent la question de savoir s'il est défendable sur le plan éthique de contraindre un toxicomane qui expose autrui à un danger uniquement par ses actes. Ils demandent également s'il est défendable sur le plan éthique qu'un toxicomane dont on «craint» qu'il nuise à autrui puisse être maintenu jusqu'à six mois dans un établissement de traitement, alors qu'un alcoolique qui conduit une voiture en état d'ébriété et met sa vie et celle des autres en danger de

mort ne risque en général que deux mois de prison au plus. Les chercheurs donnent une explication plausible de la raison pour laquelle la société considère les droits de l'individu de façon différente selon que l'on se place sous l'angle de la loi LVM ou sous celui du Code pénal, la «conséquence» dans le premier cas étant un traitement obligatoire au lieu d'une peine: les toxicomanes ne sont pas responsables de leurs actes et doivent par conséquent suivre un traitement. Au fond, la loi existe pour le bien du toxicomane.

Le paternalisme opposé à l'autonomie

Dans tout débat sur le traitement obligatoire, il est normal d'aborder la question du paternalisme. Collste (1996) oppose le paternalisme à l'autonomie et fait une distinction entre paternalisme fort et paternalisme faible. D'après lui, le paternalisme fort, c'est choisir une mesure censée être dans le plus grand intérêt du patient, sans tenir compte de ce que celui-ci souhaite et pense. Le paternalisme faible, c'est choisir une mesure pour un patient dont on considère qu'il n'est pas capable de décider de ce qui est le mieux pour lui. Selon Tännsjö (1998), il serait bon d'adopter une attitude de prudence à l'égard du paternalisme et de l'approuver uniquement lorsque l'enjeu pour le patient est très important.

Pettersson (2003) pense que dans le cadre du traitement obligatoire d'un toxicomane, la société prend en charge la responsabilité du traitement du patient, dans le but de changer à long terme les habitudes de ce dernier. A un certain stade, et à la suite d'un processus permettant de vérifier que le patient prend conscience de son état critique, le droit à l'autonomie est rétabli. La privation temporaire de l'autonomie et l'atteinte à l'intégrité qui en découle sont des mesures nécessaires destinées à permettre au patient de reprendre conscience de la situation dans laquelle il se trouve, et à lui donner les moyens de se prendre en charge et de changer ses habitudes de façon permanente.

Lorsque la décision de contraindre un toxicomane à suivre un traitement obligatoire est prise, la société se porte responsable

du toxicomane pour une période donnée. Le droit de la personne concernée à l'autonomie est subordonné à la notion de paternalisme, l'argument étant que la contrainte est nécessaire pour que la personne, qui ne sait pas ce qui est bon pour elle, mette ainsi fin à sa dépendance. La société considère que, puisque la dépendance conduit à la souffrance, lorsque la personne concernée ne parvient pas elle-même à faire quoi que ce soit pour briser sa dépendance, il faut prendre des mesures coercitives pour diminuer la souffrance. La diminution de la souffrance est par conséquent un motif essentiel du traitement obligatoire.

Afin qu'il soit acceptable sur le plan éthique de placer la responsabilité et l'autonomie du toxicomane en position mineure, il faut que le traitement obligatoire débouche réellement sur une diminution de la souffrance. On peut peut-être affirmer que, quand le gouvernement a recours à des mesures coercitives (fondées sur le principe de bienfaisance), la souffrance du toxicomane diminue pendant le traitement proprement dit. Ce point de vue peut servir d'argument pour subordonner le principe d'autonomie. Cependant, la «souffrance» ne devrait-elle pas être réduite sur le long terme également, pour que le traitement obligatoire soit justifiable? La réalité montre que les résultats du traitement obligatoire dans sa forme actuelle ne répondent pas à ce besoin.

Le traitement obligatoire des toxicomanes est critiqué parce que les résultats ne répondent pas aux attentes des patients, de leurs proches et de la société dans son ensemble. De plus, il est difficile de prévoir ce que le traitement va effectivement apporter. Le toxicomane va-t-il mettre totalement fin à sa dépendance, ou suffit-il qu'il réduise sa consommation et dans ce cas à quel niveau? Va-t-il briser sa dépendance définitivement ou pour une courte période seulement? Doit-il passer à une drogue jugée moins dangereuse?

Il existe actuellement un débat sur le point de savoir si les activités des services sociaux doivent reposer une base plus scientifique. Le personnel de ces services devrait alors appliquer des méthodes éprouvées. Il faut avoir les mêmes exigences à l'égard du traitement obligatoire. Pour que la société en

reconnaisse la légitimité, les résultats escomptés doivent être plus largement atteints que ce n'est le cas aujourd'hui. Les méthodes employées doivent être fondées sur des connaissances scientifiques et sur des expériences, pour que les personnes soumises à un traitement obligatoire aient la certitude qu'il sera vraiment efficace. Le traitement obligatoire pourra ainsi acquérir une légitimité sur le plan éthique. Or, à ce jour, les résultats restent modestes. Certains iraient même jusqu'à soutenir qu'il fait plus de mal que de bien.

Bibliographie

Beauchamp, T. L. et Childress, J. F., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York, 1994 (4^e édition), cité dans Herméren (2000).

Bergmark, A. et Oscarsson, L., «Vad får det kosta att bota missbrukare?», in Pettersson, U., *Etik och socialtjänst*, Gothia, Stockholm, 2000.

Collste, G., *Inledning till etiken*, ouvrage universitaire, Lund, 1996.

Conseil suédois pour l'évaluation scientifique dans le domaine de la santé (SBU), *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapsmanställning*, rapports n^{os} 156/I et 156/II, Stockholm, 2001.

Ekdahl, M., *Tvingad till vård – missbrukares syn på LVM, motivation och egna möjligheter*, Akademisk avhandling, Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete, 2001.

Gillon, R., *Philosophical Medical Ethics*, Wiley, New York, 1985, cité dans Herméren (2000).

Herméren, G., «Utgångspunkter för etisk analys i socialt arbete», in Pettersson, U., *Etik och socialtjänsten*, Gothia, Stockholm, 2000.

Kommittédirektiv, *Översyn av tillämpningen av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall*, dir. 2002: 10.

Pettersson, I.-M., *Etik i tvångsvård. Att göra gott för andra med hjälp av tvångsvård*, Magisteruppsats, Ersta Sköndal Högskola, Stockholm, 2003.

SOU, *Missbrukaren, socialtjänsten och tvånget*, Betänkande av Socialberedningen, Statens Offentliga Utredningar, ministère des Affaires sociales, Stockholm, 1987, p. 22.

SOU, *Psykisk störning, brott och ansvar*, Betänkande av Psykiatriansvarskommittén, Statens Offentliga Utredningar, ministère de la Justice, Stockholm, 2002, p. 3.

SOU, *Tvång och förändring. Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård*, Betänkande av LVM-utredningen, Statens Offentliga Utredningar, ministère des Affaires sociales, Stockholm, 2004, p. 3.

Tännsjö, T., *Vårdetik*, Thales, Stockholm, 1998 (3^e édition révisée).

Le placement obligatoire : l'alternative entre prison et obligation de soin

par A. Lourenço Martins

La communauté mondiale a émis à l'adresse des trafiquants de drogue un message constamment marqué par la sévérité des sanctions. Curieusement, les toxicomanes comparaisant devant les tribunaux ont été inclus dans cette vague répressive, leur position de «victimes» étant fréquemment oubliée.

Un changement d'attitude

Dans les systèmes législatifs et dans la «praxis» des tribunaux de l'Union européenne, nous constatons un changement d'attitude – même s'il est encore lent – à l'égard des toxicomanes qui leur sont présentés, que ce soit pour les «infractions de drogue», notamment la consommation, ou les infractions directement ou indirectement liées à la drogue.

Nous commençons enfin à trouver la place et le rôle adéquats du système de justice: lorsque le soutien aux toxicomanes se sera déplacé vers les domaines de la santé et de la solidarité sociale, ce système pourra malgré tout constituer un élément important de l'impulsion donnée à leur récupération. Dans les pays où consommer, acquérir et détenir pour sa propre consommation des plantes, substances ou préparations interdites sont sanctionnés pénalement¹, ce changement d'attitude passe par l'adoption de mesures alternatives aux sanctions pénales traditionnelles pour ce type d'infractions, parmi lesquelles figurent le «trafic/consommation». Font partie de ces mesures alternatives l'admonestation formelle, l'amende, le travail d'intérêt général, la peine de prison ou la sanction administrative avec sursis assorti de conditions, en particulier celle de se soumettre à un traitement contre la toxicomanie.

1. Certains pays ont cessé de punir pénalement la consommation et la détention de drogue, ces conduites étant sanctionnées administrativement (Espagne, Italie et Portugal).

2.

La situation se pose en termes équivalents pour ce qui est de l'application d'une sanction par l'autorité administrative, laquelle serait suspendue à condition également que l'intéressé se soigne.

3.

Dans cette hypothèse, nous n'envisageons même pas l'application de la mesure par l'autorité administrative (sans garanties d'impartialité et de procédure régulière).

4.

Voir la base de données européenne en matière de législation sur les drogues: <http://eldd.emcdda.eu.int/>

5.

Au Portugal, les toxicomanes condamnés à une peine de prison non supérieure à 3 ans peuvent bénéficier d'un sursis avec obligation de traitement (accepté volontairement). La procédure elle-même peut être suspendue sur décision judiciaire, et en accord avec le prévenu. La suspension peut encore survenir dans les phases d'investigation ou d'instruction de la procédure. Les sanctions administratives, non pécuniaires, pour consommation ou possession de drogue à l'encontre des toxicomanes sont, quant à elles, préférentiellement suspendues au motif de traitement.

Situations concrètes

La question essentielle qui se pose actuellement est de savoir jusqu'à quel point seront éthiquement légitimes les situations suivantes:

- l'application ou la menace d'application, par un tribunal, d'une peine de prison pour délit de drogue ou liée à la drogue, qui serait suspendue – la peine ou la procédure elle-même – à condition que le prévenu toxicomane se soumette à un traitement²;
- l'application directe, par un tribunal³, de la mesure de traitement obligatoire d'un toxicomane, sans qu'il y ait eu de condamnation pénale et indépendamment de son accord volontaire.

Dans le premier cas, si le prévenu ne se soumet pas au traitement, la procédure suit son cours pour ce qui est de l'exécution de la peine ou pour son application; dans le second cas, aucune option n'est proposée au prévenu, autrement dit la mesure de traitement obligatoire est exécutée durant la période décidée par le tribunal.

Sous une forme ou sous une autre, la première situation existe dans la plupart des pays du monde occidental⁴, par exemple en Autriche, en Belgique, en Espagne (dans des conditions assez rigides), en France («injonction thérapeutique» du ministère public en liaison avec les autorités sanitaires ou «composition pénale»), en Allemagne (sous la bannière «thérapie» au lieu de «châtiment»), en Irlande, en Italie, aux Pays-Bas, au Portugal⁵. Généralement, pour que la mesure de traitement alternatif à la peine de prison à laquelle il a été condamné soit appliquée au toxicomane, le consentement de ce dernier est exigé.

Cadre éthique

Il semble donc souhaitable, préalablement à la discussion, de donner une idée générale du cadre éthique tel que nous l'envisageons.

Alors que la morale établit des conduites et des règles que beaucoup (ou certains) supposent valides en tout lieu et garan-

tissant un référentiel commun, l'éthique «fait l'examen de la justification rationnelle des jugements moraux», recherche les raisons pour lesquelles nous les considérons valides, en les comparant avec les règles morales d'autres personnes. Ainsi, l'éthique devra être laissée à l'appréciation de chacun, alors que la morale est universelle.

Cependant, l'éthique s'intéresse plus à la réflexion qu'aux règles, non pas tant pour la découverte théorique et la recherche du modèle de «l'art de vivre» que dans le but rationnel de vérifier la façon dont concrètement nous pouvons mieux vivre⁶.

A l'instar d'un auteur brésilien⁷, et avec toutes les réserves qu'exige la réduction simpliste, nous distinguerons trois grands courants philosophiques de pensée sur «l'agir» humain.

Le premier – aristotélien – part de l'homme comme animal politique, doué de langage, agissant de façon logique, se développant dans une société donnée et à un moment donné, dans le cadre de formes concrètes de «gouvernement de la cité» et dans le but d'être heureux. Par vertu, Aristote entend une force et une excellence ayant trait aux valeurs pratiques et intellectuelles de l'existence. Le comportement éthique comprendra non seulement les réflexions spécifiquement «morales», mais il suppose encore, dans le cadre d'une certaine notion de la nature humaine, une dose de sagesse ou de prudence pour le commerce avec le monde. Les vertus sont le but que tout homme peut et doit chercher à atteindre, bien éloignées de simples réactions d'hédonisme ou de peur.

Le deuxième courant éthique, utilitariste, aux racines anglo-saxonnes et ayant des partisans moins spéculatifs, considère comme valeur éthique à poursuivre dans la vie la recherche du plus grand bien possible pour le plus grand nombre, sans exclure celui qui agit (John Stuart Mill). A titre d'exemple, s'il fallait choisir, dans une situation où les ressources financières sont limitées, entre allouer plus de ressources pour sauver des enfants ou pour traiter des malades du sida en phase terminale, le choix éthiquement approprié serait celui des enfants, car il représenterait une plus grande espérance de vie et davantage de possibilités de bonheur. Dans la pratique, on se heurte

6. Voir Fernando Savater, *Ética para Amador*, trad. portugaise, Editorial Presença, 2004, p. 28.

7. Alvaro L. M. Valls, «Ética na Contemporaneidade» (Dep. Filosofia – UFRGS), voir www.bioetica.ufrgs.br/eticacon.htm

néanmoins à la difficulté de savoir quel est le bien final pour les hommes, étant donné la relativité de la notion d'utilité.

Le troisième courant prend sa source dans la philosophie kantienne et se centre sur la notion de devoir qui s'exprime dans le fameux impératif catégorique: «N'agis en fonction d'une maxime que si tu peux vouloir qu'elle devienne une loi générale.» Pour Kant, ce qui compte dans l'action, c'est la volonté de la personne qui agit et d'agir en fonction de son devoir. La liberté n'est pas que le refus de toute détermination extérieure, elle est la conscience de l'indépendance face aux pesanteurs et aux circonstances. La seule limite de mon action libre réside dans l'autre doté du même pouvoir/devoir. Dans la deuxième formulation de l'impératif catégorique – «agis de telle manière que l'humanité (toi-même et aussi les autres) soit pour toi une fin en soi et non un moyen» – se trouve consacrée l'éthique du respect de la personne humaine singulière et de l'humanité en général. On dit de cette théorie qu'elle est moderne dans la mesure où elle fait confiance à l'homme, à sa raison et à sa liberté. Elle est étrangère au capitalisme consumériste puisqu'elle n'accorde pas une grande valeur à la jouissance des plaisirs et qu'elle met de façon privilégiée l'accent sur les devoirs. Le bonheur se trouverait dans la conscience du devoir accompli, dans la tranquillité de la bonne conscience.

Il y a pourtant ceux qui objectent (tel Merleau-Ponty) que la liberté ne se trouve pas au-delà de mon être mais plutôt dans les choses. Elle est échange et retrouvailles de l'intérieur et de l'extérieur, parce que l'homme est libre dans le monde et avec les autres. Il n'y a ni déterminisme ni choix absolu. Nous ne nous trouvons pas seulement dans le monde, nous sommes le monde.

Sans vouloir prendre parti pour l'une quelconque de ces thèses, il vaut la peine de souligner certains points importants. On dit que le seul monde où l'on puisse vivre bien est celui où les personnes traitent les autres en tant que personnes (Fernando Savater). Comme critère pratique pour réaliser ce lemme, chacun doit essayer de se mettre à la place de l'autre, ce qui ne veut pas dire lui donner toujours raison. Reconnaître quelqu'un comme son semblable suppose comprendre l'autre à

partir de l'intérieur, adopter, ne serait-ce que pour un seul instant, son point de vue, tenir compte de ses droits et, à défaut, de ses raisons.

Nous approchons concrètement le respect de la dignité humaine en toutes circonstances, même si certains⁸ ajoutent qu'il faut tenir compte du «mérite» conquis par chacun.

D'un autre côté, toutes les théories morales importantes intègrent le principe de l'impartialité, vu également comme l'interdiction de l'arbitraire dans le traitement de chaque personne, comme la considération impartiale de ses intérêts.

Le neuroscientifique portugais António Damasio⁹ affirme que nous ne disposons pas d'un centre ou de centres de la morale. Le bien et le mal ne sont pas révélés, ils sont découverts. Les comportements éthiques sont le résultat de certaines synergies : régulation biologique, mémoire, décision, créativité. Donnant raison à Spinoza, il affirme : «La réalité biologique de la préservation de soi donne lieu à la vertu parce que, selon notre besoin inaliénable de nous maintenir, nous devons nécessairement aider à préserver les autres soi.» Nous ne nous préservons pas sans la société. «Les bonnes actions sont celles qui, tout en faisant le bien de l'individu via ses appétits et ses émotions naturelles, ne font pas de mal aux autres individus.» Notre bien découle de l'amitié et du bénéfice que nous apportons aux autres. La tendance naturelle à la recherche de la concorde sociale a été incorporée par l'évolution des cerveaux avec des comportements coopératifs.

Respect des individus

Dans les sociétés européennes contemporaines qui plongent leurs racines dans les principes éthiques ci-dessus mentionnés – et sans perdre de vue que ces valeurs ne sont pas gravées de façon indélébile dans le temps –, le respect de l'homme et de sa dignité, en particulier de celui qui souffre le plus ou se trouve le plus démuné de biens matériels ou spirituels, faisant appel à la solidarité, apparaît comme cadre paradigmatique d'une discussion de cette nature. Du concept protéiforme de liberté, qui ne saurait être absolue puisqu'elle rendrait non viable le

8. Voir Rachels, James, *The Elements of Moral Philosophy* (4^e édition), McGraw-Hill, New York, 2002.

9. Voir Damasio, António, *Spinoza avait raison*, traduit de *Looking for Spinoza* (Harcourt Ed.), Odile Jacob, Paris, 2003.

commerce en société, est extrait le poids de la responsabilité des choix faits (l'éthique de la responsabilité); de la confrontation avec les intérêts de la société (impératif éthique) ne saurait résulter la submersion ou même l'invasion non nécessaire du réduit privé de chacun.

La confrontation des valeurs doit avoir lieu dans le respect des principes de tolérance et de pluralité, quoique sans minimiser l'égalité, sans offense non nécessaire de l'autonomie individuelle et dans un climat d'impartialité dans l'argumentation. De nombreux instruments internationaux importants, de la Déclaration universelle des droits de l'homme et des conventions internationales relatives aux droits de l'homme aux Constitutions nationales, en passant par la Convention européenne des Droits de l'Homme, incorporent des principes éthiques; mais du fait même de l'érosion du temps, là aussi la discussion éthique s'impose¹⁰.

Une alternative à la peine de prison

Quand est appliquée à un toxicomane une mesure de traitement comme alternative à la peine de prison, le *punctum saliens* concerne, en termes éthiques, la validité du consentement donné. Le consentement donné doit être mis en parallèle avec l'éventuel consentement négatif, c'est-à-dire le refus.

Ce n'est que dans une situation de libre arbitre que peut être conçue une décision prise en liberté dont découle la responsabilité, pour le bien comme pour le mal. Aristote signalait déjà que n'était volontaire ni l'acte accompli de force ni celui qui s'accompagnait d'ignorance. Celui qui n'est pas «maître de lui-même» est à même de désirer, mais il ne peut pas agir par libre choix. Pouvoir agir comme on le doit implique que l'on puisse agir comme on le veut.

La préservation de l'autonomie individuelle a trait à la non-instrumentalisation, au droit de non-ingérence de l'Etat ou des concitoyens. Une information bonne et pertinente permet de faire les meilleurs choix. Prenons un exemple récent d'un instrument international dans un domaine voisin, la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine¹¹:

10. Voir l'article 5, alinéa e, de la Convention européenne des Droits de l'Homme elle-même, qui ouvre une exception à la liberté, «s'il s'agit de la détention régulière d'une personne susceptible de propager une maladie contagieuse, d'un aliéné, d'un alcoolique, d'un toxicomane ou d'un vagabond». La stigmatisation qui découle de ces situations, y compris celle du toxicomane, véhicule à notre avis un excès qui peut blesser la dignité de ces personnes.

11. Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine, STCE n° 164. Cette convention a été ouverte à la signature des Etats membres du Conseil de l'Europe à Oviedo le 4 avril 1997; elle est en vigueur depuis le 1^{er} décembre 1999 et a été ratifiée par dix-huit pays du Conseil de l'Europe (au 1^{er} octobre 2004) – Voir le site web conventions.coe.int/Treaty/Commun/

«Une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé.

Cette personne reçoit préalablement une information adéquate quant au but et à la nature de l'intervention ainsi que quant à ses conséquences et ses risques.

La personne concernée peut, à tout moment, librement retirer son consentement.» (article 5)

Lorsqu'une personne n'a pas la capacité de consentir, l'intervention ne peut être effectuée que pour son bénéfice direct:

«[...] une intervention ne peut être effectuée sur une personne n'ayant pas la capacité de consentir, que pour son bénéfice direct.» (article 6)

Un régime semblable s'applique lorsqu'un majeur n'a pas la capacité de consentir à une intervention:

«Lorsque, selon la loi, un majeur n'a pas, en raison d'un handicap mental, d'une maladie ou pour un motif similaire, la capacité de consentir à une intervention, celle-ci ne peut être effectuée sans l'autorisation de son représentant, d'une autorité ou d'une personne ou instance désignée par la loi.» (article 6.3)

Par ailleurs:

«La personne qui souffre d'un trouble mental grave ne peut être soumise, sans son consentement, à une intervention ayant pour objet de traiter ce trouble que lorsque l'absence d'un tel traitement risque d'être gravement préjudiciable à sa santé et sous réserve des conditions de protection prévues par la loi comprenant des procédures de surveillance et de contrôle ainsi que des voies de recours.» (article 7)

En ce qui concerne les situations d'urgence:

«Lorsqu'en raison d'une situation d'urgence le consentement approprié ne peut être obtenu, il pourra être procédé immédiatement à toute intervention médicalement indispensable pour le bénéfice de la santé de la personne concernée.» (article 8)

Enfin, en cas de recherche sur des personnes, il faut non seulement un consentement libre et éclairé, mais celui-ci doit avoir été donné expressément, spécifiquement et par écrit; ce consentement peut, à tout moment, être librement retiré:

«Aucune recherche ne peut être entreprise sur une personne à moins que les conditions suivantes ne soient réunies:[...]

la personne se prêtant à une recherche est informée de ses droits et des garanties prévues par la loi pour sa protection.»
(article 16.iv)

Des garanties renforcées sont prévues pour la protection des personnes qui n'ont pas la capacité de consentir à une recherche.

Nous pensons qu'il n'est pas contestable, dans le cas du traitement comme alternative à la peine de prison, que même si l'acceptation est dite volontaire le tribunal exerce une certaine coercition psychologique sur le prévenu toxicomane. Celui-ci doit peser, d'une part, la souffrance, les désagréments prévisibles entraînés par la prison, parmi lesquels la probable privation de drogue, l'incertitude d'une assistance médicale appropriée et, d'autre part, la soumission au traitement, avec également une éventuelle souffrance et autres conditionnements, notamment s'il ne s'agit plus de la première fois. Or, qu'il opte pour le traitement ou qu'il le refuse, sa décision a besoin d'un minimum de liberté.

Sur le plan éthique, il faut s'interroger sur la validité du consentement ou du refus – autrement dit l'acceptation ou le rejet du traitement – par quelqu'un qui se trouve fragilisé dans sa volonté et dans sa compréhension, quelqu'un qui peut même ne pas être assisté médicalement, qui se trouve en situation de manque de drogue (syndrome du sevrage) ou psychologiquement affecté.

Ainsi, la conduite éthique respectant la dignité de la personne du toxicomane et son autonomie individuelle est celle qui ne le contraint pas à prendre une décision s'il n'a pas la maîtrise de lui-même, s'il n'est pas informé ni libre de choisir.

Si c'est le cas – et pour le déterminer, il faut une expertise médico-psychiatrique – l'Etat peut-il/doit-il, par le biais d'un organe indépendant, ordonner le traitement préliminaire de l'intéressé (désintoxication), jusqu'à ce que celui-ci parvienne, dans un délai relativement bref, à ce seuil de capacité?

Il nous semble que l'Etat doit créer les conditions requises et que ce n'est qu'après qu'il sera légitime de continuer. Cela signifie que ce n'est qu'après l'audition de l'expert et une éventuelle période de traitement – au caractère obligatoire non exclu – que le tribunal rend ou non le jugement conditionnel.

Le placement obligatoire

Dans la deuxième hypothèse, l'application de la mesure se fait indépendamment de la volonté du toxicomane, qui est alors soumis à un placement obligatoire, un traitement forcé.

Sur le plan éthique, ce qui est en cause ici n'est pas tant le consentement et l'autonomie individuelle – même si se pose préalablement le même problème de savoir si le refus du prévenu a été opposé de façon libre et éclairée – que des valeurs comme le droit à l'intégrité morale et physique, et à la défense de la vie privée contre l'ingérence de l'Etat dans la sphère intime du citoyen toxicomane.

Cette situation se discute:

- soit par rapport aux toxicomanes qui ont commis des infractions d'une certaine gravité;
- soit par rapport à ceux qui n'ont commis que des infractions de consommation ou de possession en vue de la consommation, infractions qualifiées par la loi de délits ou de simples infractions administratives.

Dans le premier cas, on dit que le bien commun rend légitime le traitement coercitif en invoquant, par parallélisme, le fait que dans la plupart des pays l'éducation est obligatoire jusqu'à un certain âge, que l'on impose dans les hôpitaux un isolement forcé aux personnes atteintes de maladies graves et contagieuses; on fait valoir par ailleurs que l'intéressé est incapable de mettre fin à sa toxicomanie et que le lien entre la drogue et la criminalité constitue un risque pour la société¹².

Toutefois, cette imposition ne se justifierait que pour des personnes reconnues dans le cadre d'une procédure équitable et pour des infractions où la toxicomanie aurait joué un rôle

12. Kapardis, Andreas (Chypre), « Le traitement obligatoire et le placement d'office », texte présenté lors du Séminaire sur les questions éthiques et déontologiques, Conseil de l'Europe, Strasbourg, 6-7 février 2003.

important, et encore avec la garantie pour la majorité d'entre elles d'un résultat efficace.

Dans le deuxième cas, où il n'y a pas eu de procédure formelle en justice, on ne pourrait défendre le traitement obligatoire, mais seulement l'encouragement à ce même traitement¹³.

Si nous attirons l'attention sur le traitement forcé de malades mentaux en comparaison avec celui de consommateurs de produits illicites, la prudence ne doit pas être moindre.

Dans le système légal portugais, la Constitution de la République prévoit la possibilité du «placement du porteur d'anomalie psychique dans un établissement thérapeutique adéquat, décrété ou entériné par une autorité judiciaire compétente¹⁴».

Le porteur d'anomalie psychique grave qui mettrait en danger des biens juridiques d'une valeur significative, les siens ou ceux d'autrui, de nature personnelle ou patrimoniale, et qui refuserait de se soumettre au traitement médical nécessaire, pourra être placé dans un établissement adéquat. Peut également être placé le porteur d'anomalie psychique grave et dépourvu du discernement lui permettant d'évaluer le sens et la portée de son consentement, cela quand l'absence de traitement aggraverait son état de façon accentuée¹⁵.

De nombreuses précautions encadrent cependant ce régime afin d'éviter l'arbitraire: un consensus entre médecins et juges est recherché, l'application de l'*habeas corpus* est prévue – en cas de délai excessif dans la décision, lorsque celle-ci a été prise par une entité incompétente ou en dehors des cas ou des conditions prévues dans la loi; le tribunal réexamine la situation chaque fois que cela est demandé et obligatoirement tous les deux mois.

On pense, *de jure condendo*, que ce régime, avec les adaptations nécessaires, pourra être également applicable aux toxicomanes si l'entité médicale compétente confirme la condition essentielle de l'existence d'une anomalie psychique grave.

13.

Sur un plan différent, dans le cas des toxicomanes enceintes, où se pose le droit de chacun non seulement à la vie mais encore à une vie saine.

14.

Article 27.3.h.

15.

Article 12 de la loi n° 36/98 du 24 juillet.

Dans bien des pays, on est loin d'avoir atteint un niveau de coopération satisfaisant entre le système de justice et le système sanitaire, quoique l'on commence à reconnaître qu'il s'agit là d'un partenariat essentiel dans le cadre de la procédure pénale qui concerne des toxicomanes.

Dans les études et les expériences scientifiques menées, il apparaît de plus en plus que la pression extérieure, de la famille ou du tribunal, est un facteur important du succès du traitement¹⁶. Aux Pays-Bas, les toxicomanes les plus difficiles peuvent être contraints au traitement dans des établissements de traitement pénitentiaires, pour une durée maximale de deux ans; cette méthode aurait été jugée positive par les participants eux-mêmes.

Plus l'utilisation du traitement obligatoire des toxicomanes se répandra, plus s'imposera le respect de principes éthiques avant, pendant et après ce traitement.

De même qu'il ne semble pas justifiable, en termes de respect de la dignité de la personne humaine, de soumettre un toxicomane à un traitement en tant que mesure alternative à la prison, sans son consentement libre et éclairé, de la même façon il ne faut pas ordonner de traitement obligatoire, pour une longue période, sans garanties d'un résultat bénéfique, et ne pas soumettre non plus le toxicomane à une désintoxication sans que celle-ci soit suivie d'une intervention stratégique adéquate visant à prolonger ce traitement.

16.
Voir www.project-cork.org/bibliographies/data/Bibliography_CompulsoryTreatment.htm

Dépistage des drogues au travail

par Tom Mellish

De nombreux problèmes posés par l'usage des drogues concernent également les cas de consommation excessive d'alcool, et beaucoup de politiques d'entreprise associent les deux. Il y a toutefois une différence de taille: la question de la légalité. La consommation d'alcool est légale dans notre société et fait généralement partie intégrante de notre mode de vie; les excès en la matière sont donc encore largement tolérés. En revanche, il est illégal de posséder et de consommer certaines drogues. Même lorsque les produits psychotropes utilisés le sont à des fins médicales et parfaitement légales, on y voit le signe de quelque autre faiblesse physique ou psychologique. Qu'il existe des politiques séparées pour l'alcool et pour la drogue, ou une seule et même politique pour les deux, la question de l'illégalité – de même que celle de la responsabilité de l'employeur au titre de la législation sur l'usage des drogues – doit être posée. L'éducation sanitaire ainsi que le rôle de la médecine du travail devraient être au cœur de toute politique de ce type. Ou peut-être faut-il présenter cette politique dans le cadre d'un plan global de promotion de la santé qui couvrirait un certain nombre de questions sanitaires générales.

Une politique sur la drogue et l'alcool aura à respecter les principes qui suivent.

Les engagements doivent être pris au sommet, au niveau de responsabilité le plus élevé de l'organisation. Sans cela, il est peu probable que le succès soit au rendez-vous.

Il faut que la politique se fixe quatre objectifs:

- reconnaître que l'abus d'alcool/l'usage de drogues est un problème de santé;
- prévenir l'abus d'alcool/l'usage de drogues en mettant en place des programmes de sensibilisation;
- identifier à un stade précoce les employés ayant un problème de cet ordre; et
- fournir une assistance aux employés qui souffrent de problèmes liés à la drogue/l'alcool.

Le champ d'application d'une politique

La politique doit s'appliquer à l'ensemble des salariés sans exception et ne présenter aucun caractère discriminatoire sur la base du statut, du sexe ou de la race, et cela à quelque niveau que ce soit. Le personnel d'encadrement et les employés doivent être concernés par tous les aspects de la politique et bénéficier à tout moment des mêmes opportunités d'assistance sociopsychologique et d'orientation, et, plus généralement, de la même considération. Si la politique fait également référence à l'alcool, une mesure visant par exemple à retirer du lieu de travail les distributeurs de boissons alcoolisées doit s'appliquer tant à l'espace réservé à la direction qu'à la cantine des employés.

La politique doit clairement établir qui a la responsabilité de sa mise en œuvre. Elle doit aussi définir les responsabilités des directeurs, des chefs de service et des contremaîtres en ce qui concerne son application au quotidien.

Il est donc nécessaire qu'elle énonce clairement les procédures à suivre en cas de problème de drogue ou d'alcool. Elle doit en outre préciser que l'assistance offerte aux employés pour des problèmes de ce type n'entre pas dans le cadre de la procédure disciplinaire. Les procédures d'orientation par le superviseur, la direction ou la médecine du travail doivent être définies, de même que celles ayant trait à l'orientation par la personne concernée. La politique doit reconnaître que des rechutes ne sont pas exceptionnelles, et donc prévoir des procédures afin que les cas soient évalués en toute objectivité.

Elle doit également établir clairement à quel moment ou dans quelles circonstances les procédures disciplinaires seront engagées, par exemple si un individu souffrant de problèmes liés à l'alcool ou la drogue refuse l'aide qui lui est offerte, nie le problème ou bien interrompt un traitement, et que son travail et son attitude s'en ressentent. Il en est de même lorsque certaines tâches sont considérées comme sensibles en termes de sécurité et que le fait d'être sous l'influence de drogues ou d'alcool constitue alors une infraction immédiate à la discipline.

Il est généralement admis, dans les centres de désintoxication, que de nombreux toxicomanes ont un travail, une consomma-

tion maîtrisée plutôt que chaotique, et les moyens financiers d'entretenir leur consommation. On peut donc affirmer que quelqu'un qui prend de la méthadone n'a pas de problème puisque sa dépendance est contrôlée et qu'elle est traitée de manière satisfaisante à la fois pour l'individu concerné et pour l'employeur quant au travail de son salarié.

Certains employés prennent des psychotropes obtenus sur ordonnance, d'autres abusent de cette prescription. Chaque jour, au moins un million de personnes utilisent des tranquillisants qui leur ont été prescrits, beaucoup pour des raisons personnelles qu'elles ne souhaiteraient pas franchement révéler à leur chef de service ni au responsable des ressources humaines de leur entreprise. Tout ce que l'employeur a besoin de savoir dans de telles circonstances, c'est si la personne est ou non en état de travailler. Cependant, il n'est pas nécessaire que la politique prévoie dans quels cas l'employé doit informer son employeur des médicaments qu'il prend sur prescription et de la manière dont ceux-ci pourraient affecter sa capacité à mener à bien les travaux qui lui sont confiés.

Les procédures doivent prévoir le droit, pour l'individu, d'être accompagné à tout moment d'un représentant syndical.

La politique doit, bien évidemment, garantir une stricte confidentialité. Un individu ou un service impliqué dans le diagnostic ou le traitement d'un employé souffrant d'un problème de drogue ou d'alcool ne doit en aucune manière dévoiler quoi que ce soit à l'employeur sans l'autorisation écrite dudit employé. Un employeur n'est pas autorisé, pour sa part, à faire apparaître dans le dossier d'un salarié des informations concernant le problème ou son traitement. La seule chose qu'il ait réellement besoin de savoir est si l'employé est ou non en mesure de travailler et d'assumer les tâches dont il a la responsabilité.

La politique doit également garantir aux employés qu'ils ne feront pas l'objet de reproches ni d'un jugement, cela afin de les encourager à se faire connaître.

Des garanties doivent par ailleurs être données concernant la sécurité de l'emploi, les droits à pension et tous les autres avan-

tages et droits en matière d'emploi de tout individu suivi ou traité pour un problème de drogue ou d'alcool.

Une politique ne doit pas servir à se débarrasser d'un employé mais, au contraire, à le soutenir et à s'assurer qu'il peut continuer d'apporter sa contribution à l'entreprise. Chaque fois que cela est possible, il est important d'autoriser la personne concernée à reprendre le travail à son poste d'origine. Lorsque cette solution n'est pas souhaitable, une alternative doit être offerte qui ne soit pas moins favorable que la situation antérieure.

L'assistance sociopsychologique et le traitement doivent également faire partie intégrante de la politique. Dans la mesure du possible, ces services doivent être assurés par un organisme extérieur spécialisé et indépendant qui ait l'assentiment de toutes les parties. Il est fondamental qu'il ait la confiance de tous, faute de quoi le personnel évitera d'y avoir recours et la politique perdra toute crédibilité. Une fois de plus, la confidentialité se doit d'être absolue. Il est par ailleurs important que le traitement et le suivi aient lieu à un endroit et un moment qui conviennent à l'employé, et que les absences occasionnées soient considérées comme des congés maladies et payées en conséquence.

A l'instar de tout ce qui touche à la santé, à la sécurité et aux affaires sociales, la formation est une priorité. Celle-ci doit concerner tous ceux qui ont la responsabilité de la mise en place de la politique, mais aussi l'ensemble du personnel, de manière à ce que chacun comprenne la politique en question et le rôle qui lui est dévolu. Les premiers à remarquer un problème étant les collègues, il est nécessaire que ceux-ci sachent poser les bonnes questions et encourager leur camarade à demander de l'aide. La formation de l'équipe et l'engagement de chacun dans la politique sont donc essentiels. Il faut que cette formation, tout comme la sensibilisation qui l'accompagne, soit continue et régulièrement revue afin de s'assurer que les nouveaux membres de l'équipe y prennent part dès que possible.

Dépister ou ne pas dépister ?

Les études manquent pour déterminer si les programmes de dépistage réduisent effectivement les difficultés profession-

nelles liées à la consommation d'alcool ou de drogues. Les données disponibles n'apportent pas de preuves suffisantes pour montrer que les programmes de dépistage améliorent la productivité et la sécurité au travail. Les tests révèlent uniquement l'utilisation d'une substance donnée. Ils ne fournissent pas d'indication valide sur les effets sociaux et comportementaux de l'alcool et de la drogue. Au Royaume-Uni, par exemple, plus d'un million de personnes utilisent chaque jour des tranquillisants prescrits pour conserver leur équilibre personnel dans le travail et dans la vie de tous les jours.

Actuellement, aucun test ne peut évaluer avec précision l'effet de la consommation de drogue ou d'alcool sur le rendement au travail.

Il n'existe pas non plus d'analyse qui soutienne la thèse selon laquelle l'introduction d'un système de tests permettrait au final de faire des économies. Les «résultats positifs» reconnus à la mise en place d'un dépistage ne se justifient pas nécessairement au regard des coûts d'un tel programme, qui doit faire appel à des laboratoires dûment accrédités.

Le recours au dépistage des drogues pourrait révéler l'usage légitime et répandu de psychotropes pour tout un éventail de maladies de courte durée ou récurrentes qui, pour l'essentiel, n'intéressent ou ne regardent pas l'employeur. Cela ajouterait à l'inefficacité et au coût du programme de dépistage.

Mais le dépistage pose d'autres problèmes majeurs concernant notamment:

- *les relations professionnelles* – possibilité de s'aliéner la majorité des employés qui ne consomment pas de drogue;
- *la discrimination* – ciblage de certains groupes d'employés du fait de conjectures sur la question de savoir qui consomme de la drogue;
- *les problèmes juridiques* – le consentement éclairé à un prélèvement d'urine ou de cheveux peut être refusé si un employé est soumis à des pressions (par exemple perte de son emploi s'il ne s'y soumet pas);
- *la question de la fiabilité et de la compétence du dépistage* – très peu de laboratoires effectuant ce travail sont accrédités

par un organisme reconnu par la loi;

- *la protection des échantillons contre les falsifications*; et
- *le secret médical*.

Un bon système de dépistage des drogues coûte cher. La majeure partie des dépenses sert à s'assurer que le système est sûr, fiable et sans danger. Mais même le Comité international olympique a des doutes sur l'efficacité et la sécurité de son propre système, alors que la plupart des gens le juge très élaboré. Et les systèmes de tests n'apportent en eux-mêmes aucune garantie que le lieu de travail sera à l'abri de la drogue.

