

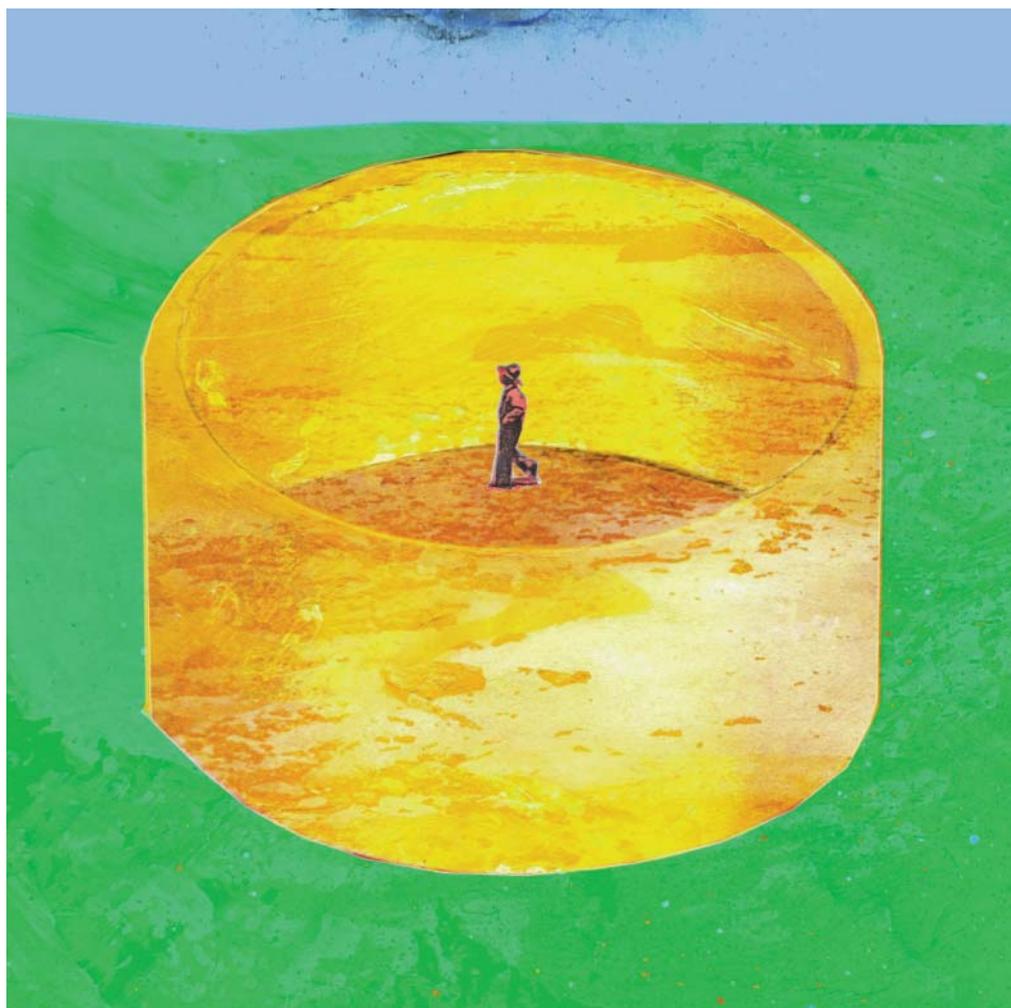
DOSSIER 47

Regards sur les dépendances

P11 5-7 ans :
*s'estimer pour
grandir*

P41 Pollution :
l'ennemi intérieur

P44 S. Anspach :
« Haut les cœurs »

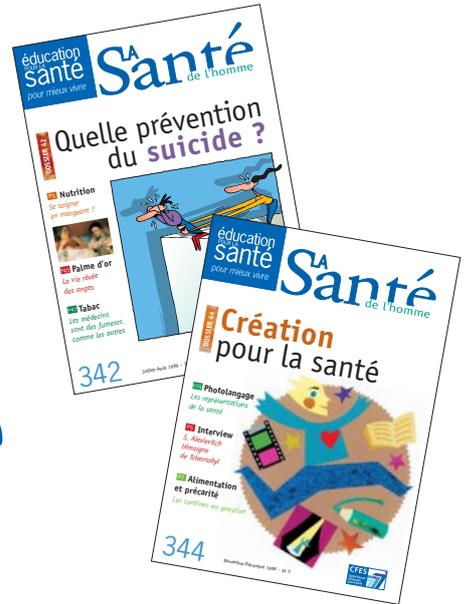


Quelle est l'actualité en éducation pour la santé ?
 Quelles sont les actions à mener sur le terrain ?
 Quels publics toucher et de quelle façon ?