Les ressources d'un employeur peuvent être mieux employées si celui-ci travaille, de concert avec ses salariés et les syndicats, à réduire les accidents de travail et les maladies professionnelles. Une politique efficace et bien développée de gestion de la santé et de la sécurité, ainsi que la confiance qu'elle apporte, reste le meilleur moyen de lutter contre la drogue au travail.

Toutefois, si un employeur est déterminé à mettre en place un système de tests, il est souhaitable qu'il le fasse uniquement dans le cadre d'une politique élaborée en consultation avec les syndicats et le personnel. Seule une politique mise au point et «acquise» par toutes les parties concernées a une chance d'être appliquée avec succès.

La surveillance et le dépistage ne sont que des éléments d'une telle politique; en aucun cas ils ne constituent une politique en eux-mêmes.

Il est possible de recourir à un dépistage préalable au recrutement, mais cela permet simplement de déterminer si la personne était ou non sous l'emprise de l'alcool ou de la drogue au moment de l'entretien. Cela ne préjuge pas, en revanche, de ce que seront par la suite les habitudes sociales de l'employé. Un tel dépistage ne suffit pas à éviter les problèmes d'alcool ou de drogue sur le lieu de travail.

De plus, le dépistage présente le risque d'être pratiqué de manière discriminatoire, du fait de préjugés racistes au sujet de l'usage du cannabis, par exemple, dans certaines communautés ethniques. Certaines personnes peuvent en outre être accusées à tort par des supérieurs ou des collègues indécents. Les

employeurs courent également le risque de tomber sous le coup de la législation relative à la discrimination à l'encontre des handicapés. Il est nécessaire que les individus soient protégés contre ceux qui veulent injustement les mettre à l'écart.

L'éducation, l'information et la formation, combinées à un système disciplinaire lié de façon distincte mais claire à la politique relative à l'alcool et à la drogue, ont plus de chances de s'avérer efficaces.

Le problème du positionnement de la loi par rapport au dépistage des drogues soulève également des questions morales plus larges.

Vie privée, vie publique

La distinction entre sphère privée et sphère publique est fondamentale dans les sociétés libérales au Royaume-Uni et dans la plupart des pays d'Europe. Dans une société où règnent des valeurs de tolérance et d'autonomie, le simple fait qu'un comportement soit désapprouvé – ou nuisible à l'individu concerné – ne donne pas, en soi, le droit à d'autres de s'ingérer dans les choix personnels ou la vie privée de cet individu. Le fait qu'il puisse nuire à un individu ne donne pas carte blanche à l'Etat pour interférer dans le droit qu'a cette personne de ne pas renoncer à ce comportement.

La formulation la plus connue de ce principe est peut-être celle de J. S. Mill¹:

«Le seul objet qui autorise les hommes individuellement ou collectivement à troubler la liberté d'action d'aucun de leurs semblables est la protection de soi-même. La seule raison légitime que puisse avoir une communauté pour user de force contre un de ses membres est de l'empêcher de nuire aux autres. Elle n'en a pas une raison suffisante dans le bien de cet individu, soit physique, soit moral.»

On peut arguer que l'Etat a parfois raison d'intervenir de manière paternaliste pour protéger un individu contre les conséquences nuisibles de ses propres actes. Néanmoins, on se méfie généralement de toute ingérence dans la liberté individuelle, notamment parce que ce genre d'attitude pourrait

1.
De la liberté (1859).

conduire à des dérives sous couvert de protéger les autres. Le philosophe Grayling² affirme que les sociétés libérales accordent certes un poids moral spécial aux droits et aux libertés des individus, mais que ces libertés peuvent être restreintes lorsque des tiers sont concernés. Il y a en effet un consensus évident autour du fait qu'il faut s'intéresser de près à la consommation de drogues par les personnes dont le travail a des incidences sur le bien-être, voire sur la vie, d'autrui. Des passagers ne verraient pas d'un bon œil un pilote d'avion qui serait ivre ou qui «planerait» plus haut que son appareil.

Il serait donc justifié que des employeurs exigent de leurs employés qu'ils ne se présentent pas au travail dans un état qui, s'il ne constitue pas une menace du point de vue de la sécurité, peut causer un embarras certain, sinon une nuisance. Dans la plupart des cas, les syndicats ne verraient aucune objection à cela. Mais il s'agit là d'un dépistage effectué afin de confirmer ou d'infirmer une suspicion raisonnable; le dépistage aléatoire, en revanche, est contraire à l'éthique en ce sens qu'il s'oppose aux principes d'une société libérale lorsqu'un individu ne fait de mal à personne.

La liberté et la loi

Si un employé ou un candidat à un poste consomme du cannabis ou de la cocaïne, il commet un délit. Dans ce cas, un dépistage au travail est justifié.

Les employeurs ont en effet un intérêt légitime à savoir si les gens qui travaillent pour eux enfreignent la loi; mais c'est autre chose de les autoriser à contrôler *activement* les employés et les candidats – ce vers quoi tend le dépistage. Serait-il alors légitime que l'employeur aille plus loin et qu'il puisse perquisitionner la maison d'un futur employé, ou surveiller les transactions bancaires de son personnel, ou encore arrêter quelqu'un? La société attend-elle des employeurs qu'ils soient ses policiers?

Les employeurs s'intéressent bien sûr aux activités de leurs employés et aux conséquences que celles-ci peuvent avoir sur

2. Grayling, A.C., docteur en philosophie, professeur au Birkbeck College, université de Londres.

leur travail, mais cela ne leur donne pas le droit d'imposer des restrictions sur le temps libre dans le simple but d'accroître la productivité au travail. Un dépistage aléatoire qui met au jour les activités privées d'une personne crée une «zone grise» assez problématique. Cela amène à se demander dans quelle mesure, en l'absence d'accord et de définition explicites, un employeur peut exercer une influence sur la vie privée de ses employés. Seules des dispositions soigneusement établies par accord mutuel entre des individus et ceux qui les emploient à des postes mettant en jeu des questions de sécurité peuvent être considérées comme ayant un fondement éthique.

Les éléments réunis dans le cadre de l'enquête indépendante sur le dépistage des drogues au travail, menée en 2004 au Royaume-Uni, font apparaître que cette pratique constitue une atteinte à la vie privée et qu'il faut une raison juridiquement valable pour la justifier.

Objectifs et résultats

Plutôt que de s'intéresser à ce qui pourrait motiver les employeurs, peut-être serait-il plus judicieux de se pencher sur les résultats obtenus par des systèmes de dépistage des drogues. Si les tests n'améliorent pas la sécurité ni le rendement, leur raison d'être s'en trouve considérablement affaiblie.

Même lorsqu'il existe de bons arguments en faveur d'un dépistage au travail, des questions d'ordre éthique se posent toujours au sujet du type de dépistage utilisé. De manière générale, on s'accorde à dire que les employeurs devraient adopter la méthode la moins invasive possible pour arriver à leurs fins. Bien que le dépistage des drogues constitue rarement – sinon jamais – un traitement «dégradant» au sens de l'article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme³, il peut être vécu par beaucoup comme humiliant, inconfortable ou embarrassant.

Equité

Afin de s'assurer que les tests ne sont pas discriminatoires, il importe qu'aucun employé ne soit jamais «sélectionné» sans une bonne raison. Autrement dit, un dépistage des drogues au

3. Article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme : « Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants. »

travail – s'il n'est pas réalisé sur la base du volontariat – doit être l'effet d'une suspicion objective, faire suite à un accident ou procéder d'un choix aléatoire, cela dans le cadre d'une politique transparente et sur laquelle tout le monde est d'accord. Il est également important que toute action disciplinaire entreprise à l'encontre d'un employé dont le test s'est avéré positif soit équitable et proportionnée.

Si l'employeur effectue simplement des tests pour s'assurer que son personnel ne consomme pas de substances illicites, une mesure disciplinaire (suspension ou licenciement) peut alors être considérée comme une tentative, de la part de cet employeur, de s'arroger le droit de rendre la justice. Dans ce cas, en effet, il impose une «sanction» ou une condamnation, et agit ainsi de manière quasi judiciaire.

Cela implique que toute action disciplinaire doit se concentrer sur les conséquences d'un obstacle au travail plutôt que sur la consommation de drogues en soi. Mais il ne faut pas non plus négliger la responsabilité des employés. La société juge durement les gens qui conduisent en état d'ébriété. Il est également malvenu pour quelqu'un de se présenter au travail dans un état d'intoxication qui le rend inapte à s'acquitter de ses tâches et pourrait menacer la sécurité de ses collègues ou de membres du public.

Aide sociale

Les employeurs s'engagent de plus en plus dans l'aide sociale et médicale au personnel en fournissant des services de santé et un régime d'assurance maladie, et en mettant à disposition des équipements sportifs et autres installations de ce type. Ces «bons» employeurs se considèrent soumis à des obligations éthiques, de même qu'à des responsabilités légales, qui les contraignent à traiter avec tact les employés qui, par exemple, développent de graves problèmes de santé physique ou mentale. Cela s'explique en partie par le fait que priver des salariés de leur travail est susceptible d'exacerber de tels problèmes à une époque où les gens s'en remettent de plus en plus aux relations de travail pour trouver un soutien et structurer leur vie.

Des considérations semblables s'appliquent au personnel souffrant de dépendance à la drogue ou à l'alcool.

On peut également penser que les employeurs ont une responsabilité éthique qui les oblige à veiller à ce que la pression supportée au travail ne soit pas excessive au point d'augmenter de façon significative les risques que le personnel se tourne vers la drogue ou une consommation immodérée d'alcool – par exemple en s'assurant que les charges de travail ne deviennent pas insupportables et en prenant des mesures fermes contre le harcèlement au travail. D'où l'intérêt marqué, au niveau européen, pour les différentes manières de combattre le stress, comme le reflète l'accord entre les partenaires sociaux signé à la fin de 2004.

Problèmes sociaux et responsabilités sociales

Travailler permet de structurer sa vie, de bénéficier d'une aide sociale et de se constituer des réseaux de relations. Autrement dit, l'approche adoptée par les employeurs vis-à-vis du dépistage des drogues au travail a d'importantes répercussions sur l'ensemble de la société. Evidemment, la société ne peut raisonnablement espérer que les employeurs assument au-delà de certaines limites la responsabilité des problèmes sociaux, mais il est important que ces questions plus larges entrent dans le débat autour du dépistage des drogues au travail.

Les gens ne développent pas de problèmes d'alcool ou de drogue indépendamment de ce qui se passe autour d'eux. Il faut prendre en compte le contexte et les causes plus larges d'une consommation problématique de substances psychotropes. Une accumulation de témoignages montre que les contraintes au travail sont plus fortes que jamais, et que certaines personnes ont recours à la consommation d'alcool ou de drogue pour tenir le coup.

Il est évident que les politiques d'emploi, au niveau du pays ou de l'entreprise, doivent s'attaquer aux causes de la consommation de drogue et de l'excès d'alcool, en reconnaissant par exemple la nécessité de trouver un équilibre raisonnable entre la vie professionnelle et la vie personnelle.

Les employeurs sont, au même titre que tout le monde, des membres de la société, mais ils occupent des postes à responsabilités et détiennent une certaine autorité pour laquelle nombre d'entre eux n'ont reçu aucune formation et ne disposent guère, pour l'assumer, que d'une expérience limitée. Comme chacun de nous, ils sont concernés par les manchettes alarmistes des journaux à sensation, et, constatant que la drogue est à l'origine de nombreux crimes, ils réagissent en conséquence. Les grandes compagnies, qui comprennent leur responsabilité sociale, ont les moyens d'accéder à l'expertise nécessaire pour pouvoir gérer correctement ces questions délicates. Mais ce n'est pas le cas pour tous les chefs d'entreprises, qui voient parfois dans le dépistage des drogues un moyen de protéger leur affaire et qui ne l'envisagent qu'en termes de coûts/avantages. Malheureusement, le coût d'une approche inadaptée du problème de la drogue au travail n'apparaît que lorsque leur politique, s'ils en ont une, a échoué.

On ne peut sortir du borbier éthique et juridique que représente le dépistage des drogues que si les employeurs se demandent en premier lieu s'ils ont véritablement un problème, ce qui nécessite de parler au personnel et de l'impliquer totalement. S'ils souhaitent gagner la confiance de leurs salariés, les employeurs doivent faire preuve de respect à leur endroit et être prêts à consacrer du temps à ce dialogue. Dès lors que les employeurs respectent les personnes qui travaillent pour eux, la nécessité du dépistage des drogues commence à perdre de sa pertinence.

L'accès aux soins des jeunes usagers de substances psychoactives

par Olivier Simon, Renaud Stachel et Bruno Gravier

Dans la plupart des pays européens, on assiste à une réactualisation des questionnements autour du dispositif social et sanitaire destiné aux usagers de substances psychoactives mineurs ou adultes jeunes.

Dépistage non volontaire des drogues en milieu scolaire ou d'apprentissage, pénalisation accrue chez les sujets mineurs et, en corollaire, nouvelles formes d'injonction thérapeutique, hospitalisations en psychiatrie adulte faute de structures spécifiques sont les exemples concrets qui illustrent la tonalité émotionnelle du débat.

Or, l'accès aux soins, qui est un indicateur déterminant de l'efficacité et de l'équité d'un système de santé, apparaît directement tributaire de la manière dont ces problématiques sont abordées dans nos sociétés. La réflexion éthique prend alors une dimension cruciale, surtout lorsque l'on mesure l'écart entre les attentes irréalistes de beaucoup en matière d'éradication de la consommation et la réalité quotidienne où la consommation d'alcool ou de cannabis apparaît, sinon largement répandue chez les adolescents, du moins relativement banalisée.

Le but de ce chapitre est de passer en revue les questions éthiques liées à l'accessibilité des aides et soins concernant les jeunes consommateurs de substances. Après quelques précisions terminologiques, la synthèse proposée s'articulera autour du lien soignant/soigné d'une part, et autour de l'organisation des soins d'autre part. Nous illustrerons les questions qui se posent par quelques exemples concrets. Bien que présentant l'inconvénient didactique de soulever dans chaque cas plusieurs questions, nous avons préféré retenir des situations réelles afin de rendre compte de la complexité.

Usage «nocif pour la santé» ou usage «à risque»

Situation n° 1 – Un garçon âgé de 13 ans, n'ayant aucun antécédent selon ses dires, est amené par deux amis aux urgences de l'hôpital avec des symptômes transitoires de pertes de contact avec la réalité après ingestion d'un gâteau contenant du cannabis. Les trois jeunes refusent de dévoiler leur identité, de peur que leurs parents ne soient prévenus. Arrêté peu avant avec du cannabis destiné à sa propre consommation, l'un des jeunes fait l'objet d'une procédure pénale car il est soupçonné de trafic.

En matière de problèmes de santé liés à l'usage de substances psychoactives, la classification internationale des maladies renvoie essentiellement à la description des sujets adultes (1,2¹). Deux catégories principales sont définies: la dépendance chronique – qu'elle soit physique ou psychique – et la notion d'«usage nocif pour la santé» ou «abus». Cette notion suppose des consommations ayant fait la preuve de leurs conséquences négatives chez un sujet donné, en l'absence des critères pour une dépendance proprement dite. À côté de ces usages «maladies», une vaste catégorie d'usages non nécessairement problématiques pour la santé inclut aussi bien des consommations de nature isolée que des consommations de nature hédoniste, contrôlées, et plus ou moins ritualisées socialement, ou encore des consommations dites «à risques», risques qui se posent en des termes très différents selon la nature, la dose et la voie d'administration des substances en cause (3).

Chez les adolescents, cette classification n'est pas toujours adaptée (4). Les «dépendances», loin d'être toujours chroniques, apparaissent parfois subaiguës, voire aiguës. La prise de risque en elle-même peut devenir l'élément central, sans rencontrer pour autant les critères d'un «usage nocif pour la santé». Le risque pouvant alors se situer autant au niveau psychopathologique, comme dans la situation mentionnée, que dans l'initiation d'une dépendance ou simplement au niveau des conséquences sociales qui peuvent en découler.

Les enquêtes épidémiologiques qui relèvent globalement une nette augmentation de la prévalence de l'usage chez les plus

1. Ces chiffres renvoient à la bibliographie.

jeunes restent très imprécises quant à la prévalence des usages spécifiquement problématiques pour la santé². Si les enquêtes ont clairement invalidé l'ancienne théorie dite de l'«escalade» – un joint étant supposé conduire inexorablement à l'héroïne intraveineuse –, des observations chez les animaux suggèrent néanmoins que l'exposition précoce aux substances augmenterait la vulnérabilité neurobiologique à développer des dépendances ultérieures (5).

Ce type d'observation peut cependant faire oublier que l'appréciation des risques occasionnés par telle ou telle substance ne se limite pas à une dimension neurobiologique: les réponses de l'entourage ou de la communauté restent potentiellement bien plus dangereuses que la substance elle-même lorsque ces réponses conduisent à des processus de stigmatisation et d'exclusion (6).

Soins et accessibilité aux services

Définir l'«accès aux soins» suppose de s'interroger sur la notion de «soins» elle-même. Un tel soin doit-il nécessairement répondre à une demande explicite? S'agissant de consommateurs «à risques», en amont de l'apparition de «maladies», s'agit-il de soins, d'aide, ou d'actions de prévention, et de quelle prévention s'agit-il exactement?

Prévention primaire (avant l'apparition de la maladie), ou secondaire (repérage d'une forme dite infraclinique, avant l'apparition des symptômes)? Prévention dite sélective (visant l'ensemble d'une catégorie à risque), ou prévention dite indiquée (et dans ce cas, sur quels critères)? S'agit-il de prestations dans un contexte de relation d'aide, ou simplement de mise à disposition d'informations?

Finalement, ces prestations relèvent-elles du droit médical ou de règles régissant l'exercice d'autres professions (enseignants, intervenants sociaux, police), qui ont leur propre code de déontologie? Dans la suite, nous serons amenés à considérer les «soins» dans un sens élargi, plutôt que strictement médical.

Dans le champ des addictions, la notion d'accessibilité aux services dépend de critères dont certains commencent à être bien

2. Voir Office fédéral de la santé publique – OFSP, publications des résultats internationaux de l'enquête ESPAD, 2004 – téléchargeables sous forme de résumé sur le site www.bag.admin.ch/dienste/medien/2004/f/04121481.htm; Voir également: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), *Chiffres et données sur l'alcool et les autres drogues 2004*, Lausanne, 2004.

documentés (7-11). Parmi ceux-ci, le fait d'offrir un environnement physique et relationnel chaleureux, transmettant un message de respect de la personne et de confiance dans sa capacité à s'épanouir; des garanties de confidentialité, soutenues par des mesures de gratuité, voire de possibilité de consulter de manière anonyme, apparaissent comme des critères déterminants. Une proximité géographique et temporelle (délai du premier rendez-vous), une offre plurielle, flexible et capable de répondre aux besoins d'aide les plus divers, en prenant le patient là où il est et non là où certains souhaiteraient qu'il soit sont également importants.

Questions éthiques liées au comportement professionnel des intervenants

Situation n° 2 – Une jeune fille de 15 ans a consulté l'infirmière de son établissement scolaire, sur les conseils d'une amie, qui lui a expliqué qu'elle pouvait le faire sans risque que sa mère n'en soit informée. Elle a eu des rapports non protégés lors d'une soirée, après avoir consommé des substances qu'elle identifie comme du GHB ou de l'ecstasy; elle ne se souvient pas avec précision de ce qui s'est passé. Deux semaines plus tard, l'infirmière est appelée par la mère, qui insiste pour connaître la raison des consultations. Malgré la rigueur de l'infirmière concernant son devoir de confidentialité, se sentant menacée, la jeune fille décline les propositions. On apprend quelque temps plus tard que la mère est hospitalisée, à la suite d'une tentative de suicide par ingestion de médicaments.

Authenticité, chaleur, professionnalisme et capacité à inscrire le patient dans un processus partenarial et participatif sont les qualificatifs usuels de la relation thérapeutique. D'un point de vue plus spécifiquement éthique, on peut ajouter confidentialité, respect de la sphère privée et loyauté (12). En thérapie des addictions, la recherche clinique suggère que la possibilité d'impliquer les proches est associée à un meilleur pronostic (13). Mais qu'en est-il, lorsqu'une telle implication, loin d'être volontaire, se trouve imposée par le statut de mineur ou encore par celui de

détenteur d'une autorité parentale? Comment se situer face à des obligations légales et à l'exigence première de ne pas aggraver un risque d'évitement ou de rupture prématurée des soins ?

Compétence juridique et capacité de discernement

La notion de «compétence» à contracter des soins est du ressort du juge et varie considérablement d'une juridiction à l'autre (et même, à l'intérieur d'un pays comme la Suisse, d'un canton à l'autre). Elle définit le degré d'implication des parents selon des critères a priori et peut aussi faire l'objet d'exceptions en raison d'impératifs de santé publique, notamment en matière de grossesse, de maladies sexuellement transmissibles ou d'abus de substances (14).

La «capacité de discernement», au contraire, est à l'appréciation du soignant, au cas par cas, pour un soin donné. Deux éléments la définissent: le premier de nature cognitive (capacité de comprendre), le second de nature dite «volitive» (capacité de se déterminer en fonction de cette compréhension) (15). Le droit n'autorise que deux réponses possibles: capacité ou, au contraire, incapacité. Chez les sujets ayant passé ce qu'il est convenu d'appeler l'«âge de raison», c'est sur le niveau volitif que porteront le plus souvent les difficultés d'appréciation. Il faut bien noter qu'une telle appréciation renvoie uniquement à une décision de soin donné, et il est ainsi possible que l'on évalue qu'une personne est simultanément capable de discernement pour une décision, et non pour une autre. Dans tous les cas, l'évaluation de cette capacité de discernement est une démarche incontournable de la part du soignant.

Dans la pratique, face à un risque majeur, il est courant chez l'enfant et l'adolescent d'observer une dissociation complète entre perception intellectuelle du risque et négation au plan des émotions ou des conduites. Une sous-évaluation de la capacité de discernement peut conduire à un message invalidant, avec par exemple comme conséquence une passivité contre-productive vis-à-vis des différentes formes d'aides disponibles. A l'inverse, une surévaluation peut au contraire accréditer des idées erronées concernant un supposé «défaut de volonté» et renforcer un sentiment d'incompréhension et d'exclusion.

Confidentialité et respect de la sphère privée

Situation n° 3 – Un jeune homme de 21 ans perd sa place de stagiaire suite à un dépistage urinaire imposé par le garage où il est en apprentissage. Consternés, ses parents menacent de couper leur soutien financier. Lui-même assure qu'il n'a jamais consommé d'autres opiacés que l'antitussif à base de codéine prescrit par son généraliste. Il mentionne des prises occasionnelles de cocaïne mais dit avoir toujours pris la précaution de consommer à distance des tests effectués dans le cadre du contrat de stage.

S'agissant de sujets mineurs, deux traités internationaux renforcent les droits des enfants et des adolescents en matière de secret médical: la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant³ (16), qui est entrée en vigueur dans l'ensemble des pays européens, ainsi que la Convention européenne sur l'exercice des droits des enfants adoptée par le Conseil de l'Europe⁴. Théoriquement, si un mineur est capable de discernement, lui seul devient détenteur du secret médical et lui seul peut en délier son médecin.

L'importance de la confidentialité en tant que catalyseur de l'accès au soin chez l'adolescent est particulièrement bien documenté (17-20). Il en va ainsi de l'utilité de pouvoir recevoir des soins anonymement (par exemple tests sanguins, renseignements par Internet).

Dans la pratique, il n'est pas pour autant bénin, ni anodin, de prendre le risque de transmettre aux parents le sentiment d'être «hors jeu» en raison de la nécessité de maintenir la confidentialité. Ce sont eux qui restent, de loin, le plus souvent à l'origine des premiers appels à l'aide. Leur exclusion de fait peut devenir préjudiciable non seulement pour le jeune, mais pour les parents eux-mêmes, dont la détresse dissimule bien souvent leurs propres problèmes de santé non soignés (état anxio-dépressif chronique avec suicidalité, par exemple) (13).

A un autre niveau, des pratiques contractuelles telles que celles soulignées dans le cas clinique, obligeant l'adolescent à se soumettre à des tests de dépistage, finissent par porter

3.
Adoptée le 20 novembre 1989, entrée en vigueur en Suisse en 1997.

4.
Adoptée le 1^{er} juillet 2000, STCE n° 160 ; voir également : <http://conventions.coe.int/Treaty/FR/v3MenuTraites.asp>

atteinte sévèrement à la sphère privée et mettent en péril l'ensemble de la vie relationnelle et professionnelle de l'adolescent.

Selon les contraintes légales propres à la juridiction locale, les situations face auxquelles la confidentialité pourrait ou devrait être rompue gagnent à être précisées avec insistance lors des tout premiers contacts, gage de clarté et de crédibilité de la relation thérapeutique proposée (21, 22). Sur la manière de faire passer cette idée de confidentialité «conditionnelle», les enquêtes réalisées soulèvent cependant de gros besoins de formation des intervenants de premier recours (23).

Droit à consentir et droit à refuser les soins

Pour être valable juridiquement, le consentement implique capacité de discernement, absence de pressions et transmission de tous les éléments d'information pertinents (notion de consentement «libre et informé») (12).

Chez l'adolescent, cette notion soulève des questions éthiques cruciales en terme d'autonomie, car le droit à consentir aux soins n'est pas traité au même niveau que le droit à les refuser. Aux termes des traités internationaux mentionnés, l'enfant ou l'adolescent peut certes consentir, y compris contre l'avis d'un parent, mais cela ne lui garantit pas pour autant la possibilité du refus: dans la plupart des cas, les parents, ou différentes instances de substitution, sont susceptibles de prendre le relais immédiat au nom de l'intérêt supérieur du mineur (14, 24).

On comprend ainsi le risque qui existe pour le soignant de glisser du partenariat à une position quasi hiérarchique, peu compatible avec la fonction de thérapeute (25). User de cette marge laissée aux adultes implique la mise en balance de la prévention du risque visé (qui devrait pouvoir être clairement identifiable avec des effets à court terme), avec le risque à plus long terme de rendre l'adolescent méfiant vis-à-vis de toute forme de relation thérapeutique, en référence à une première expérience vécue comme désastreuse.

Cliniquement, l'évaluation de ce risque est majoré par d'éventuels antécédents d'abus de la part de personnes représentant

l'autorité, justement très fréquents dans l'anamnèse des sujets présentant une toxicodépendance sévère.

Droit à l'information

La qualité des informations données soulève également des interrogations éthiques récurrentes. Pour certains, notamment ceux impliqués dans le domaine politique, seul le message le plus simple possible peut être assimilé, au risque de devenir simpliste. Toutes les drogues étant dangereuses selon leur utilisation, elles devraient toutes être interdites aux mineurs, et seule une promotion univoque de l'abstinence serait efficace; tout autre discours étant contradictoire, voire incompréhensible (26).

Indépendamment de leur dimension démagogique éventuelle, de telles simplifications contreviennent à la déontologie soignante. Cette dernière place en effet la véracité des informations délivrées au rang des obligations impérieuses. C'est également faire peu de cas des capacités de compréhension d'un sujet adolescent au seuil de l'exercice de la citoyenneté. A cet égard, il faut mentionner la peur selon laquelle une information nuancée serait de nature à «encourager» la consommation. Des craintes s'expriment régulièrement dans l'opinion publique et le monde politique sur un impact supposé négatif auprès des jeunes des mesures de prévention destinées aux adultes s'inscrivant dans des stratégies de réduction des méfaits (échange de seringues, traitements substitutifs). Les résultats des enquêtes effectuées auprès des jeunes suggèrent en fait un impact neutre, ou même préventif, par rapport à d'autres facteurs connus comme favorisant tels que l'influence des pairs ou encore la consommation des parents (27).

Contrainte

Malgré la valeur du volontariat dans la démarche de demande d'aide, et hors du cadre de l'urgence psychiatrique *stricto sensu*, il reste cependant des situations où la présence d'une injonction thérapeutique venant d'une autorité civile ou pénale amène à dispenser des soins dans le cadre d'un mandat. Se pose alors la question du choix du mandataire.

Le raisonnement suggère que, lorsqu'un principe éthique (en l'occurrence de bienfaisance ou de non-malfaisance), prend le pas sur un autre principe (ici, l'autonomie), il importe de rechercher les solutions qui permettent de limiter au maximum les effets de cette préséance (12). Dans le cas présent, il importe de préserver la liberté de choix du lieu de soins mandataire et, à l'intérieur de ce cadre, du contenu des soins. Dans cette idée, l'autorité devrait se contenter de rapports d'évolution générale, indiquant essentiellement si le mandat est effectivement en cours d'exécution ou non. Une question éthique se pose lorsqu'un juge exige la transmission d'éléments du dossier médical, notamment d'examen urinaires.

D'autres questions éthiques se posent lorsque le mandat ne vient pas d'une autorité mais d'une école ou d'un lieu d'apprentissage, avec menace d'exclusion comme dans la situation n° 3: s'ajoute alors la question de la légitimité de l'intervenant de solliciter autre chose qu'un certificat médical d'aptitude. Si un travail de liaison est envisagé avec ce type d'établissement, il importe de bien clarifier qui est le mieux qualifié pour assurer ce lien: service médical de l'employeur, psychologue scolaire ou service social?

Questions liées à l'organisation des services

Situation n° 4 – Une jeune femme de 16 ans est hospitalisée à la suite d'un abcès de l'aine qui a amené la découverte d'une dépendance à l'héroïne intraveineuse. Le service de chirurgie est désemparé par la persistance des consommations tout au long de l'hospitalisation et la difficulté à obtenir un premier rendez-vous avec le centre psychosocial du secteur, passage obligé d'une prise en charge psychiatrique. Pour mener à terme les soins somatiques, et après deux fugues de l'hôpital, un traitement de substitution à court terme par de la morphine est finalement décidé. Mais toute tentative de baisse de la morphine se solde par une réactivation immédiate des consommations. La famille s'oppose à une demande de dérogation auprès de l'autorité sanitaire pour une prescription de méthadone. Jusqu'à présent, les tentatives de soins, aussi bien résidentielles qu'ambulatoires, n'ont pu aboutir.

Services «à bas seuils» et message d'abstinence

Face à la tendance des services publics d'unifier leurs portes d'entrée dans un souci de rationalisation des soins, la réflexion sur les barrières à l'accessibilité semble parfois quelque peu omise. Mais, au-delà des questions techniques, une question éthique centrale est de savoir si de tels lieux publics sont fondés à promouvoir un idéal d'abstinence univoque comme finalité ultime de tout processus de soins, qu'il s'adresse à l'usager à risque ou au jeune polytoxicodependant (28).

A l'appui de la promotion de l'abstinence comme seul message, certains avancent le besoin de cohérence de l'établissement public avec les législations qui interdisent la consommation de la plupart des substances chez le sujet mineur. D'autres invoquent la promotion de la santé; d'autres encore se réfèrent à une sorte d'«impossibilité technique» d'offrir certains soins à des personnes présentant des consommations actives. Il arrive également que soit invoquée la protection des autres sujets en traitement. En fait, les risques d'exclusion des soins et les conséquences de cette exclusion pour la santé publique sont rarement associés à ces arguments, qui s'inscrivent plutôt dans la défense de l'abstinence en tant que système de valeur.

En matière d'abstinence, les opinions au sein de la communauté sont largement divergentes. Certains apparaissent effectivement favorables à un interdit général, et valorisent l'abstinence en tant qu'idéal à atteindre, avec le risque de mortalité élevée qui peut accompagner une telle politique. Pour d'autres, il s'agit de distinguer substances légales ou non pour un âge donné, drogues «douces» ou «dures». D'autres au contraire souhaitent libéraliser toutes les drogues, posant l'hypothèse que leurs effets négatifs seraient entièrement liés au statut d'illégalité. Un dernier groupe, majoritaire d'après le vote populaire en Suisse, tout en acceptant les traités internationaux régulant l'interdit de certains produits, adhère à l'idée d'une politique de prévention pluraliste, encourageant aussi bien l'aide à l'abstinence que des mesures d'aides à la survie, dans le cadre d'une politique dite de «réduction des méfaits»⁵.

On peut dès lors se demander si, pour favoriser un accès équitable aux aides, un établissement à caractère public ne doit pas

5. Office fédéral de la santé publique, «La politique suisse en matière de drogues», 2000; document téléchargeable à l'adresse www.suchtundaids.bag.admin.ch

d'abord respecter cette diversité des points de vue et se tenir à distance des partis pris pour ou contre un idéal d'abstinence.

Sur un plan scientifique, il semble intéressant de relever que, pour les services d'addictologie, le fait de mentionner dans l'offre de soins le sevrage ou la gestion de la consommation, en termes d'attraction des patients, se révèle nettement à l'avantage de la seconde formulation. Par la suite et au terme d'un cheminement personnel, de nombreux patients, y compris les plus jeunes, choisissent l'abstinence stricte plutôt que des consommations contrôlées (29). Il faut bien noter aussi que la recherche sur les rémissions spontanées démontre que ce retour à une consommation contrôlée n'a pas le caractère utopique qui a pu lui être prêté par le passé (30).

Non-discrimination et continuité des soins

Sur le plan éthique, l'exclusion d'un jeune patient en raison d'une consommation au sein du lieu de soins apparaît peu défendable. Une telle exclusion est d'ailleurs théoriquement prévenue par les traités internationaux déjà mentionnés, à l'intérieur des dispositions visant la non-discrimination à l'accès aux soins (16). Comme l'illustrent les cas cliniques, de telles exclusions aboutissent parfois à transférer le jeune dans des unités de psychiatrie ou d'addictologie adulte, et on peut se demander si de tels lieux sont appropriés pour prendre en charge des adolescents. Pour maintenir les soins dans le cadre initial, il importe d'offrir les services de liaison qui permettent à l'intervenant de premier recours d'être efficacement conseillé et secondé dans ces situations cliniques délicates (31, 32).

Dans les situations où la relation soignant/soigné semble dans l'impasse (par exemple vente de drogues illégales à l'intérieur de l'établissement de soins, violences physiques), l'appel à des services de police pose les questions éthiques liées à la confidentialité pour les autres usagers de la structure. Une solution qui devrait être privilégiée pour préserver la continuité des soins serait un transfert temporaire de la prise en charge, plutôt qu'une interruption (28).

Traitements de substitution chez l'adolescent

Situation n° 5 – Une jeune fille de 14 ans vivant en foyer se prostitue occasionnellement et présente depuis six mois une dépendance à l'héroïne par voie intraveineuse. Le service de psychiatrie infanto-juvénile l'adresse à l'unité de sevrage du service psychiatrie adulte, car la prise en charge psychothérapeutique mise en place se heurte au fait que la patiente s'injecte de l'héroïne avant chaque entretien. Finalement, elle met un terme prématurément à son hospitalisation. Deux ans après, on découvre une hépatite C. Une dérogation est accordée par l'autorité sanitaire pour un traitement de substitution par la méthadone.

Chez le sujet jeune ou très jeune, il est fréquent que le soignant se trouve face à des consommations ayant débuté relativement récemment. Indépendamment des restrictions dans ce domaine, la prescription d'opiacés est donc par nature moins souvent indiquée que chez l'adulte. Elle ne peut être envisagée comme un moyen d'attirer ou de retenir les sujets en soins. Ce sont plutôt l'interdisciplinarité et l'accompagnement en réseau qui apparaissent déterminants dans ce but, comme nous y reviendrons plus loin.

Sur le plan juridique, on est néanmoins amené à s'interroger sur le caractère discriminatoire des règles limitant, pour les mineurs, l'accès à ce type de prise en charge. Dans la pratique, dans la plupart des juridictions, il est possible de contourner ces restrictions, mais on peut se demander si des régimes dérogatoires trop lourds n'occasionnent pas une augmentation significative du risque d'overdoses (33).

Malgré un ensemble de recherches cliniques très démonstratives, l'appréciation des risques d'une prescription d'opiacés reste largement faussée. Avec l'histoire et la symbolique attachée à cette classe d'antalgiques, certains professionnels restent dans la méconnaissance de l'innocuité de la prise chronique de méthadone, pourtant documentée par plusieurs décennies de pharmacovigilance. A l'inverse, les risques de décès par overdose au terme d'un sevrage mal préparé

apparaissent encore trop souvent sous-estimés, voire niés, de même que les risques infectieux comme l'illustre notre cas clinique.

Equivalence des soins

Situation n° 6 – Un jeune homme de 17 ans présente des consommations de cocaïne tous les week-ends depuis un peu moins d'une année et fume par ailleurs presque tous les jours du cannabis. Hospitalisé au sein du service de psychiatrie adulte en raison de symptômes dépressifs, on met un terme à son hospitalisation pour avoir introduit des joints dans l'unité. Incarcéré quelques jours dans une affaire de trafic sur son lieu d'apprentissage, il est libéré sans avoir rencontré d'intervenant médical. Réhospitalisé quelques jours plus tard, il est mis en contact avec l'intervenant d'un nouveau programme de liaison spécifique et, alors qu'il est encore hospitalisé, un suivi régulier peut être amorcé.

Les incarcérations de mineurs vont en s'accroissant et conduisent le milieu carcéral à s'interroger sur la prise en charge des mineurs dépendants. Pour ceux-ci, le principe d'équivalence des soins devrait s'appliquer au même titre que pour toute personne privée de liberté (34). La tension existant partout entre la mission de l'institution pénitentiaire et les exigences de santé publique se trouve accrue lorsqu'on est en présence d'adolescents qui, de plus, présentent souvent des problématiques anxieuses sévères s'exprimant sur le versant des comportements violents. Force est de s'interroger sur l'inexistence de services appropriés lorsque des adolescents se trouvent incarcérés dans des prisons pour adultes, ce qui peut être le cas en Suisse comme dans de nombreux autres pays européens.

Assurance qualité et évaluation des programmes

Au centre des préoccupations de certains responsables financiers ou politiques, le principe de l'évaluation fait aussi partie intégrante des prescriptions éthiques en matière d'organisation des soins en addictologie (28). Dès lors que cette évaluation

prend une dimension de recherche clinique, elle se soumet également aux dispositions éthiques régissant l'exercice de la recherche biomédicale, renforcée en matière de sujets mineurs (35). De telles ambitions en matière de qualité des soins contrastent avec le fait que, sur le terrain des addictions en général, et pour les adolescents en particulier, le sous-diagnostic des abus de substances reste une constante dans la littérature scientifique. En Suisse, une enquête réalisée en 1993 montrait que, lors des consultations d'adolescents pour des soins de premier recours, la question de consommations éventuelles de substances était omise une fois sur deux (23).

Articulation des soins avec le «réseau»

Interdisciplinarité et travail de réseau sont devenus deux mots clés tellement incontournables qu'on peut en oublier leur importance première en matière d'entrée et de rétention en soins. Il apparaît difficilement plus destructeur sur le plan de la demande d'aide, que des professionnels continuellement en conflit, dans un niveau de fonctionnement interpersonnel limité au sentiment de survie ou d'appartenance, à l'image de celui dont les jeunes ont pu souffrir dans leur entourage personnel. Le fait que cette destructivité soit peu documentée scientifiquement pour des raisons méthodologiques et institutionnelles n'en diminue pas l'enjeu éthique.

Dans ce rejet réciproque des responsabilités, il n'est pas rare que l'école soit fustigée pour ne pas mettre suffisamment l'accent sur une bonne éducation à la santé et au droit en général, fondements de la préparation à la citoyenneté. Exposée en première ligne aux difficultés liées à la présence de jeunes consommateurs et à la pression des parents inquiets des effets de «contagion» pour leurs propres enfants, l'école est en fait l'objet de réflexions très actives autour de sa fonction de prévention et de relais pour l'accès aux soins. Les difficultés éthiques surgissent de la multiplicité des intervenants et des règles déontologiques différentes qui régissent les professions respectives (enseignant, psychologue scolaire, assistant social, parent bénévole, infirmière, etc.) (36).