**Professionnel de santé, enseignant,
 travailleur du secteur médico-social,
 éducateur ou étudiant**

vous vous posez ces questions,
 vous souhaitez une information
 et une aide régulières...

LA Santé de l'homme



est conçue à votre intention

Avec six numéros par an, *La santé de l'homme* vous permet de suivre l'actualité des enjeux de la promotion de la santé, vous fournit des éléments d'analyse et de réflexion, vous apporte un soutien dans vos actions de prévention.



Tarifs 2000 – Veuillez m'abonner au tarif :

France métropolitaine	1an (6 numéros)	165 FF <input type="checkbox"/>
	2 ans (12 numéros)	295 FF <input type="checkbox"/>
Étudiants	1an (6 numéros)	110 FF <input type="checkbox"/>
<small>(sur présentation d'une copie R°/V° de la carte en cours de validité)</small>		
Autres pays et outre-mer	1an (6 numéros)	220 FF <input type="checkbox"/>

Soit un montant de.....FF

Ci-joint mon règlement par chèque bancaire chèque postal à l'ordre du CFES
 Veuillez me faire parvenir une facture

Nom Prénom

Organisme Fonction

Adresse

Date et signature :

Je souhaite recevoir les numéros suivants :
 (prix au numéro : 39 FF).

- Les drogues : usages – abus – dépendances, N° 334.
- Un environnement pour la santé, N° 335.
- Alimentation et populations défavorisées, N° 336.
- Violence : adolescents en quête d'espoir, N° 337.
- Arrêt du tabac : les méthodes qui marchent, N° 338.
- L'allaitement maternel, N° 339.
- Question de poids, N° 340.
- Éducation du patient... formation des soignants, N° 341.
- Quelle prévention du suicide ? N° 342.
- Portrait de famille, N° 343.
- Pratiques créatives en éducation pour la santé, N° 344.
- L'éducation pour la santé est-elle éthique ? N° 345.
- Éducation à la santé à l'École, N° 346.

- 4 Éditorial**
Comment peut-on ne pas être heureux ?
Bernadette Roussille
- 5 Écho**
Le 12^e prix francophone de promotion de la santé
Régine Cavalier
- 6 Actualité des campagnes**
« Drogues : avoir plus, risquer moins »
- 9 Nutrition**
Prévenir la déficience en folates
- 11 La santé à l'école**
L'estime de soi chez les enfants de 5 à 7 ans
Denis Fontaine, Sophie Patouillet, Bruno Housseau
- 14 Aide à l'action**
La place de l'éducation pour la santé dans les Praps
2. Principes méthodologiques
Fabien Tuleu

Dossier : P. 16 à 38 — Regards sur les dépendances

Les dépendances, de quoi parle-t-on ?

Didier Touzeau 16

Place et rôle de la neurobiologie dans les addictions, une discipline parmi d'autres

Bernard-Pierre Roques 19

Éléments de compréhension à partir des connaissances neurobiologiques

Pierre Arwidson 21

Quelle place accorder aux facteurs individuels, sociaux, environnementaux, culturels et biologiques ?

Points de vue

de Serge Hefez 24

et de Michel Joubert 26

Quels leviers utiliser pour la prévention des dépendances auprès des jeunes ?

Marie Choquet 28

Quelques repères pour la prévention des dépendances

Michel Damade 30

Promotion de la santé et prévention des conduites addictives

Réflexions d'un éducateur pour la santé

Claude Bouchet 32

Pour en savoir plus 37

39 Éducation du patient

Médecins, pharmaciens, patients : leur point de vue sur le suivi des traitements

Bernard Champaloux

41 Environnement

Des locaux à l'air pollué

Denis Dangaix

44 Cinésanté

Haut les cœurs

Entretien avec Sólveig Anspach

47 La santé en chiffres

Les médecins généralistes et le dépistage du sida

Bertrand Coustou

48 Lectures – vidéo – outil

*Au sommaire du prochain numéro :
Éducation pour la santé et précarité.*

Comment peut-on ne pas être heureux ?