Comme pour l'hôpital, on admet généralement que l'école publique est un lieu de respect des divergences d'opinions ou de croyances, aussi bien sur le plan religieux que sur le plan moral, la valeur variable accordée à l'abstinence en étant un exemple. De ce point de vue, il est difficile, mais impératif, de ne pas faire l'amalgame entre le respect des différentes options des citoyens en la matière et la question de l'application d'un règlement scolaire interdisant la consommation de tabac, d'alcool ou d'autres substances à l'intérieur de l'établissement.

Les cas d'enfants ou d'adolescents présentant des signes d'intoxication éventuelle pendant les cours devraient pouvoir être renvoyés sans délai à des services garantissant les compétences déjà invoquées, car si ces signes peuvent se révéler indépendants de toute prise de produit, ils n'en sont pas moins à prendre très au sérieux quant à ce qu'ils révèlent de souffrance psychique (problèmes anxio-dépressifs, suicidalité latente, problèmes de fatigue chronique liés à un contexte social très précaire, par exemple).

Les politiques de dépistage et de délation mises en place par certaines écoles privées focalisent ces interrogations. En Suisse, certaines organisations médicales comme l'Association des médecins de Genève ont statué sur le caractère médicalement inapproprié de telles approches⁶. Ces procédés persistent néanmoins au sein de certaines écoles privées en raison d'un vide juridique sur la disposition des tests urinaires, en vente libre. Une récente enquête de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies montrent que de telles pratiques existent également dans au moins une dizaine de pays de l'Union européenne, parfois même dans les écoles publiques⁷.

Deux expériences en cours dans le contexte helvétique

Devant la multiplicité des questions éthiques et cliniques soulevées par la question de l'abus de substances chez l'adolescent, la mise en place de programmes ou de structures adaptées à la problématique adolescente apparaît une exigence. Les deux exemples ci-dessous illustrent des développements possibles.

6. Association des médecins de Genève, «Dépistage non volontaire des drogues», Charte de l'association, 1999.

7. EMCDDA, «Drug testing in schools in European Countries», note d'information à l'usage de la plateforme éthique du Groupe pompidou, 2004.

Programme Supra-f

Supra-f est un programme de recherche en prévention de l'Office fédéral de la santé publique, concernant la prévention secondaire des dépendances et la promotion de la santé auprès des jeunes en situation de risque. Le projet s'est fondé sur le constat du manque particulier de relais de prévention pour la classe d'âge 15-20 ans, après l'école obligatoire et avant l'insertion dans la vie professionnelle. Il s'agissait d'éviter les écueils d'une surmédicalisation et d'une orientation trop précoce vers des structures addictologiques traditionnelles vécues potentiellement comme peu attractives, voire menaçantes, pour cette classe d'âge.

Le programme a débuté en 1999 et comprend douze centres répartis en Suisse. Chaque centre, situé en ville, offre différentes interventions qui vont d'activités de loisirs ou de repas communs à des conseils psychologiques individuels ou en groupe, en passant par du soutien scolaire. Un centre peut prendre en charge quinze à vingt jeunes, la plupart adressés par l'école, quelques-uns par le tribunal des mineurs ou d'autres services spécialisés. La participation nécessite le consentement de l'adolescent et de ses parents.

L'évaluation intermédiaire du programme réalisé en février 2003 a porté sur plus de 400 jeunes suivis, dont seul un cinquième ont quitté prématurément le programme. Ce sont les sujets du groupe à risque le plus élevé qui semblent avoir bénéficié du programme de la manière la plus visible sur le plan scolaire et comportemental (délinquance, suicidalité), sans toutefois que cette amélioration apparaisse clairement corrélée à la baisse des consommations de substances (37).

Programme DEPART (Dépistage, évaluation, parrainage d'adolescents à risque de toxicodépendance)

Ce projet lausannois, d'une durée de deux ans (2004-2006), a pour objet le renforcement des institutions existantes par un dispositif léger centré d'une part sur l'accompagnement interdisciplinaire et continu des adolescents abusant de substances, et d'autre part sur la sensibilisation et la formation des professionnels concernés par la problématique (32). L'enjeu éthique

central de la démarche repose sur le constat des difficultés de collaboration entre intervenants socioéducatifs et médico-psychiatriques, associé à un renvoi des demandes de soins d'une structure à l'autre, avec comme conséquence un taux très élevé de rupture des soins précoces.

DEPART a été élaboré conjointement par un ensemble de structures hospitalières, universitaires et sociales s'occupant d'abus de substances et de la prise en charge médicale, psychiatrique ou sociale des problématiques adolescentes. Le projet vise aussi bien les adolescents de 12 à 20 ans, qui s'engagent dans un usage nocif de substances et pour lesquels une intervention précoce peut interrompre un processus d'entrée dans la dépendance, que des sujets présentant une dépendance installée et pour lesquels une référence spécialisée peut appuyer les intervenants de première ligne. Les soins sont gratuits.

Les premiers résultats du projet montrent que la structure répond à un réel besoin, le volume des demandes dépassant largement les anticipations des concepteurs du programme: sur les neuf premiers mois, plus d'une centaine de demandes ont été traitées, dont environ un tiers émanait d'institutions et deux tiers de jeunes et de leur entourage, très majoritairement des parents.

Alors que les campagnes d'information sont volontiers décriées pour leur efficacité incertaine, il semble intéressant de questionner le contenu des programmes scolaires en matière de santé. L'utilisation adéquate des services ne devrait-elle pas s'inscrire, non seulement dans une connaissance des propriétés des substances psychoactives, mais tout autant dans une meilleure sensibilisation aux processus impliqués dans la vie émotionnelle et relationnelle?

Dans un autre registre, en passant d'une définition de la santé basée sur la qualité de vie à celle proposée par la charte d'Ottawa ancrée dans le respect des droits de l'homme⁸, ne conviendrait-il pas de renforcer l'acquisition précoce d'une sensibilité juridique aux traités internationaux qui les fondent? Un principe éthique fondamental veut que l'autonomie des sujets ne peut être limitée par la loi que pour en retirer une

8. Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion Ottawa, WHO, 1986 – téléchargeable sur le site de l'OMS: www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

meilleure protection⁹. En matière d'accès aux soins, la question de la dépénalisation apparaît incontournable.

Sur le plan scientifique, là où la littérature éclaire progressivement la question des dangers, il importe de dépasser les points de vue moraux pour interroger les raisonnements cliniques et les perspectives de santé publique, en inscrivant les actions dans des processus de recherche rigoureux.

Finalement, face à la complexité du droit médical des mineurs, la crédibilité de la relation soignant/soigné n'est-elle pas déterminante pour dépasser les divergences autour de la valeur inconditionnelle de la confidentialité ou de la relativité de la dimension d'abstinence? La problématique de l'adolescence met à l'épreuve les certitudes et les valeurs de leurs interlocuteurs adultes. En ce sens, la réflexion éthique peut aider à dépasser les inévitables conflits qui en découlent, pour permettre la construction d'une démarche que l'adolescent en souffrance peut s'approprier.

9.

Malherbe, J.F., « Contribution de l'éthique à la définition de principes directeurs pour une politique publique sur les drogues », rapport d'expert, Comité spécial du Sénat du Canada sur les drogues illicites, 2002. Voir www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/com-f/ille-f/library-f/malherbe-f.htm

Bibliographie

- (1) American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders*, DSM-IV, Washington, 1994.
- (2) OMS/WHO, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral disorders*, Genève, 1993.
- (3) Rocques, B., *La dangerosité des drogues*, rapport au Secrétariat d'Etat à la santé l'attention du ministre de la santé, Odile Jacob, Paris, 1999.
- (4) Chinet, L., Plancherel, B., Bolognini, M., Holzer, L. et Halfon, O., «Adolescent Substance-Use Assessment : Methodological Issues in the Use of the ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis)», in *Substance Use and Misuse*, 40, 2005, pp. 1-21.
- (5) Volkow, Nora D., «Exploring the Why's of Adolescent Drug Abuse», in *Nida Notes*, 19, 3, 2004, p. 3.
- (6) Pentz, M.-A., «Prevention», in *The American Psychiatric Press Textbook of Substance Abuse Treatment*, 2^e édition, sous la direction de Marc Gallanter, The Guilford Press, New-York, 2000.
- (7) Michaud, P.-A., «Les adolescents et leur santé : quelles réponses de la part des professionnels?» in *Dépendances*, co-édité par SFA/ISPA et GREAT, 19, avril 2003, pp. 23-27.
- (8) Klein, J. D. *et al.*, «Access to Medical Care for Adolescents : Results from the 1997 Commonwealth Fund Survey of the Health of Adolescent Girls», in *Journal of Adolescent Health*, 25, 1999, pp.120-130.
- (9) Klein, J. D., Slap, G. B., Elster, A. B. *et al.*, «Access to health care for adolescents», in *Journal of Adolescent Health*, 13, 1992, pp.162-170.
- (10) Ensign, J. et Panke A., «Barriers and bridges to care : voices of homeless female adolescent youth in Seattle, Washington, USA», in *Journal of Advanced Nursing*, 37, 2, 2002, pp.166-172.
- (11) Meade, M. A. et Slesnick N., «Ethical consideration for research and treatment with runaway and homeless adolescents» in *J. Psychol.*, 136, 4, 2002, pp.449-463.

- (12) Beauchamp, T. L. et Childress J. F., *Principles of biomedical ethics*, 5^e édition, Oxford University Press, Oxford, 2001.
- (13) Simon, O., Zullino, D., et Sanchez-Mazas, P., «Impliquer les proches dans le traitement des addictions: aspects transversaux», in *Médecine et Hygiène*, 62, 2004, pp.1794-1799.
- (14) Shaw, M., «Competence and consent to treatment in children and adolescents», in *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 2001, pp 150-159.
- (15) Mauron, A., «Les fondements éthiques du droit médical», in *Médecin et droit médical – Présentation et résolution de situations médico-légales*, sous la direction de Bertrand, D., Harding, T. W., La Harpe, R. et Ummel, M., Editions Médecine et Hygiène, Chêne-Bourg, 2003.
- (16) Babel, F., «Les implications des droits de l'enfant sur la pratique médicale» in *Médecin et droit médical – Présentation et résolution de situations médico-légales*, sous la direction de Bertrand, D., Harding T.W., La Harpe, R. et Ummel, M., Editions Médecine et Hygiène, Chêne-Bourg, 2003.
- (17) Sankar, P., Jones, N.L. *et al.*, «Patient Perspectives on Medical Confidentiality: a review of the literature», in *J. Gen. Intern. Med.*, 18, 2003, pp. 659-669.
- (18) Ford, C. A., Halpern-Felsher, B. L. et Irwin, C. E., «Influence of physician confidentiality assurances on adolescents' willingness to disclose information and seek future health care. A randomized controlled trial», in *JAMA*, 278, 1997, p. 12.
- (19) Cheng, T. L., Savageau, J. A., Sattler, L. et DeWitt, T. G., «Confidentiality in health care. A survey of knowledge, perceptions, and attitudes among high school students», in *JAMA*, 269, 1993, p. 11.
- (20) Akinbami, L. J., Gandhi, H. et Cheng, T. L., «Availability of Adolescent Health Services and Confidentiality in Primary Care Practices», in *Pediatrics*, 111, 2, 2003, pp. 394-400.
- (21) Ford, C. A. et Millstein, S. G., «Delivery of confidentiality assurances to adolescents by primary care physicians», in *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 151, 5, 1997, pp.505-509.

- (22) Rutishauser, C., Esslinger, A., Bond, L. et Sennhauser, F.H., «Consultations with adolescents: the gap between their expectations and their experiences», in *Acta Paediatr.*, 92, 2003, pp. 1322-1326.
- (23) Konings, E., Dubois-Arber, F., Narring, F. et Michaud, P. A., «Identifying Adolescent Drug Users: results of a National Survey on Adolescent Health in Switzerland», in *Journal of Adolescent Health*, 16, 1995, pp. 240-247.
- (24) Harrison, C., Kenny, N. P., Sidarous, M. et Rowell, M., «Bioethics for clinicians: involving children in medical decisions», in *Can. Med. Assoc. J.*, 156, 6, 1997, pp. 825-828.
- (25) Koocher, G. P., «Ethical Issues in Psychotherapy With Adolescents», in *J. Clin. Psychol.* nov., 59, 11, 2003, pp.1247-1256.
- (26) Monti, P. M., Colby, S. M. et O'Leary, T. A., *Adolescents, Alcohol, and Substance Abuse: reaching teens through briefs interventions*, The Guilford Press, New-York, 2001.
- (27) Marx, M. A., Brahmabhatt, H., Beilenson, P. et Vlahov, D., «Impact of Needle Exchange Programs on adolescent Perceptions About Illicit Drug Use», in *AIDS and Behavior*, 5, 4, 2001, pp. 379-386.
- (28) Guggenbühl, L., Uchtenhagen, A. et Fabian, C., «Adequacy in Drug Abuse Treatment and Care in Europe (ADAT)», partie I: Ethical Aspects in the Treatment and Care of Drug Addicts; téléchargeable via: www.isf.unizh.ch/english/projects.html, Research Report from the Addiction Research Institute, Zurich, 2000.
- (29) Miller, W. et Rollnick, S., *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*, The Guilford Press, New York, 2002.
- (30) Klingemann, H., Sobell, L., Tucker, J. *et al.*, *Promoting Self-change from Problem Substance Use: Prasctical Implications for Policy, Prevention and Treatment*, Kluwer Academic Publishers, Leyde, 2001.
- (31) Chinet, L., Bolognini, M., Plancherel, B., Rossier, V., Stephan, P., Laget, J. et Halfon, O., «L'adolescent consommateur de substances face au réseau de soins», in *Revue médicale de la Suisse romande*, 123, 2003, pp. 591-593.

(32) Chinet, L., «Adolescents consommateurs : quelles réponses du réseau de soins?», in *Revue THS* (toxicomanie-hépatite-sida), décembre 2004, pp. 1259-1260.

(33) Savoy, J., Laget, J., Charpentier, P., Sanchez-Mazas, P., Besson, J. et Halfon, O., «Prise en charge des adolescents dépendants des opiacés dans le canton de Vaud. Réflexions sur l'indication d'un traitement par la méthadon », in *Revue médicale de la Suisse romande*, 119, 1999, pp. 943-950.

(34) Letters, P. et Stathis, S., «A mental health and substance abuse service for a youth detention centre», in *Psychiatric services*, 12, 2, 2004, pp.126-129.

(35) Brody, J. L. et Waldron, H. B., «Ethical issues in research on the treatment of adolescent substance abuse disorders», in *Addictive Behaviors*, 25, 2, 2000, pp.217-228.

(36) Weist, M. D., Axelrod Lowie J., Flaherty, L. T. et Pruitt, D., «Collaboration Among the Education Mental Health, and Public Health Systems to Promote Youth Mental Health», in *Psychiatric Services*, 52, 10, 2001, pp.1348-1351.

(37) Fahrenkrug, B., «Au terme de trois ans, un modèle de prévention secondaire en bonne voie: de Supra-f à Superia Forte», in *Bulletin Supra-f* (publié par l'OFSP), 9, mars 2003.

Les soins destinés aux femmes enceintes ou aux mères toxicomanes

par Paolo Stocco

Le siècle dernier a été le théâtre d'une émancipation continue des femmes, consécutive au combat des intéressées pour leur liberté et l'extension de leurs droits sociaux et civils. Cet acquis démocratique toucha de nombreux secteurs de la vie publique et privée. Il aboutit à une transformation profonde du rôle des femmes dans la société, la famille et les relations interpersonnelles. Des habitudes ancestrales furent donc transformées et l'on assista à une nouvelle prise de conscience. Pendant plusieurs décennies, la question de l'égalité des femmes inspira les politiques publiques pour le plus grand bien des groupes aspirant à plus d'égalité entre les sexes.

Dans les sociétés postindustrielles, depuis les années 1970, ces changements dans les habitudes se sont soldés par une transformation radicale du style de vie, surtout parmi les jeunes générations. Les premiers mouvements de protestation des jeunes revendiquaient notamment de nouvelles formes de participation sociale et une transformation des valeurs culturelles. Ce bouleversement social modifia aussi radicalement les relations entre hommes et femmes, et contribua à réduire les inégalités entre les deux sexes: un processus dont les effets se firent profondément sentir au niveau de la culture, des relations sociales, du style de vie et du comportement des intéressés. Outre ces victoires majeures, il convient cependant de signaler l'apparition de certains phénomènes nuisibles affectant particulièrement les jeunes générations. L'utilisation des drogues – pour le plaisir ou pour vivre de nouvelles expériences – a provoqué une forte consommation parmi les jeunes des deux sexes au prix des dégâts sociaux, sanitaires et financiers que nous connaissons et dont les effets se font encore sentir.

Néanmoins, aujourd'hui, l'essor des activités de loisirs et l'évolution du style de vie, des habitudes et des modèles de conduite chez les jeunes des deux sexes expliquent que les femmes adoptent les mêmes comportements dangereux que

leurs congénères masculins. Les statistiques de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) montrent néanmoins que, dans l'ensemble des pays de l'Union européenne, les femmes – quel que soit leur groupe d'âge – ont moins de chances d'expérimenter l'utilisation de substances illégales que les hommes.

La toxicomanie des femmes

L'utilisation occasionnelle et non problématique de drogues, telles que le haschich et le cannabis en particulier, est très fréquente chez les deux sexes. La prévalence respective de la drogue chez les hommes et les femmes dépend d'une série de facteurs: âge, type de drogue, niveau d'instruction, lieu géographique, etc. Par exemple, les chiffres de l'OEDT, tels qu'ils sont confirmés par d'autres projets de recherche menés au niveau national, révèlent qu'au-dessous de 18 ans les filles tendent à faire l'expérience du haschich dans la même proportion que les garçons, mais qu'au fil du temps ce phénomène prédomine nettement chez les garçons. Le même constat vaut pour l'usage problématique des drogues et de l'alcool: une pratique largement masculine. Malheureusement, dans la mesure où cette situation était perçue comme le fait d'une minorité, le problème de la consommation de drogues par les personnes de sexe féminin a été grandement négligé.

Les premiers articles consacrés à la toxicomanie des femmes, parus à la fin des années 1970, analysaient le phénomène sous l'angle épidémiologique et sociologique en tenant compte de ses liens avec la prostitution et la criminalité féminines (Rosenbaum, 1997). Dans les années 1980, les études se concentrèrent beaucoup plus sur la propagation du virus VIH, la toxicomanie féminine étant simplement considérée comme une extension de la toxicomanie masculine et comme dépourvue de caractéristiques théoriques ou cliniques spécifiques. Il fallut donc attendre les années 1990 pour voir une tentative de mise en évidence de facteurs propres au sexe dans la consommation problématique de drogues: une démarche qui suscita un débat au sein de la communauté

scientifique, ainsi que l'intervention des institutions européennes et plus spécialement du Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe. En revanche, l'analyse des ouvrages consacrés aux aspects éthiques du traitement de la toxicomanie révèle un manque d'intérêt total pour les questions liées à l'appartenance sexuelle.

Parallèlement, diverses recherches soulignent que les femmes toxicomanes souffrent d'une plus grande stigmatisation sociale que les hommes et éprouvent plus de difficulté et plus de gêne à s'adresser à des centres de traitement, ce qui accroît leur réticence à entreprendre pareille démarche. Ces femmes, par conséquent, ont des besoins particuliers soulevant plusieurs questions éthiques qui mériteraient plus d'attention. Par exemple, dans la mesure où l'accent est davantage mis sur l'incidence globale de la toxicomanie que sur ses caractéristiques liées au sexe, il s'avère difficile non seulement de comprendre pleinement les cas individuels mais aussi d'identifier la forme de traitement la plus adéquate.

Certains projets de recherche menés par l'Irefrea¹ (Stocco, Llopis *et al.*, 2000; Stocco *et al.*, 2002) ont confirmé à plusieurs reprises que la toxicomanie féminine se développe selon un certain schéma particulier qui – au niveau de la prévention, du traitement et de la réadaptation – exige d'accorder plus d'attention aux différences liées au sexe, telles que la vulnérabilité et le besoin de protection. Ces projets de recherche ont également révélé que les femmes toxicomanes doivent non seulement gérer leur toxicomanie mais aussi le sentiment de ne pas correspondre à l'image habituelle de la femme et au comportement social que l'on attend d'elle. Ce modèle – consolidé par des normes culturelles, des traditions familiales et des codes sociaux – implique une tendance de la société à rejeter et à critiquer les femmes adoptant un comportement déviant; en outre, ces réactions négatives risquent d'avoir de graves conséquences: sapement des fondations de l'identité féminine et naissance du sentiment d'avoir échoué en tant que femme.

Nombre de questions liées au sexe demeurent sans réponse; c'est le cas notamment du lien avec la violence. Les ouvrages spécialisés révèlent que les femmes toxicomanes ont trois fois

1. L'Irefrea (Institut de recherche européen sur les facteurs de risque chez l'enfant et l'adolescent) a été créé à Lyon (France) en 1988. Aujourd'hui, c'est un réseau européen formé de sept bureaux permanents et de différents partenaires de recherche originaires de treize pays européens. Il développe des partenariats professionnels avec des experts européens dans le domaine des difficultés de la jeunesse, de la prévention contre les toxicomanies et de la diminution de l'usage de drogues.

plus de chances d'être victimes de violences de la part de leur partenaire que la population générale et que 50 à 80% d'entre elles ont subi des sévices sexuels ou des mauvais traitements au cours de leur enfance ou de leur adolescence. La vie dans la rue de ces femmes diffère grandement de celle des hommes: les agressions physiques et sexuelles sont monnaie courante, qu'elles soient le fait de leur partenaire habituel ou occasionnel, ou bien de trafiquants de drogues et de criminels. Ces aspects de la violence liée au sexe sont souvent sous-estimés par les services de traitement, précisément parce que le symptôme de la toxicomanie est plus répandu chez les hommes qui constituent la majorité des utilisateurs et dont les besoins déterminent généralement les approches adoptées en matière de traitement.

Toxicomanie et grossesse

La grossesse et la maternité soulèvent des questions éthiques particulièrement délicates pour les professionnels de la santé dès lors que la mère (ou la future mère) est une toxicomane.

Tout d'abord, les services de traitement proposent très rarement des tests de grossesse et suggèrent généralement d'entreprendre un traitement (par exemple l'administration d'un médicament de substitution) sans possibilité de prise en compte de la grossesse qui est fréquemment découverte à un stade plus avancé et s'avère généralement involontaire (Stocco *et al.*, 2002). Ce retard dans la détection de la grossesse s'explique aisément: la plupart des femmes toxicomanes souffrent d'une aménorrhée consécutive à l'absorption d'opiacés et, croyant à tort être infertiles, négligent toute forme de contraception. Par conséquent, la plupart des grossesses chez ces femmes sont découvertes à un stade tardif, imprévues et, surtout dans un premier temps, non désirées. De plus, dans un très grand nombre de cas, la grossesse est découverte à un stade où l'avortement n'est plus possible. Le premier problème tient donc au faible nombre de centres de traitement donnant des informations sur les risques de grossesse.

Dépendance et grossesse

Echantillon de 284 femmes de six pays européens ; un groupe est soumis à un traitement de substitution, l'autre à un traitement de sevrage.

68% des participantes à l'étude n'ont pas fait de test de grossesse avant de commencer le traitement (il n'y avait pas de différence significative entre les groupes). Seulement un tiers des femmes concernées ont déclaré avoir fait un test.

Si l'on compare les résultats de l'enquête menée auprès des professionnels, on constate des pourcentages nettement différents. Une remarque peut expliquer ces différences: 55% des professionnels ont pratiqué un test de grossesse uniquement lorsqu'ils ont estimé qu'il y avait des motifs de penser que l'intéressée était enceinte.

En ce qui concerne l'impact des dépendances sur la grossesse, aucune différence majeure n'a été observée entre les deux groupes. Les conséquences les plus fréquentes ont été des naissances difficiles et des interruptions volontaires de grossesse. Le pourcentage de fausses couches s'est avéré faible. Cependant, s'agissant de ce dernier constat, il convient de garder à l'esprit qu'il arrive souvent que les toxicomanes ignorent qu'elles sont enceintes et peuvent prendre un avortement spontané pour le début du cycle menstruel.

Dans 78% des cas, la dernière grossesse était «accidentelle»; à cet égard, on n'observe aucune différence marquante entre les deux groupes. Si 53% des participantes à l'enquête ont déclaré que leur grossesse était «non prévue mais souhaitée», 25% ont indiqué qu'elle n'était «pas désirée», ce qui peut avoir un impact considérable sur la relation future entre la mère et l'enfant.

En ce qui concerne la découverte de la grossesse, l'étude montre que 70% des femmes de l'échantillon ont découvert qu'elles étaient enceintes au cours des trois premiers mois, 23% dans les trois mois suivants et 7% dans les trois derniers mois de la grossesse.

Le besoin de trouver de l'argent pour se procurer de la drogue conduit souvent à la prostitution ou à des prestations sexuelles en échange de drogue: des pratiques qui débouchent fréquemment sur une grossesse et sur un risque élevé de contracter une maladie sexuellement transmissible (MST).

La grossesse et la maternité soulèvent toute une série de questions éthiques dans la mesure où elles provoquent un contact avec des professionnels de la santé et le système juridique, non pas tant en raison de l'intérêt porté à la patiente que dans le souci de protéger la santé physique et psychologique de l'enfant à naître.

Sous l'angle du traitement médical, le problème sous-jacent tient à la nécessité de faire un choix susceptible d'influer sur la santé de deux personnes et au risque sérieux que le comportement de la mère peut faire peser sur la vie et la santé de l'enfant à naître (et qui dépend, au moins partiellement, du type de traitement pharmacologique ainsi que de l'aide psychologique et sociale dispensés à la mère). Par exemple, comme G. Nicoletti² le fait remarquer:

«Parvenir à concilier les besoins de la mère en matière de traitement pharmacologique et de santé du fœtus constitue un problème difficile à résoudre. Tout d'abord, il convient de procéder à une évaluation toxicologique et psychosociale détaillée afin d'obtenir des données sur le risque réel de rechute. Très souvent, cette évaluation n'a pas lieu, dans la mesure où le médecin estime plus sûr d'opter pour la procédure standard de traitement au lieu d'introduire des facteurs d'incertitude en se fiant aux déclarations de la future mère concernant son intention de renoncer à la drogue.»

N'étant pas médecin, je suis incapable d'analyser plus en détails la question de l'adéquation du traitement de substitution pendant la grossesse et de ses risques de dommage biologique pour l'embryon ou le fœtus. Je constate cependant que certains pays appliquent des protocoles médicaux reposant sur le recours systématique et exclusif à la méthadone dans l'intention d'éviter que la femme enceinte reprenne de l'héroïne et ne se retrouve exposée aux risques corrélatifs (tels qu'une infection grave consécutive à des injections intraveineuses). Cela ne signifie pas pour autant que la femme enceinte n'est

2.
Communication personnelle.

plus exposée au risque de continuer à consommer des substances illégales, de l'alcool ou des substances psychopharmaceutiques. En fait, l'expérience clinique prouve que, dans l'écrasante majorité des cas, les toxicomanes problématiques (hommes et femmes confondus) utilisent plus d'un type de substances (polyconsommation).

Par conséquent, si l'administration rigide d'un traitement de substitution peut exonérer le médecin de toute responsabilité juridique au titre de l'inexpérience ou de l'imprudence, ledit traitement ne garantit pas que la patiente cessera d'utiliser d'autres substances et notamment de l'alcool: une substance qui, parce qu'elle est légale et socialement acceptable, est souvent perçue par la toxicomane comme moins nocive alors qu'elle présente en réalité de graves dangers et peut provoquer de sérieux dommages biologiques chez le fœtus.

Llopis (2003), par exemple, observe que, sur un échantillon de 284 mères, la grossesse a eu un effet positif et entraîné une réduction de la consommation de drogues dans 31% des cas et une cessation complète de cette consommation (selon les dires des intéressées) dans 10% des cas. Malheureusement, dans 22% des cas, la grossesse n'a eu absolument aucun effet sur la consommation de drogues et dans 7% des cas ladite consommation a en fait augmenté. Ces résultats prouvent qu'il est nécessaire non seulement de surveiller constamment les femmes sur le plan toxicologique durant la grossesse, mais qu'il est aussi indispensable de les soutenir de manière suivie. En fait, il est de notoriété publique que les femmes éprouvent le besoin d'une aide affective, relationnelle et parfois matérielle pendant les derniers stades de la grossesse, l'accouchement et la période suivant la naissance. Dans le cas d'une femme toxicomane, ces besoins ne peuvent être satisfaits ni par le partenaire ni par le cercle familial (généralement conflictuel). Par conséquent, les professionnels de la santé en contact avec la patiente ont le devoir éthique de rassurer l'intéressée et de lui proposer une aide psychologique adéquate pendant la grossesse, l'accouchement et les premiers mois de la vie de l'enfant. Nous savons cependant que les toxicomanes enceintes évitent très souvent les services de traitement. Une étude européenne menée par l'Irefrea (Stocco *et al.*, 2002) révèle qu'un

pourcentage élevé de ces femmes fuit tout contact avec les services de traitement et de gynécologie, de peur d'être signalées aux autorités et de se voir retirer la garde de l'enfant à la naissance. Ces craintes sont pourtant infondées.

La tendance fréquente de la patiente à essayer de manipuler ses interlocuteurs et son attitude fortement ambivalente à l'égard des travailleurs sociaux méritent également d'être prises en considération. Ce type de comportement, déjà très répandu dans un milieu clinique constitué de toxicomanes, est encore amplifié dès lors que le travailleur social assume un double rôle: offrir aide et assistance, mais aussi contrôler le comportement de l'intéressée.

Ce qui pose une question éthique fondamentale: le travailleur social est-il en mesure de maîtriser ses propres réactions émotives lorsqu'il est en butte à des tentatives de manipulation, un manque d'assurance ou une agression? Son jugement peut-il rester serein et détaché lorsqu'il est contraint de procéder à une évaluation risquant d'avoir une influence dramatique non seulement sur les modalités mais aussi sur les conséquences juridiques du traitement (s'agissant de déterminer la capacité de la femme à protéger le bébé)? En résumé, il s'agit donc de savoir qui doit évaluer les évaluateurs.

De ce point de vue, dans certains contextes historiques et sociaux, des influences – relevant davantage d'une idéologie répressive que de considérations éthiques et professionnelles – se sont fait lourdement sentir et ont conduit à des choix drastiques. Dans les années 1990, dans plusieurs Etats des Etats-Unis, les tenants de la guerre à la drogue ont essayé de faire condamner des femmes ayant absorbé des drogues pendant leur grossesse pour dommages biologiques présumés au fœtus. En cas de fausse couche, les mêmes groupes ont essayé d'obtenir une inculpation pour infanticide. Paltrow observe également ceci: «au moins 200 femmes dans plus de 30 Etats ont été arrêtées et inculpées d'absorption de drogues ou d'autres actions pendant la grossesse.»

Au-delà de ces politiques sociales fortement répressives qui – espérons-le – ont été définitivement abandonnées, la question demeure de savoir comment évaluer la compétence maternelle

ou, mieux, comment prévoir des programmes de traitement garantissant l'acquisition par la mère du degré de compétence requis pour répondre adéquatement aux besoins de l'enfant. Une réponse – qui sans prétendre à l'exhaustivité n'en est pas moins importante – consiste à instaurer un travail d'équipe supervisé. Lorsque les points de vue d'un professionnel assumant des responsabilités considérables en matière d'évaluation sont discutés dans le cadre d'une équipe supervisée, il devient possible pour l'intéressé d'entendre d'autres opinions de nature à corriger ou à renforcer sa décision. La supervision, au sens le plus large du terme – à savoir une évaluation externe et professionnelle de l'équipe et des services de traitement – représente une exigence éthique essentielle pour garantir le recours aux «meilleures pratiques» afin d'améliorer la protection offerte aux patientes sous l'angle de la transparence et de la validité des évaluations auxquelles elles sont soumises.

L'attention accordée aux relations mère/enfant doit être telle que les deux intéressés puissent jouir d'une protection et de la possibilité de grandir et de se développer. En cas de planification d'un traitement psychologique ou de réadaptation en milieu protégé (des modèles résidentiels ayant été élaborés dans de nombreux pays européens afin d'héberger la mère toxicomane et son (ou ses) enfant(s)), il est important de se rappeler que, sur le plan éthique, l'enfant ne saurait être considéré comme une partie du traitement destiné à aider la mère à surmonter sa dépendance, mais plutôt comme un sujet ayant ses propres besoins inaliénables que le traitement doit respecter.

Compétence maternelle et toxicomanie

Les professionnels de la santé risquent de se retrouver confrontés à des conflits éthiques et à des évaluations divergentes émanant de collègues d'autres services. Ils se voient souvent priés par l'appareil judiciaire d'émettre un jugement sur le comportement de la mère par rapport aux drogues et sur ses problèmes psychologiques et relationnels, afin de décider si la garde de l'enfant peut être laissée à l'intéressée. Une demande d'avis d'un tribunal sur la patiente place le professionnel

devant un dilemme parfois lourd, dans la mesure où son évaluation sera comparée à celles de collègues d'autres services dont la seule préoccupation risque de tenir à la protection des intérêts de l'enfant. Par conséquent, les avis individuels risquent de diverger, parfois sensiblement. Les réglementations et autres codes de conduite promulgués par les divers ordres professionnels exigent le respect du secret professionnel concernant les personnes extérieures au programme de traitement. Ces évaluations techniques risquent d'affecter non seulement le programme de traitement adopté pour la mère, mais aussi l'avenir de la relation mère/enfant. Dans ce cas, quels sont les intérêts à protéger en priorité? Il est clair que ceux de l'enfant prédominent, mais comment les évaluer dans le temps?

Par exemple, la séparation, même lorsqu'elle est provisoire, peut provoquer des dommages affectifs irréversibles chez l'enfant. En outre, il n'est pas toujours facile de prouver en droit l'existence de mauvais traitements ou de sévices (pas plus que la violence), de sorte que les tribunaux disposent d'une marge d'interprétation subjective en la matière.

Une question suffit: le personnel des services de traitement dispose-t-il d'outils appropriés pour évaluer la qualité de la relation mère/enfant? Nous en revenons donc à la question fondamentale déjà posée plus haut: dans quelle mesure le jugement de l'évaluateur peut-il être affecté par des critères purement subjectifs et par les conjectures de l'intéressé visant l'adéquation du comportement maternel de la femme?

Rappelons également que la position adoptée par les tribunaux peut varier en fonction de considérations générales et de l'opinion publique. Des articles à sensation sur des cas d'empoisonnement à la méthadone en Italie – accidentels (l'enfant ayant bu cette substance à la bouteille, peut-être pour imiter ses parents) ou intentionnels (les parents ayant administré eux-mêmes cette substance à leur nourrisson pour faire cesser ses pleurs) – ont pu influencer négativement le tribunal et inciter celui-ci à juger la mère incapable de prendre soin de son enfant et à ordonner par conséquent de soustraire provisoirement ou définitivement la garde de l'enfant à ses parents. Dans de tels cas, l'évaluation du professionnel de la santé risque de peser

moins lourd dans la balance, même lorsqu'elle prône de laisser l'enfant sous la garde de sa mère.

En réalité, on sait peu de choses sur les effets d'une séparation sur la mère et l'enfant, dans la mesure où l'étude de la jurisprudence générale en la matière est impossible; le tribunal n'est donc pas en mesure de fonder sa décision sur une base solide. Le système juridique italien de la protection de la famille et des mineurs prévoit qu'en cas de preuve d'incapacité de prendre soin de l'enfant, de maltraitance ou de négligence – ainsi que dans les cas où la mère, en raison de son comportement, risque de ne pas être en mesure de garantir un environnement protégeant suffisamment le développement et le bien-être physique, psychologique et affectif de l'enfant – il est possible de confier provisoirement l'enfant à une famille d'accueil, auquel cas le tribunal désigne des membres de la famille proche (généralement les grands-parents maternels ou paternels) comme tuteurs. L'évaluation de la capacité des grands-parents à prendre soin de l'enfant inclut très souvent toute une série de critères: conditions socio-économiques, conditions de vie, possibilité pour au moins l'un des grands-parents de consacrer suffisamment de temps à l'enfant, absence de tout trouble psychiatrique, non-consommation de drogues, etc.

Mais, généralement, cette évaluation ne tient pas compte de la dynamique transgénérationnelle dysfonctionnelle qui prévaut fréquemment dans ces circonstances. S'il ne fait aucun doute que l'intérêt de l'enfant exige qu'il demeure en étroit contact avec sa famille, l'expérience clinique révèle que lorsqu'un enfant est confié à ses grands-parents sans bénéficier d'un soutien psychologique adéquat, il se retrouve souvent dans un environnement inévitablement marqué par un conflit et des tensions entre les grands-parents et la mère: une situation impliquant une négation constante de l'image de la mère (déjà fortement entamée par les mesures judiciaires).

Dans de tels cas – qui sont loin d'être rares – l'enfant risque de grandir dans un milieu posant des risques pour son développement, les grands-parents essayant notamment de se prouver (à eux-mêmes et à la société) qu'ils peuvent élever l'intéressé mieux qu'ils n'ont élevé leur fille. Cette démarche

«réhabilitatoire» et ce climat de conflit latent ont des répercussions particulièrement négatives sur la relation mère/fille. Pour l'enfant, ils se soldent par l'incapacité de s'identifier à des figures et par un sentiment d'insécurité. Séparer un enfant de sa mère peut souvent entraîner pour cette dernière des conséquences comportementales et psychologiques opposées au but recherché: aggravation de la dépendance, accroissement du comportement antisocial, recours plus fréquent à la prostitution, perte supplémentaire de l'estime et de la confiance en soi, absence de perspectives d'avenir, participation moins assidue aux programmes de traitement.

Finalement, j'aimerais évoquer la discrimination – y compris dans le domaine de la santé – dont sont victimes les mères toxicomanes. Les réactions du personnel de santé lorsqu'il s'occupe d'une femme dans cet état sont souvent caractérisées – parfois de manière ostentatoire – par la réprobation, le reproche et une impolitesse à peine réfrénée. Cette discrimination est occasionnellement insidieuse et imperceptible en surface. C'est le cas notamment de cette mère ayant choisi de donner naissance à son enfant dans un hôpital public. Le personnel hospitalier ayant été informé de sa dépendance avait décidé d'administrer un traitement à base de méthadone à titre de précaution contre toute détresse respiratoire du nouveau-né. Avant la naissance, la future mère avait pu assister à deux naissances depuis la salle de contrôle et constater que le nourrisson était immédiatement placé sur le ventre et la poitrine de sa mère pour sentir sa chaleur et son pouls, et s'accoutumer à son odeur et à son contact: un précieux réconfort pour une parturiente. En l'occurrence, le personnel refusa de placer le nouveau-né sur le ventre de sa mère et celle-ci dut insister pour obtenir gain de cause (et encore un drap fût-il placé entre les deux corps pour éviter tout contact direct). A l'évidence, cette mesure n'était justifiée par aucune raison médicale. La mère se rappelait encore l'incident plusieurs années après, car elle s'était sentie différente et «impure». Les travailleurs sociaux et de santé doivent éviter toute action discriminatoire, fût-elle triviale ou apparemment imperceptible, dans la mesure où elle risquerait d'avoir des résultats dramatiques sur le programme de traitement et d'accroître le sentiment de méfiance de la patiente.

En conclusion, il faut espérer que les professionnels des services de traitement accorderont plus d'attention aux problèmes éthiques que posent leurs actes, surtout en ce qui concerne les femmes enceintes et les mères. Il conviendrait tout particulièrement d'élaborer des plans de traitement pharmacologique et psychosocial, et d'adapter les projets de traitement aux besoins spécifiques de la femme, en rejetant l'approche fondée exclusivement sur la mise en évidence des symptômes de dépendance. En outre, il conviendrait de diffuser plus d'informations sur la sexualité et de mettre davantage l'accent sur la nécessité de prendre conscience des responsabilités inhérentes à la maternité, dans la mesure où la grossesse et la maternité représentent une formidable occasion de changer le style de vie d'une personne.