Un numéro spécial sur les dépendances se prête à un éditorial car la dialectique de la dépendance et de l'autonomie, la recherche du « bonheur », sont au cœur de nos pratiques d'éducation à la santé. Elles sont aussi au centre de la condition humaine, bien sûr, ne serait-ce que du fait de la dépendance du petit d'homme qui, après une période d'autarcie et d'omnipotence symbiotique dans le ventre de sa mère – ce paradis perdu –, débarque dans un monde où ses besoins ne sont pas immédiatement et parfaitement satisfaits. « *Le nouveau-né humain naît trop tôt* » (1). Il crie.

Ce qui nous intéressera ici, à la suite notamment des travaux de sociologues ou d'essayistes comme Christopher Lasch (1) ou Pascal Bruckner (2), sera de souligner comment notre société d'égaux et d'ego qui « crie » tellement aux droits de l'homme et à l'autonomie des personnes ne cesse de tisser autour de nous une toile de plus en plus serrée de dépendances qui sont présentées sous le masque aimable du bonheur.

La division du travail, puis de façon de plus en plus accélérée, le progrès technique poussé à l'extrême d'une mondialisation – qui permet à une seule personne de désorganiser par l'envoi d'un virus informatique des milliers d'entreprises partout dans le monde – nous ont solidarisés, collés à notre insu les uns aux autres : « *plus rien ne pourra plus vous séparer* » dit la publicité d'un réseau de téléphone cellulaire. Cette interdépendance de fait est relayée et interiorisée par tout ce que la société de consommation de masse nous met dans la tête et nous martèle, à coup de pression publicitaire ou mimétique, comme désir permanent de toujours plus de biens, de services, de nouveautés, de paraître, accompagné d'une connotation positive (« *Castorama, partenaire du bonheur* ») auquel nous serions, en quelque sorte, assignés. Rien d'étonnant donc à ce que, dans ce monde de la dépendance euphorisée (et souvent présentée comme son contraire : « *l'indépendance, c'est une question de choix* » dit une autre publicité pour téléphone mobile), un mode privilégié de « gestion hédonique » de la vie soit la dépendance à des produits.

« *Quelle que soit la méthode choisie : psychique, somatique, chimique, spirituelle ou informatique..., le présupposé est le même partout ; le contentement est à votre portée, il suffit de s'en donner les moyens...* » (2). Ce devoir d'être heureux, en forme, en « euphorie univer-

selle », a tendance à délégitimer, voire à culpabiliser et à marginaliser le mal de vivre et tout ce qui est de l'ordre de la finitude : la pauvreté, la souffrance, la mort.

Ainsi, « *nous constituons probablement les premières sociétés dans l'histoire à rendre les gens malheureux de ne pas être heureux* » (2) : quelque part donc, le modèle ne fonctionne pas parfaitement. Le film *American beauty* campe bien ce paradoxe : une famille parfaite, comblée par sa villa et sa situation sociale, se fissure et se détruit de l'intérieur. Le père ne croit plus en son métier ni en son couple, il explose. Ses voisins, sa femme ne supporteront pas. Il va expier son désir d'indépendance, son désir de vivre, son refus d'un bonheur préfabriqué, facile et uniforme.

C'est que le modèle du bonheur à volonté et, somme toute, de l'argent-qui-doit-faire-le-bonheur est sapé par une contradiction intrinsèque : le « toujours plus » ne peut, par nature, qu'engendrer l'insatisfaction et aussi, la jalousie, à l'égard de ceux qui sont mieux pourvus. Il est également exposé à la fragilité liée aux crises économiques, aux humeurs des consommateurs, à la contestation de ceux qui n'adhèrent pas au système ou qui sont marginalisés comme en témoignent, par exemple, les associations de malades, vive réaction comme la « malheurisation » et le statut de victime.