Bibliographie

Covri, C., «Ética e deontologia degli operatori e dei servizi per le dipendenze patologiche», in *Il sistema dei servizi per le dipendenze patologiche. Programmazione, qualità e valutazione*, FrancoAngeli, Milan, 2004.

EMCCDA (European monitoring center for drugs and drug addiction), *Rapport annuel 2003*, Luxembourg, 2003.

Erit, «Linee-guida per il comportamento deontologicamente fondato dei professionisti delle tossicodipendenze», site web de l'ERIT, www.erit.org

Facy, F., Rabaud, M. et Andry, M., «Embarazo y tratamiento con metadona», in *Addiciones*, 15, 3, 2003.

Facy, F., Villez, M., Delile, J. M. et Dally, S., *Addiction au féminin*, EDK, Paris, 2004.

Fava Vizziello, G., Simonelli, A. et Petenà, I., «Qualità delle rappresentazioni materne e trasmissione intergenerazionale di fattori di rischio e protezione in bambini figli di madri tossicodipendenti», texte disponible sur le site d'Erit (Fédération européenne des associations d'intervenants en toxicomanie), www.erit.org

Klein, H., Jackson, M. et Lewis, S., *Drug misuse and motherhood*, Routledge, Londres, 2002.

Llopis, J. J. *et al.*, «Study into the outlook for improvements in health-care for drug addicted women with children at European level implication and consequences», in *Les Cahiers T3E*, communication faite au Colloque européen de Beauvais (France), 9-11 avril 2003, «Conduites à risques et toxicomanies», disponible sur www.t3e-eu.org

Nizzoli, U. et Vaccari, C., *I tossicodipendenti e i loro figli*, Verso l'Utopia, Ravenna, 1999.

Rosenbaum, M., «Research and Policy», chapitre 63, section IX, Especial Populations, in Lowinson, Joyce H., Ruiz, Pedro, Millman, Robert B. et Langrod, John, *Substance Abuse, a Comprehensive Textbook*, 3^e édition, Williams et Wilkins, Baltimore, MD, 1997, pp. 654-665.

Sirvent, C., *La mujer drogodependiente: características, tratamiento y estudio de evaluación*, Fundación Instituto Spiral, Madrid, 1995.

Stocco, P. *et al.*, «Etica e deontologia degli operatori delle tossicodipendenze», in *Personalità e dipendenze*, fasc. 2, 2002, pp. 213-224.

Stocco, P., Llopis, J. J. *et al.*, «Women and drug abuse in Europe: gender identity», publication de l'Irefrea, 2000, disponible sur le site de l'Irefrea, www.irefrea.org

Stocco, P., Llopis, J. J. *et al.*, «Women and opiate addiction; a European perspective», publication de l'Irefrea, 2002, disponible sur le site de l'Irefrea, <http://www.irefrea.org>

Le Conseil de l'Europe et la toxicomanie

par Angel Ruiz de Valbuena

Le Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (Groupe Pompidou) est un organe intergouvernemental créé en 1971 à l'initiative de l'ancien Président français Georges Pompidou.

Un peu d'histoire

Au départ, ce forum informel réunissait sept pays européens – France, Belgique, Allemagne, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Royaume-Uni – décidés à mettre en commun leurs expériences dans le domaine de la lutte contre l'abus et le trafic de stupéfiants. D'autres pays ont par la suite adhéré à cette coopération qui réunit aujourd'hui trente-quatre Etats membres.

En 1980, le Groupe Pompidou est intégré au Conseil de l'Europe et il relève aujourd'hui de la Direction générale de la cohésion sociale.

Depuis 1990, la coopération technique s'est également étendue à des pays d'Europe centrale et orientale non membres du Groupe Pompidou. En outre, des pays non européens, comme le Canada et les Etats-Unis, ont été invités à participer à certaines activités.

Aujourd'hui, trente-quatre pays¹ animent le Groupe Pompidou au travers de leurs correspondants permanents qui, deux fois l'an, font le point sur les actions entreprises. Un important réseau d'experts vient enrichir études et débats dont le point fort reste l'approche pluridisciplinaire.

Amélioration de la collecte de données pour surveiller les tendances et les modes de consommation, coopération entre les aéroports pour lutter contre le trafic, manuels de prévention destinés aux professionnels et aux intervenants, programmes de formation sur la prise en charge et une série d'études sur le fonctionnement du système pénal, sur des questions de santé

1. Allemagne, Autriche, Azerbaïdjan, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Fédération de Russie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République slovaque, République tchèque, Royaume-Uni, Saint-Marin, Slovaquie, Suède, Suisse et Turquie.

individuelle et publique et sur l'impact social de l'usage de drogues illustrent cette approche.

Enfin, tous les trois ans, une conférence des ministres européens en charge du dossier de la lutte contre les drogues fixe les orientations et définit un programme de travail qui conjugue recherches épidémiologiques, réflexions sur le travail de prévention et de formation, études des réponses thérapeutiques et du traitement social des toxicomanies, et des aspects juridiques et pénaux.

C'est dans les années 1980, alors que le Groupe Pompidou rejoint le Conseil de l'Europe, qu'il s'engage très vite sur l'une des voies essentielles de son travail: le recueil et l'harmonisation de la collecte des informations afin de surveiller de près l'évolution des toxicomanies. Mieux connaître les modes de consommation, déceler les nouveaux produits qui circulent, étudier leurs effets sur les consommateurs en terme de santé publique mais aussi d'impact social sont autant de recherches que mènent désormais en commun les épidémiologistes européens. Maintenant, quarante-deux villes européennes représentant vingt-quatre pays collaborent à ce réseau unique en Europe, qui a intégré, dès 1994, neuf centres urbains d'Europe centrale et orientale.

Parallèlement et face à la montée de la consommation chez les jeunes, le Groupe Pompidou contribue à rassembler des données fiables et précises sur la consommation d'alcool et de drogue en milieu scolaire. Deux enquêtes ont déjà été conduites en 1995 et 1999, couvrant une trentaine de pays.

Le Groupe Pompidou aujourd'hui

La mission principale du Groupe Pompidou est de contribuer, en matière de lutte contre la toxicomanie, à l'élaboration au sein de ses Etats membres de politiques multidisciplinaires, innovatrices, efficaces et fondées sur des connaissances validées.

La nature changeante et dynamique du phénomène des drogues appelle le Groupe Pompidou à adapter constamment son rôle pour faire face aux problèmes et aux changements au

fur et à mesure qu'ils se produisent. Souplesse et capacité d'innovation sont deux attributs fondamentaux qui permettent au groupe de relever ce défi.

Dans un contexte international caractérisé par la présence de nombreuses instances européennes et internationales qui s'occupent de drogues, le Groupe Pompidou représente un forum multidisciplinaire au sein de la Grande Europe qui permet aux responsables politiques, aux professionnels et aux experts d'échanger des idées et des informations sur les divers problèmes posés par l'abus et le trafic illicite des stupéfiants. Afin d'accomplir cette tâche, il adopte une approche intégrée et multidisciplinaire en ayant recours à une diversité de méthodes de travail.

De plus, le Groupe Pompidou poursuit une fonction de liaison (*bridging*) entre les pays membres et non membres de l'Union européenne, ainsi qu'avec des pays voisins de la région méditerranéenne.

Riche de trente ans d'analyses partagées, d'échanges d'expériences et de l'étude des politiques menées par ses trente-quatre Etats membres, le Groupe Pompidou voit aujourd'hui sa mission dépasser les frontières des seules drogues illicites pour se pencher sur les effets d'autres substances psychotropes et de la polytoxicomanie et en réduire les dommages pour l'individu comme pour les sociétés dans lesquelles il vit. Parallèlement, il poursuit son engagement auprès des pays d'Europe centrale et orientale qui subissent de plein fouet les méfaits de la hausse du trafic comme de la consommation.

Actuellement, les sujets principaux du programme de travail incluent la concertation des services de contrôle antidrogue dans les aéroports européens, les activités en matière de justice pénale, les nouveaux modes de consommation et les nouvelles stratégies de traitement, la réduction des risques, les aspects régulateurs de traitement de substitution, la participation des jeunes lors des programmes de prévention de l'usage de drogues et les problèmes de sécurité routière liés aux drogues.

En raison de ses liens avec le Conseil de l'Europe, il veille aussi à ce que les recommandations de politique générale soient compatibles avec les orientations élaborées dans d'autres

domaines d'activité du Conseil, tels que la santé publique, la cohésion sociale et la politique pénale, en insistant notamment sur les questions éthiques.

La réflexion sur les problèmes éthiques au sein du Groupe Pompidou

L'étude des questions d'ordre éthique et déontologique est toujours une préoccupation principale pour le Conseil de l'Europe, tout comme le respect des droits de l'homme, en particulier dans les activités sur la politique de santé chez les Etats membres. Dans cette structure, ces questions inspirent naturellement toutes les activités du Groupe Pompidou.

Les politiques de lutte contre la toxicomanie incluent le combat contre le trafic de drogues aussi bien que des stratégies pour la prévention et pour la disponibilité de services de prise en charge thérapeutique, assurant que les usagers de drogues ont le droit de recevoir l'information appropriée en plus du droit universel d'accès au traitement. En effet, on doit voir la toxicomanie comme une maladie et, comme pour toute autre maladie, il peut être accepté que les utilisateurs de drogues aient le droit de se faire soigner, dans le sens le plus large du terme.

Par conséquent, le concept de soin implique l'intervention médicale, mais aussi tous les plans destinés à la «réduction du dommage» aussi bien pour le patient que pour la société dans son ensemble. Le traitement et les interventions de réduction du risque devraient être de qualité et il est nécessaire de choisir finalement leurs buts et d'entretenir de hauts standards professionnels.

La mise en œuvre des politiques de lutte contre la toxicomanie, non seulement dans le domaine spécifique du soin des utilisateurs de drogues mais aussi dans d'autres matières, telles que la recherche, la prévention et les actions légales et pénales, implique la considération d'une grande série de problèmes éthiques complexes.

Parmi ces problèmes figurent:

- l'exactitude et l'efficacité d'information sur les drogues illégales;
- le droit aux soins et l'accès aux services de prise en charge;
- la prise en charge de groupes spécifiques d'usagers de drogues (jeunes, femmes enceintes, etc.) et des nouvelles tendances de consommation;
- les questions éthiques liées aux aspects économiques (coûts des traitements, etc.) et au manque de ressources financières;
- les tests de dépistage, en particulier dans les lieux de travail et dans les écoles;
- la diversité de règlements sur le traitement obligatoire;
- le placement d'office et l'alternative entre la prison et l'obligation de se faire soigner;
- les problèmes de protection de données liées à la recherche (épidémiologique et autre).

Le Groupe Pompidou avait organisé, en février 2003, un séminaire européen sur les «Questions éthiques et déontologiques dans le domaine des toxicomanies». Le séminaire s'était principalement focalisé sur les discussions concernant les sujets mentionnés ci-dessus. Pour développer des débats bien diversifiés, chaque pays membre du Conseil de l'Europe avait nommé des participants ayant l'un ou plusieurs des profils professionnels suivants: des experts en éthique et/ou en déontologie; des professionnels de la santé qui interviennent dans les problèmes de drogue et de toxicomanie; des juristes; des agents de prisons; des policiers; des chercheurs en épidémiologie et des journalistes².

Les conclusions du séminaire montraient bien que, pour aborder et traiter les multiples questions éthiques soulevées par la lutte contre la toxicomanie, quelles que soient les thématiques retenues par le Groupe Pompidou pour les trois prochaines années, devraient intégrer les points suivants: étudier les différences entre les problèmes déontologiques et éthiques; mieux connaître les situations entre les différentes nations en présence, pour mieux les comprendre, en tenant compte des

2. Le récit de ces débats et les conclusions du séminaire ont été publiés dans un document intitulé «Ethique et toxicomanie: séminaire sur les questions éthiques et déontologiques».

langues, des concepts, des pratiques et des histoires politiques de chacun; engager l'étude approfondie de ces situations en la confrontant aux constructions des droits internationaux et aux engagements des peuples des nations européennes et des Nations Unies pour la formation, l'application et l'évaluation de la mise en œuvre de ces droits.

Dans ce but, et dans le cadre du programme de travail actuel du Groupe Pompidou (2004-2006), un comité d'experts a été institué pour analyser ces problèmes éthiques liés à l'abus des drogues. Le but du comité est de rédiger des documents de consensus et/ou des codes de conduite qui pourraient finalement inspirer des règlements nationaux sur ces sujets. Evidemment, cet effort suit la méthodologie de travail distinctive du Groupe Pompidou, c'est-à-dire la jonction de la politique, la pratique et la science pour arriver à l'application des politiques fondées sur les évidences scientifiques et pratiques. Le comité d'experts garde aussi à l'esprit le respect des principes de la Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales, afin de promouvoir les considérations éthiques et d'observation des droits de l'homme dans les politiques de lutte contre la toxicomanie.

Annexes

Annexe I – Quelques concepts clés¹

Les **toxicomanies** (du grec *toxikon*, poison dont les flèches étaient enduites, et *mania*, folie) ou comportement de dépendance à l'égard d'une ou plusieurs substances psychoactives, sont l'une des formes d'addiction.

D'un terme juridique anglais, lui-même issu du vieux français, signifiant «contraint par corps», l'**addiction** est une relation de dépendance plus ou moins aliénante pour l'individu, et plus ou moins acceptée, voire parfois totalement rejetée, par son environnement social, à l'égard d'un produit (drogue, tabac, alcool, médicaments), d'une pratique (jeu, sport), ou d'une situation (relation amoureuse). Le terme est utilisé surtout par les théoriciens; le public et les cliniciens emploient plus couramment la terminologie de «comportement de dépendance».

Dans le contexte de cet ouvrage, on appelle **dépendance** la situation d'assujettissement d'un individu à la prise d'une drogue; l'interruption de cette prise entraîne un malaise psychique, voire physique, qui incite le sujet à pérenniser sa consommation.

Le **toxicomane** est perçu, d'une part, comme une victime souffrant de sa faiblesse et, d'autre part, comme un acteur dans le processus de prise de drogue. Malgré cette image plutôt confuse, le toxicomane devrait généralement être perçu comme un malade qui doit avoir accès aux meilleurs soins possibles.

Dans le cadre de sa pratique professionnelle, l'intervenant qui prend en charge des toxicomanes est souvent appelé à se positionner et à orienter ses actions selon des normes et des procédures bien définies. Pourtant, il peut être déchiré entre les exigences de sa profession et les codes de bonne conduite, aussi bien professionnelle que personnelle: éthiques, déontologiques ou moraux, par exemple, ou être confronté au problème de la confidentialité, etc.

1. Les définitions sont extraites du *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*, Larousse, Paris, 1999.

Annexe II – Sélection de sites web

Groupe Pompidou

www.coe.int/T/DGIII/Pompidou/AboutUs/Introduction_fr.asp

Liens vers des organisations apparentées

Base de données concernant l'abus de drogue et de tabac sur le lieu de travail (Organisation internationale du travail – OIT)

www.ccsa.ca/ilo/ilotop.htm

Commission européenne – Coordination des politiques en matière de stupéfiants

europa.eu.int/comm/justice_home/fsj/drugs/fsj_drugs_intro_en.htm

Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues (OAS/Cicad)

www.cicad.oas.org/EN/Default.asp

Interpol (contrôle des drogues)

www.interpol.com/Public/Drugs/default.asp

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)

www.emcdda.eu.int/

Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC)

www.unodc.org/unodc/index.html

Organe international de contrôle des stupéfiants

www.incb.org/f/index.htm?

Organisation mondiale de la santé (OMS)

www.who.int/fr/index.html

Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe

www.euro.who.int/?language=French

Programme de l'Onu contre le sida (Onusida)

www.unaids.org/en/default.asp

Annexe III

Résolution (80) 2 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe instituant un Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (Groupe Pompidou)

(adoptée par le Comité des Ministres le 27 mars 1980 lors de la 317^e réunion des Délégués des Ministres)

Les représentants de la Belgique, du Danemark, de la France, de la République fédérale d'Allemagne, de l'Irlande, de l'Italie, du Luxembourg, des Pays-Bas, de la Suède, de la Turquie et du Royaume-Uni réunis au Comité des Ministres du Conseil de l'Europe,

Vu la décision prise à Stockholm le 13 novembre 1979 par la 5^e Conférence ministérielle du Groupe Pompidou;

Vu la Résolution (51) 62 du Comité des Ministres concernant les accords partiels;

Considérant la décision prise par le Comité des Ministres au niveau des Délégués lors de leur 317^e réunion, au sujet de la poursuite par voie d'accord partiel des activités du Groupe Pompidou dans le cadre du Conseil de l'Europe;

Conscients de la nécessité de permettre au Groupe Pompidou de continuer ses travaux avec la plus grande efficacité possible,

Décident d'instituer un Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (Groupe Pompidou).

I. Le Groupe Pompidou a pour objectif d'examiner d'un point de vue pluridisciplinaire les problèmes de l'abus et du trafic des stupéfiants.

II. Les méthodes de travail suivies jusqu'à présent par le groupe continueront à être appliquées dans le cadre de l'accord partiel précité.

Ces méthodes sont les suivantes:

1. Réunion, au niveau ministériel, et à huis clos, en règle générale tous les deux ans, les circonstances et l'urgence pouvant cependant justifier la convocation spéciale du groupe en dehors des réunions biennales;

2. Chaque Etat est représenté aux réunions soit par le ou les ministre(s) intéressé(s) par le sujet traité soit par le ministre chargé par son gouvernement de coordonner l'action des ministères concernés par les problèmes de la drogue. Pour chaque Etat est nommé un correspondant permanent qui, en liaison personnelle avec le ou les ministre(s) participant aux réunions du «groupe», est chargé de préparer les réunions du groupe au niveau ministériel; ce correspondant permanent peut se faire assister par des experts;

3. Les correspondants permanents et leurs experts se réunissent deux fois pendant les intersessions du groupe au niveau ministériel pour suivre l'application des lignes directrices prises et préparer les réunions à venir des ministres conformément au mandat décidé. A cette fin, ils ont notamment pour tâche:

- de mettre au point l'ordre du jour et les thèmes de la prochaine réunion ministérielle;
- de rassembler les matériaux nécessaires pour l'élaboration des documents de base;
- de prendre les dispositions nécessaires en vue de la préparation matérielle de la réunion ministérielle;
- d'échanger des informations relatives aux derniers événements survenus dans les pays participants et se rapportant aux sujets traités par les ministres lors des réunions précédentes;

4. Le groupe décide de la publication des documents élaborés par les correspondants permanents ainsi que des résolutions adoptées;

5. Les langues utilisées lors des réunions sont l'allemand, l'anglais, le français, l'italien, le néerlandais, le suédois et le turc;

6. Les documents de réunion sont reproduits en anglais et en français.

III. Les Etats non membres du Conseil de l'Europe peuvent adhérer au groupe à condition que leurs demandes aient été acceptées par l'unanimité des Etats membres du groupe.

IV. Le Secrétariat du Conseil de l'Europe assurera le secrétariat du groupe dans les conditions suivantes:

1. Préparation et distribution des documents des réunions du groupe au niveau ministériel et à celui des correspondants permanents;
2. Convocation des réunions;
3. Organisation matérielle des réunions du groupe au niveau ministériel qui se tiendraient tous les deux ans alternativement, au siège du Conseil de l'Europe à Strasbourg et dans un Etat participant au groupe;
4. Organisation matérielle des réunions du groupe au niveau des correspondants permanents à raison de deux réunions par intersession qui se tiendraient au siège du Conseil de l'Europe à Strasbourg;
5. Traduction des documents du groupe en anglais ou en français;
6. Mise à la disposition du groupe du personnel nécessaire à son fonctionnement;
7. Préparation et diffusion des conclusions des réunions du groupe.