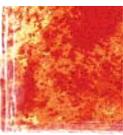
Fondamentalement, cette tendance de notre société à nous rendre dépendants d'une image de bonheur faite elle-même d'une subordination masquée à l'égard de la société de consommation se heurte à une donnée de base que P. Lecorps et J.B. Paturet (3) rappellent dans leur livre récent : le sujet est désirant, « *travaillé par des forces contradictoires (...), il n'entend que ce qu'il veut ou peut entendre et s'obstine à suivre sa voie* ». Il se rebelle, il crie et d'une certaine façon, il se moque du bonheur. D'autres causes humaines existent : la justice, la compassion, l'amour, l'art qui, parfois, font souffrir. Surtout le bonheur ne se décrète pas, il est donné par surcroît dans un entre-deux qui se situerait entre un sentiment profond de joie, au sens de Spinoza (« *joie d'être ici-bas sur terre pour une aventure éphémère et insensée* ») et les sensations qu'amène le plaisir, intermittent, fantasque, imprévisible, « *Le bonheur* ; a dit Victor Hugo, est *l'ennemi du bonheur* ».

Bernadette Roussille
Déléguée générale du CFES.

(1) Lasch C. *La culture du narcissisme*. Climats, 2000, 240 p.

(2) Bruckner P. *L'euphorie perpétuelle*. Paris, Grasset, 2000, 280 p.

(3) Lecorps Ph., Paturet J.-B. *Santé publique : du biopouvoir à la démocratie*. Rennes, ENSP, 1999, 186 p.



Le 12^e prix francophone de **promotion de la santé**

Ce prix récompensera à l'automne prochain quatre actions d'éducation pour la santé, originales et pertinentes, réalisées dans la communauté francophone.

C'est en 1980 que le Grand Prix francophone d'éducation pour la santé¹ est né, à l'initiative d'un groupe de pédiatres lyonnais. En 1990, il s'étend au-delà de l'hexagone à la communauté francophone, grâce au soutien de la Fondation Mérieux.

Pourquoi un prix francophone de promotion de la santé ?

Le prix francophone de promotion de la santé vise à récompenser les actions localisées, dites « de terrain ». Ces actions de terrain sont particulièrement importantes, puisque c'est notamment par elles que se démultiplient les effets des grandes campagnes nationales (prévention des accidents domestiques, promotion des vaccinations, campagnes sur les maladies sexuellement transmissibles...). Surtout, les actions de terrain répondent au mieux aux besoins spécifiques d'une population ou d'un groupe de population vivant dans un contexte particulier.

Au-delà de la remise des prix, le Grand Prix favorise l'échange de méthodes et de savoirs, facilité par l'emploi d'une langue commune. Il illustre, en effet, le caractère très culturel de l'éducation à la santé et la diversité des approches, selon les aires géographiques notamment.

Comment participer ?

• Pour pouvoir participer à ce concours, est-il nécessaire d'avoir un statut professionnel particulier ou d'avoir bénéficié d'une formation spécifique ?

Ni votre formation, ni votre statut professionnel ne sont des critères de choix. Les critères essentiels sont la qualité et la pertinence de l'action que vous avez mise en œuvre et notamment :

- la prise en compte des besoins réels de la population pour la définition de vos objectifs ;
- la qualité de la stratégie que vous avez employée et en particulier de votre démarche pédagogique ;
- la rigueur de votre méthode d'évaluation,
- la pertinence de la problématique présentée pour la francophonie (possibilités de transférabilité de l'action et de coopération) ;
- la caractère innovant de votre action, que ce soit globalement ou à une étape de son déroulement.

• La participation au concours nécessite-t-elle d'avoir mis en œuvre des moyens importants ?

L'importance des moyens mis en œuvre ne constitue pas non plus un critère de choix. Toute action d'éducation pour la santé, même de dimension modeste ou utilisant des moyens d'action sommaires, peut être présentée dans le cadre du Grand Prix.

• À qui s'adresser pour participer ?

Vous pouvez demander un dossier de candidature au secrétariat du Greps (Groupe de recherche en éducation pour la santé) :

Ades du Rhône

71 Quai Jules Courmont, 69002 Lyon

Tél. (00 33) 4 72 41 66 01

Fax. (00 33) 4 72 41 66 02

E-mail : info@adesr.asso.fr

• À quel moment aurons-nous connaissance des résultats du concours ?

La sélection est organisée en deux temps :

- un premier jury (mis en place et coordonné par le correspondant² de votre aire géographique), organisera la pré-

sélection et vous tiendra informé(e) par écrit des résultats ;

- un jury final se prononcera sur les dossiers pré-sélectionnés et vous communiquera les résultats de la sélection.

Devenir lauréat, à quoi cela sert-il ?

Devenir lauréat du Grand Prix francophone de promotion de la santé, c'est la possibilité de faire connaître et reconnaître son expérience, c'est une occasion intéressante de médiatiser son savoir-faire. C'est aussi le moyen d'obtenir une aide financière qui vous permettra de reconduire ou de développer l'action que vous avez mise en place : 1^{er} prix de 25 000 francs français et trois prix de 10 000 francs français.

Régine Cavalier

Chargée de mission,
Ades du Rhône, Lyon.

1. Organisé par le Groupe de recherche en éducation pour la santé (Greps), l'Association départementale d'éducation pour la santé du Rhône (Ades) et le Réseau francophone international pour la promotion de la santé (Réfips), avec le soutien du Comité français d'éducation pour la santé (CFES), de la Communauté française de Belgique, de l'Office fédéral suisse de la santé publique, du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

2. Les coordonnées de votre correspondant vous seront communiquées dans le dossier de candidature.

Drogues : savoir plus, risquer moins

Les « dessous » des campagnes de communication en éducation pour la santé restent inconnus du grand public. Les acteurs de prévention eux-mêmes ont parfois du mal à comprendre et à s'approprier des messages dont ils ne perçoivent pas toujours les objectifs, les logiques et les raisons d'être. Voici quelques éléments d'information sur la récente campagne « Drogues : savoir plus, risquer moins » pour aider à sa compréhension.

Le contexte de la communication

Les représentations collectives sur les drogues évoluent alors qu'elles ont été longtemps dominées par la peur, la dramatisation et la diabolisation des « drogués ». Les images à l'égard des drogues illicites ont largement ancré chez les adultes, et particulièrement les parents, un sentiment d'impuissance et de fatalité au détriment d'attitudes éducatives pertinentes et bénéfiques pour l'éducation de leurs enfants. Parallèlement, la consommation abusive d'alcool et le tabagisme jouissaient d'une image sociale positive.

Les nombreuses études menées récemment montrent une évolution importante des consommations et des pratiques de consommation. La consommation de cannabis s'est banalisée, les premières consommations de tabac s'effectuent à un âge de plus en

plus précoce, la consommation d'héroïne a diminué alors que celle de la cocaïne a tendance à augmenter. L'ecstasy et des molécules nouvellement arrivées sur le marché clandestin de l'industrie chimique sont de plus en plus consommées dans les occasions festives, et la consommation d'alcool s'est profondément modifiée, d'une part avec la commercialisation massive des alcools d'importation et, d'autre part, par la modification des habitudes : de la consommation quotidienne de vin de table, on est passé à un usage hebdomadaire et festif plus répandu. Enfin, le mélange de plusieurs substances est courant et préoccupant.

Les comportements de consommation de ces substances, quel que soit leur statut légal, sont différenciés entre un usage sans dommage et un usage nocif pouvant entraîner des risques sociaux, sanitaires et une dépendance. Les spécificités des différents produits sont étudiées scientifiquement et leur toxicité a fait l'objet d'une étude comparative dans le rapport du Pr Roques (voir le dossier sur les dépendances dans ce numéro).

Le choix de la stratégie de communication

Face au constat relevé dans les études qualitatives – ignorance déclarée des adultes, sur-appréciation par les jeunes de leurs connaissances sur les risques de leurs consommations –, il a

paru indispensable de donner à chacun les informations fiables et crédibles nécessaires à l'adoption de comportements favorables à la santé.

La stratégie de communication élaborée par le CFES et la Mildt (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie) repose sur la mise à niveau des connaissances de l'ensemble de la population. La démarche de prévention adoptée est centrée sur la personne et son environnement, tout en diffusant des informations scientifiquement validées, précises et complètes sur l'ensemble des problématiques qui composent la question de l'usage de substances psychoactives.