V. Les dépenses afférentes au fonctionnement du groupe dans le cadre de l'accord partiel précité sont réparties comme suit:

1. Les frais de voyage et de séjour des participants aux réunions du groupe (ministres, correspondants permanents et experts) sont à la charge de chaque Etat membre du groupe concerné;
2. Les frais concernant l'organisation matérielle des réunions au niveau ministériel dans un lieu autre que le Conseil de l'Europe sont à la charge du pays hôte;
3. Les frais communs de secrétariat (documents, personnel, traduction, interprétation, ainsi que toutes autres dépenses spécifiques liées au fonctionnement du groupe) font l'objet d'un budget d'accord partiel qui sera financé par les Etats membres du groupe et soumis aux mêmes dispositions réglementaires prévues pour les autres budgets de l'Organisation.

Annexe IV

Résolution (80) 15 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe portant modification de la Résolution (80) 2 instituant un Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (Groupe Pompidou)

(adoptée par le Comité des Ministres le 17 septembre 1980, lors de la 322^e réunion des Délégués des Ministres)

Les représentants au Comité des Ministres des Etats membres du Groupe de coopération en matière de lutte contre l'abus et le trafic illicite des stupéfiants (Groupe Pompidou)¹,

Vu la Résolution (80) 2 instituant le groupe de coopération précité;

Vu le rapport du Comité du budget en date du 12 mai 1980 (Doc. CM (80) 132);

Vu leur décision prise lors de la 321^e réunion des Délégués des Ministres selon laquelle le budget de l'accord partiel sur le groupe de coopération couvrira les frais d'interprétation de l'anglais vers le français et inversement lors des réunions de ce groupe, les frais d'interprétation de toute autre langue vers l'anglais ou le français étant à la charge de la ou des délégations qui demandent cette interprétation;

Considérant qu'il convient à la suite de cette décision de modifier la partie II de la Résolution (80) 2,

Décident:

Article unique – La partie II de la Résolution (80) 2 est modifiée comme suit:

«Les méthodes de travail suivies jusqu'à présent par le groupe continueront à être appliquées dans le cadre de l'accord partiel précité, compte tenu des dispositions de l'article II.5 ci-dessous.

Les méthodes de travail sont les suivantes:

1. (inchangé);
2. (inchangé);
3. (inchangé);

1. Belgique, Danemark, France, République fédérale d'Allemagne, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Suède, Turquie et Royaume-Uni.

4. (inchangé);
5. Le budget d'accord partiel mentionné à l'article V.3 ci-dessous couvre les frais d'interprétation de l'anglais vers le français et inversement lors des réunions du groupe, les frais d'interprétation de toute autre langue vers l'anglais ou le français étant à la charge de la ou des délégations qui demandent cette interprétation;
6. (inchangé).»

Annexe V – Liste des publications du Groupe Pompidou

Tous les ouvrages avec ISBN sont publiés par les Editions du Conseil de l'Europe. Pour tout renseignement: publishing@coe.int ou consulter le site web des Editions: book.coe.int

Approche et rencontre des usagers de drogues, actes, symposium, Bergen, février 1993.
ISBN 92-871-2600-3

Approche et rencontre des usagers de drogues: principes et pratique, par Tim Rhodes, 1996.
ISBN 92-871-3109-0

«Benzodiazepine Use: A report of a survey of benzodiazepine consumption in the member countries of the Pompidou Group», par Gary Stillwell et Jane Fountain, février 2002 (anglais uniquement).
P-PG/Benzo (2002) 1

Besoins particuliers des enfants de parents usagers de drogues, rapport final des consultantes, par Beate Leopold et Elfriede Steffan, 1997.
ISBN 92-871-3487-1

Circulation routière et drogues, actes, séminaire, Strasbourg, avril 1999.
ISBN 92-871-4144-4

Circulation routière et substances psychoactives, actes, séminaire, Strasbourg, 18-20 juin 2003.
ISBN 92-871-5501-1

Comment calculer le coût social des drogues illicites: démarches et outils pour l'estimation du coût social lié à la consommation de substances psychotropes, par Pierre Kopp, novembre 2001 (également disponible en russe).
ISBN 92-871-4733-7

Comment rapprocher la recherche, les politiques et les pratiques de terrain – Acquis et perspectives, actes, conférence stratégique, Strasbourg, 6-7 avril 2004.

ISBN 92-871-5534-8

Contribution à l'usage raisonné des benzodiazépines, actes, séminaire, Strasbourg, janvier 2001.

ISBN 92-871-4750-7

Développement et amélioration des programmes de substitution, actes, séminaire, Strasbourg, octobre 2001.

ISBN 92-871-4806-6

Développement et test d'un formulaire de sortie de traitement pour des patients traités pour consommation abusive de drogues, projet du Groupe d'experts en épidémiologie des problèmes de drogue, rapport final, par Anna Kokkevi, coordinateur, décembre 2000.

ISBN 92-871-4522-9

Drogues et dépendances aux drogues: comment rapprocher la recherche, les politiques et les pratiques de terrain? Acquis et perspectives, document de base, par Richard Hartnoll, conférence stratégique, Strasbourg, 6-7 avril 2004.

ISBN 92-871-5489-9

«Estimating the social cost of illicit drugs in Poland» (anglais uniquement). P-PG/Cost (2003) 2 E

«Ethics and drug use» – Seminar on Ethics, professional standards and drug addiction, février 2003 (anglais uniquement). P-PG/Ethics (2003) 4

«Etude multi-villes du Groupe Pampidou, mise à jour 1999-2000», par Ruud Bless, coordinateur, mai 2002.

P-PG/Epid (2002)11

Etude multi-villes: tendances de l'abus de drogues dans treize villes européennes, 1994.

ISBN 92-871-2391-8

«Follow-up project on treatment demand: tracking long-term trends», Final report, par Michael Stauffacher *et al.* (anglais uniquement). P-PG/EPid (2003)37

Grossesse et toxicomanies : état des lieux en l'an 2000, actes, séminaire, Strasbourg, mai 2000.

ISBN 92-871-4502-4

«Groupe de travail "Minorités et usage de drogues"», rapport final de consultant, par G. F. van de Wijngaart et F. Leenders, 1998. P-PG/ Minorities (98) 1

«Joint Pompidou Group – EMCDDA Scientific Report 2000 – Treatment demand indicator: Standard protocol 2.0 and Technical annex», deux parties à télécharger du site: www.emcdda.org (anglais uniquement).

L'abus de substances volatiles, actes, séminaire, Bratislava, novembre 1993.

ISBN 92-871-2569-4

L'abus de substances volatiles chez les jeunes en Pologne, par Richard Ives, 1996.

ISBN 92-871-3182-1

Les délinquants usagers de drogues en prison et après libération, actes, séminaire, Strasbourg, octobre 1999.

ISBN 92-871-4241-6

Les délinquants usagers de drogues et le système pénal: période qui court du premier contact avec la police jusqu'au jugement inclus, actes, séminaire, Strasbourg, octobre 1998.

ISBN 92-871-3789-7

«Les femmes et la consommation problématique de drogues: accent sur les interventions axées sur la collectivité», par Dagmar Hedrich. P-PG/Treatment(2000) 3

Les femmes et les drogues: accent sur la prévention, actes, symposium, Bonn, octobre 1995.

ISBN 92-871-3506-1

Les femmes et les drogues, actes, symposium, Prague, novembre 1993.

ISBN 92-871-2837-5

«Les tribunaux de toxicomanie: développements internationaux, modèles et résultats», par le professeur Paul Moyle. P-PG/DrugCourts (2003) 3

L'usage de drogues en milieu carcéral, projet du Groupe d'experts en épidémiologie des problèmes de drogue, rapport final, par Richard Muscat, coordinateur, décembre 2000 (épuisé en français, disponible en anglais).

ISBN 92-871-4520-2

«Manuel européen sur la prévention: alcool, drogues et tabac», 1998 (épuisé en français).

«Missing Pieces: Developing drug information systems in Central and Eastern Europe/Technical reports», par Michael Stauffacher, coordinateur (joint PG/UNDCP Project: extension of the Multi-city network to Central and Eastern European Europe), septembre 2001 (anglais uniquement).

Multi-city Network Eastern Europe – Joint Pompidou Group/UNDCP project: extension of the multi-city network to Central and Eastern Europe, premiers rapports de: Bratislava, Budapest, Gdańsk, Ljubljana, Prague, Sofia, Szeged, Varna, Varsovie, 1997 (anglais uniquement).

ISBN 92-871-3509-6

«Outreach work with young people, young drug users and young people at risk – Emphasis on secondary prevention», par Njål Petter Svensson (anglais uniquement). P-PG/Prev (2003) 6

Pregnancy and drug misuse, proceedings, symposium, Strasbourg, mars 1997 (anglais uniquement).

ISBN 92-871-3784-6

Prisons, drogues et société, actes, séminaire, Berne (Suisse), septembre 2001.

ISBN 92-871-5089-3

«Prisons, drogues et société: déclaration de consensus sur les principes, la politique et les pratiques», publié par l'OMS (Bureau de l'Europe) en partenariat avec le Groupe Pompidou, septembre 2002.

Réduction des risques liés à l'usage de substances autres que par injection, actes, séminaire, Strasbourg, février 2002.

ISBN 92-871-5329-9

Réinsertion professionnelle des toxicomanes en Europe, actes, séminaire, Bratislava, janvier 2000.

ISBN 92-871-4405-2

«Réinsertion professionnelle des toxicomanes (projet Eureka): état des lieux et résultats d'une étude sur tous les Etats membres du Groupe Pompidou», par Ambros Uchtenhagen, Susanne Schaaf et Christa Berger. P-PG/Rehab(2000)1

«Réseau méditerranéen: projet méditerranéen d'enquête scolaire sur l'alcool et les autres drogues (MedSPAD)», étude pilote 1 – Maroc, par Richard Muscat. P-PG/Med(2003)12

«Targeted Drug Prevention – How to reach young people in the community?», Report of the Conference in Helsinki, novembre 2002 (anglais uniquement).

«The general Potential of Police Prevention in the area of illicit drugs», par le professeur D^r Lorenz Böllinger (anglais uniquement). P-PG/Prev (2003) 2

«The Impact of the ESPAD Project – The opinion of ESPAD Researchers», par Björn Hibell et Barbro Andersson (anglais uniquement). P-PG/Epid (2003)31 E

The 1999 ESPAD Report: Alcohol and other drug use among students in 30 European countries, Groupe Pompidou/CAN, 2000. ISBN 91-7278-080-0

(Contacter CAN – The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs, fax + 46 8 10 46 41 ou envoyer un e-mail à barbro.andersson@can.se (anglais uniquement).)

3^e étude multi-villes: évolution des tendances de l'usage de drogues dans les villes européennes au cours des années 90, par Ruud Bless, coordinateur, août 2001. ISBN 92-871-4458-3

Troubles déficitaires de l'attention/troubles hyperkinétiques: diagnostic et traitement par des stimulants, actes, séminaire, Strasbourg, décembre 1999. ISBN 92-871-4239-4

Usagers de drogues en traitement dans 23 villes européennes – Données 1997 – Tendances 1996-1997, projet du Groupe Pompidou sur les demandes de traitement, rapport final, par Michael Stauffacher, coordinateur. ISBN 92-871-4143-6

Sales agents for publications of the Council of Europe Agents de vente des publications du Conseil de l'Europe

BELGIUM/BELGIQUE

La Librairie européenne SA
50, avenue A. Jonnart
B-1200 BRUXELLES 20
Tel.: (32) 2 734 0281
Fax: (32) 2 735 0860
E-mail: info@libeurop.be
http://www.libeurop.be

Jean de Lannoy

202, avenue du Roi
B-1190 BRUXELLES
Tel.: (32) 2 538 4308
Fax: (32) 2 538 0841
E-mail: jean.de.lannoy@euronet.be
http://www.jean-de-lannoy.be

CANADA

Renouf Publishing Company Limited
5369 Chemin Canotek Road
CDN-OTTAWA, Ontario, K1J 9J3
Tel.: (1) 613 745 2665
Fax: (1) 613 745 7660
E-mail: order.dept@renoufbooks.com
http://www.renoufbooks.com

CZECH REPUBLIC/ RÉPUBLIQUE TCHÈQUE

Suweco Cz Dvovz Tisku Praha
Ceskomoravska 21
CZ-18021 PRAHA 9
Tel.: (420) 2 660 35 364
Fax: (420) 2 683 30 42
E-mail: import@suweco.cz

DENMARK/DANEMARK

GAD Direct
Fiolstaede 31-33
DK-1171 COPENHAGEN K
Tel.: (45) 33 13 72 33
Fax: (45) 33 12 54 94
E-mail: info@gadirect.dk

FINLAND/FINLANDE

Akateeminen Kirjakauppa
Keskuskatu 1, PO Box 218
FIN-00381 HELSINKI
Tel.: (358) 9 121 41
Fax: (358) 9 121 4450
E-mail: akatilaus@stockmann.fi
http://www.akatilaus.akateeminen.com

FRANCE

La Documentation française
(Diffusion/Vente France entière)
124, rue H. Barbusse
F-93308 AUBERVILLIERS Cedex
Tel.: (33) 01 40 15 70 00
Fax: (33) 01 40 15 68 00
E-mail: commandes.vel@ladocfrancaise.gouv.fr
http://www.ladocfrancaise.gouv.fr

Librairie Kléber (Vente Strasbourg)
Palais de l'Europe
F-67075 STRASBOURG Cedex
Fax: (33) 03 88 52 91 21
E-mail: librairie.kleber@coe.int

GERMANY/ALLEMAGNE

AUSTRIA/AUTRICHE
UNO Verlag
August Bebel Allee 6
D-53175 BONN
Tel.: (49) 2 28 94 90 20
Fax: (49) 2 28 94 90 222
E-mail: bestellung@uno-verlag.de
http://www.uno-verlag.de

GREECE/GRÈCE

Librairie Kauffmann
28, rue Stadiou
GR-ATHINA 10564
Tel.: (30) 1 32 22 160
Fax: (30) 1 32 30 320
E-mail: ord@otenet.gr

HUNGARY/HONGRIE

Euro Info Service
Hungexpo Europa Kozpont ter 1
H-1101 BUDAPEST
Tel.: (361) 264 8270
Fax: (361) 264 8271
E-mail: euroinfo@euroinfo.hu
http://www.euroinfo.hu

ITALY/ITALIE

Libreria Commissionaria Sansoni
Via Duca di Calabria 1/1, CP 552
I-50125 FIRENZE
Tel.: (39) 556 4831
Fax: (39) 556 41257
E-mail: licosa@licosa.com
http://www.licosa.com

NETHERLANDS/PAYS-BAS

De Lindeboom Internationale Publikaties
PO Box 202, MA de Ruyterstraat 20 A
NL-7480 AE HAAKSBERGEN
Tel.: (31) 53 574 0004
Fax: (31) 53 572 9296
E-mail: lindeboo@worldonline.nl
http://home-1-worldonline.nl/~lindeboo/

NORWAY/NORVÈGE

Akademika, A/S Universitetsbokhandel
PO Box 84, Blindern
N-0314 OSLO
Tel.: (47) 22 85 30 30
Fax: (47) 23 12 24 20

POLAND/POLOGNE

Główna Księgarnia Naukowa
im. B. Prusa
Krakowskie Przedmieście 7
PL-00-068 WARSZAWA
Tel.: (48) 29 22 66
Fax: (48) 22 26 64 49
E-mail: inter@internews.com.pl
http://www.internews.com.pl

PORTUGAL

Livraria Portugal
Rua do Carmo, 70
P-1200 LISBOA
Tel.: (351) 13 47 49 82
Fax: (351) 13 47 02 64
E-mail: liv.portugal@mail.telepac.pt

SPAIN/ESPAGNE

Mundi-Prensa Libros SA
Castelló 37
E-28001 MADRID
Tel.: (34) 914 36 37 00
Fax: (34) 915 75 39 98
E-mail: libreria@mundiprensa.es
http://www.mundiprensa.com

SWITZERLAND/SUISSE

BERSY
Route de Monteiller
CH-1965 SAVIESE
Tel.: (41) 27 395 53 33
Fax: (41) 27 395 53 34
E-mail: bersy@bluewin.ch

Adeco – Van Diermen
Chemin du Lacuz 41
CH-1807 BLONAY
Tel.: (41) 21 943 26 73
Fax: (41) 21 943 36 05
E-mail: info@adeco.org

UNITED KINGDOM/ROYAUME-UNI

TSO (formerly HMSO)
51 Nine Elms Lane
GB-LONDON SW8 5DR
Tel.: (44) 207 873 8372
Fax: (44) 207 873 8200
E-mail: customer.services@theso.co.uk
http://www.the-stationery-office.co.uk
http://www.itsofficial.net

UNITED STATES and CANADA/ ÉTATS-UNIS et CANADA

Manhattan Publishing Company
468 Albany Post Road, PO Box 850
CROTON-ON-HUDSON,
NY 10520, USA
Tel.: (1) 914 271 5194
Fax: (1) 914 271 5856
E-mail: Info@manhattanpublishing.com
http://www.manhattanpublishing.com

Council of Europe Publishing/Éditions du Conseil de l'Europe

F-67075 Strasbourg Cedex

Tel.: (33) 03 88 41 25 81 – Fax: (33) 03 88 41 39 10 – E-mail: publishing@coe.int – Website: http://book.coe.int

A travers la collection *Regard éthique*, le Conseil de l'Europe entend apporter sa contribution aux multiples interrogations suscitées par les développements spectaculaires des sciences et des techniques. Destinée à la fois aux spécialistes et au grand public, la collection a deux objectifs :

- répertorier les questions relatives à l'éthique;
- favoriser l'information du public le plus large possible afin que tout le monde pense participer au débat.

Chaque ouvrage est rédigé par des experts européens et du monde entier, dans les domaines de la science, du droit, de la sociologie, de la philosophie ou de la théologie. Un glossaire, un rappel des concepts scientifiques de base, des illustrations et des références de sites Internet facilitent la lecture et la compréhension.

D'autres titres dans la collection *Regard éthique*

Regard éthique – Le génome humain

ISBN 92-871-4567-9

Regard éthique – Le clonage

ISBN 92-871-4701-9

Regard éthique – Les transplantations

ISBN 92-871-4778-7

Regard éthique – L'euthanasie

Volume I – Aspects éthiques et humains

ISBN 92-871-5069-9

Regard éthique – L'euthanasie

Volume II – Perspectives nationales et européennes

ISBN 92-871-5461-9

Regard éthique – La recherche biomédicale

ISBN 92-871-5461-9

Peut-on contraindre une personne toxicomane à suivre un traitement ? Faut-il systématiser les dépistages préventifs, notamment sur le lieu de travail ? Certaines politiques d'information ou d'éducation n'ont-elles pas pour effet de légitimer voire de banaliser l'usage des drogues ? Les coûts financiers des traitements sont-ils justifiés au regard d'autres besoins de la société ?

Telles sont quelques-unes des questions abordées dans cet ouvrage consacré à la toxicomanie et à la consommation de drogues illicites. Ce phénomène, qui touche un public de plus en plus jeune, constitue aujourd'hui un enjeu important des politiques publiques en Europe.

Les auteurs :

Patrick Sansoy (France), Claire Ambroselli (France), René Padiou (France), Richard Ives (Royaume-Uni), Oto Masar (Slovaquie), Irina P. Anokhina, V. E. Pelipas, M. G. Tsetlin (Fédération de Russie), Elisabet Svedberg (Suède), Lourenço Martins (Portugal), Tom Mellish (Royaume-Uni), Olivier Simon, Renaud Stachel, Bruno Gravier (Suisse), Paolo Stocco (Italie), Angel Ruiz de Valbuena (Conseil de l'Europe).



COUNCIL OF EUROPE
CONSEIL DE L'EUROPE

www.coe.int

Le Conseil de l'Europe regroupe aujourd'hui quarante-six Etats membres, soit la quasi-totalité des pays du continent européen. Son objectif est de créer un espace démocratique et juridique commun, organisé autour de la Convention européenne des Droits de l'Homme et d'autres textes de référence sur la protection de l'individu. Créé en 1949, au lendemain de la seconde guerre mondiale, le Conseil de l'Europe est le symbole historique de la réconciliation.

ISBN 92-871-5638-7



9 789287 156389

15€/23\$US

<http://book.coe.int>
Editions du Conseil de l'Europe