Cette stratégie doit accompagner et soutenir les actions de prévention de terrain qui font appel à des programmes éducatifs. La mise en cohérence des informations et leur fiabilité doivent permettre l'élaboration de messages préventifs pragmatiques, crédibles et pertinents au détriment des discours fondés strictement sur des arguments à connotation idéologique.

Le plan d'action

Un programme sur trois ans, démarré depuis novembre 1999, s'articule en deux objectifs autour de l'axe fédérateur de **mise à niveau des connaissances pour la construction d'une culture commune** :
– information des différents publics



(professionnels, tout public, jeunes, adultes, consommateurs, non-consommateurs) ;
– changement des représentations.

1. Développer une stratégie informative et préventive

– doter les professionnels d'outils fiables et cohérents ;
– aider les adultes référents (parents, éducateurs) à utiliser leurs compétences éducatives, dans un domaine où ils se sentent démunis et fragilisés ;
– responsabiliser les jeunes face à une offre de produit en leur donnant les moyens de savoir les effets et les risques d'un usage ;
– donner aux usagers de substances psychoactives des informations fiables permettant une consommation à moindre risque et, ou une réduction des

dommages dans le cas d'un usage nocif et d'une dépendance.

Informé par une politique éditoriale soutenue et adaptée selon les publics
– édition d'un livre d'information grand public ;
– création d'une collection de livrets professionnels.

Inciter à se procurer l'information
– campagne publicitaire ;
– relations presse ;
– sensibilisation des professionnels.

2. Engager un travail autour des représentations en combattant l'idée d'impuissance et de fatalité

Mobiliser les professionnels de terrain autour de la nouvelle approche développée. Pour cela, un certain

nombre d'actions ont été entreprises : l'édition de livrets d'information, l'ouverture d'un site internet, des relations presse ciblées sur des thèmes, des coproductions d'émissions (voir en encadré le détail des outils mis à disposition).

Les outils de la campagne « Savoir plus, risquer moins »

Le dispositif de communication mis en place par la Mildt, en partenariat avec le CFES, consiste, dans un premier temps, à promouvoir un livre *Drogues : savoir plus, risquer moins* à l'aide de quatre films publicitaires destinés au grand public :

– Alcool, cannabis, cocaïne, ecstasy, héroïne, tabac : la dépendance, ça commence quand ?
– Alcool, cannabis, cocaïne, ecstasy, héroïne, tabac : quelles différences, quelles ressemblances ?
– L'homme a-t-il d'abord découvert le feu ou la drogue ?
– Alcool, cannabis, cocaïne, ecstasy, héroïne, tabac : connaît-on vraiment les risques ?

Ils interrogent chacun, et notamment les adultes, sur leurs connaissances réelles face aux dangers des différentes substances psychoactives. Il s'agit surtout d'interpeller et d'inciter chacun, dans une société où les modes de consommation et les produits ne cessent d'évoluer, à en savoir plus sur le sujet, pour soi-même ou pour ses proches.

Le livre d'information

Drogues : savoir plus risquer moins est un livre de 145 pages en format de poche diffusé (au prix de 10 francs) chez les marchands de journaux implantés dans les villes de plus de 10 000 habitants sur l'ensemble du territoire et dans les Dom, puis aux réseaux des professionnels de terrain, aux médecins généralistes dans les cabinets médicaux et dans les pharmacies.

Dans une deuxième phase, il sera diffusé en très grand nombre et gratuitement par les services déconcentrés de l'État, les associations et tout organisme demandeur.

Outil central de la campagne, il propose une information accessible à un large public permettant de mieux connaître l'action des substances psychoactives sur le cerveau : cannabis, cocaïne, ecstasy, héroïne, abus d'alcool, tabac, conduites dopantes, médicaments psychoactifs, ainsi que leurs effets et leurs dangers, les différents comportements de consommation, les chiffres de la consommation, les différentes législations en vigueur, quelques repères historiques, des informations utiles pour agir, réagir, aider, être aidé. Le livre d'information peut être lu par les parents et adultes référents, mais aussi les jeunes.

Le site Internet www.drogues.gouv.fr

Ce site d'information ouvert en décembre 1999 propose plusieurs niveaux d'information destinés au tout public, aux professionnels et aux spécialistes. Réalisé en partenariat avec l'OFDT, Toxibase, Drogues Info Service sous la présidence de la Mildt, il est organisé par rubriques : « Ce qu'il faut savoir », « Pour en savoir plus » et « Savoirs professionnels ».

Il permet à chacun un niveau de lecture selon son intérêt et ses besoins. Un espace presse

permet également aux journalistes d'avoir accès à l'ensemble des communiqués et dossiers de presse déjà diffusés sur les différents sujets qui concernent les substances psychoactives. Outre la revue de presse quotidienne, le site permet l'accès à des services, tels que la possibilité de poser des questions en toute confidentialité, trouver des adresses utiles ou encore accéder à des bases de données précises.

Les relations presse

Des rencontres mensuelles avec les journalistes de la presse familiale, jeunesse et féminine ont permis d'aborder différents thèmes : les chiffres de la consommation ; les produits, leurs effets, leurs risques ; les contextes et les comportements de consommation ; adolescence et usages de substances psychoactives ; les drogues d'aujourd'hui : usages et risques ; substances psychoactives : comment réduire les risques ?

Les partenariats

Des actions de communication, coproduites avec des partenaires associatifs, des sociétés de production et des médias ont déjà été menées : émissions informatives de 13 minutes

« Accro » ; vingt-quatre courts-métrages à partir des scénarios sur la drogue fournis par le concours organisé par le Crips.

Les éditions

Les actes de la 1^{ère} rencontre interministérielle à la Sorbonne en décembre 1999 vont être édités.

Une collection de livrets d'information « Drogues : savoir plus » est destinée aux professionnels : quatre premiers livrets ont été édités pour l'année 2000, quatre nouveaux titres sont en préparation. Cette série d'ouvrages thématiques et synthétiques vise à réunir les connaissances disponibles et nécessaires à la construction d'une culture commune.

Santé publique

sommaire n°1 - Mars 2000

Éditorial

CMU : une avancée vers le droit à la santé de tous
M. Zamichiei

Études

Dépenses du régime général de l'assurance-maladie en 1994 pour les trente "affections de longue durée"
P. Fender, M. Païta, B. Salanave, D. Ganay, H. Allemand

Représentations de la diarrhée aiguë de l'enfant, chez les mères d'une banlieue de Quito
S. Briand, M. Leyrit, V. Lauwers, M. Garnung

Le travail de l'enfant dans l'artisanat marocain : déterminants et effets sur la santé
C.H. Laraqui, A. Caubet, O. Laraqui, I. Belamalle, Kh. Harourate, J.P. Curtes, C. Verger

Les enjeux de la consommation alimentaire en milieu urbain à Bamako
M. Bendeck, M. Chauliac, P. Gerbouin Rérolle, N. Kante, D. J. M. Malvy

Enquête sur la pratique de la chimiothérapie dans les établissements hospitaliers publics et privés bretons
E. Bretagne, L. Laplace

Pratiques

Formation des acteurs de terrain à la gestion de projets de prévention en Suisse
M.C. Hofner, M.F. Raynault

Évaluation de l'état nutritionnel de la personne âgée hospitalisée
S. Fanello, S. Foucault, V. Delbos, N. Jousset

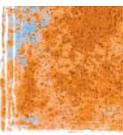
Politiques

Savoir, connaissance et communication en santé publique : réflexions à propos de l'affaire du sang contaminé (1^{ère} partie)
F. Grémy

Lettre du terrain

Le Département de sciences médicales et de biologie humaine de l'Université de Corse comme un outil de développement en santé publique
J.P. Amoros, J. Costa

Lectures



Prévenir la déficience en folates

Les folates, le fer, l'iode et le calcium sont les nutriments qui font le plus défaut dans l'alimentation des jeunes femmes. Près de la moitié d'entre elles ont une consommation insuffisante en acides foliques. Ce sont les légumes, les fruits et les différentes variétés de pain qui en constituent les principales sources. Des conseils nutritionnels simples suffisent souvent à prévenir ses déficiences.

Une alimentation variée permet de couvrir tous les besoins en énergie et nutriments (vitamines, minéraux, fibres, acides gras...) nécessaires au fonctionnement de l'organisme. En France, les repas sont le plus souvent équilibrés et diversifiés, cependant, près de la moitié des femmes entre 14 et 30 ans ont une consommation insuffisante en acide folique ou folates (voir *Pour en savoir plus*).

Les déficiences qui risquent de s'en-suivre peuvent provenir d'un défaut d'apport en acide folique, mais aussi d'une augmentation des besoins. Des raisons économiques (coût de certains aliments), esthétiques (régimes amaigrissants mal conduits), les grignotages ou les repas sandwichs trop fréquents peuvent expliquer l'insuffisance d'apports en folates. D'autres facteurs, comme la contraception hormonale, le tabac, la consommation excessive d'alcool ou divers facteurs pathologiques peuvent contribuer à augmenter les besoins en acide folique chez les femmes.

La conséquence d'une carence en folates est l'anémie. Mais, chez les femmes enceintes, cette carence peut provoquer en début de grossesse des troubles graves du développement du cerveau et de la moelle épinière du fœtus : anencéphalie (non développement du cerveau) ou spina-bifida (non fermeture du tube neural). La prévalence de ces anomalies est estimée à 1/1 000 en France (800 grossesses atteintes par an). La carence en cours de

grossesse entraîne également un risque de donner naissance à un enfant de faible poids.

À l'inverse, un apport alimentaire suffisant en folates peut avoir un effet préventif efficace sur les anomalies de fermeture du tube neural chez le fœtus. Les recommandations nutritionnelles insistent sur la consommation suffisante de légumes et de fruits chez les femmes en âge de procréer. Un apport de 300µg/j de folates est conseillé à toute femme en âge de procréer (400µg/j pour les femmes enceintes et allaitantes). Les repas, au rythme de trois par jour, sans oublier le petit déjeuner, doivent être complets et équilibrés. Leur variété est importante, les aliments ayant tous des qualités nutritionnelles complémentaires.

Si le mode de vie ne permet pas de suivre toutes ces recommandations, il est souhaitable de les appliquer au moins au cours de deux repas par jour, en priviliégiant le petit déjeuner. Il est également conseillé d'éviter de sauter des repas, cette pratique pouvant parfois conduire au grignotage. Toutefois, l'équilibre alimentaire ne se fait pas en un seul repas, ni même sur une journée. Si un repas est insuffisant ou excessif, le repas suivant ou celui du lendemain permettra de rétablir l'équilibre alimentaire.

En pratique, une alimentation diversifiée garantit des apports suffisants dans les différents groupes d'aliments et notamment en folates (voir encadré page suivante). On recommande aussi

► Pour en savoir plus...

La vitamine B9 ou acide folique ou folates est l'une des vitamines du groupe B. Elle intervient dans le métabolisme du système nerveux et au niveau de la multiplication cellulaire.

L'acide folique doit son nom à son abondance dans les légumes verts « à feuilles », tels que les laitues ou les épinards.

Il participe au métabolisme de certains acides aminés (qui constituent les protéines) et des acides nucléiques (qui entrent dans la constitution des gènes). L'acide folique est nécessaire à la synthèse des molécules d'ADN et joue un rôle fondamental dans le développement et le fonctionnement des structures cellulaires du système nerveux central et périphérique.

aux femmes qui ont un désir de grossesse, au moins un mois avant la conception et durant les deux premiers mois de grossesse un supplément médicamenteux en folates de 400 µg/j, afin de limiter le risque de défaut de fermeture du tube neural et d'anencéphalie. Enfin, l'alimentation s'inscrit dans une hygiène de vie globale qui comprend notamment la pratique régulière d'une activité physique.

Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité (direction générale de la Santé), le ministère de l'Agriculture et de la Pêche (direction générale de l'Alimentation) et le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) ont réalisé une brochure Bien se nourrir au féminin à l'attention des jeunes femmes pour les aider à mieux équilibrer leur alimentation et leurs apports en folates. Brochure (12 p.) gratuite disponible au CFES, 2 rue Auguste Comte, 92174 Vanves cedex.



Au menu d'une journée

Les produits laitiers

Les produits laitiers, riches en protéines et en vitamines B, sont aussi la meilleure source de calcium. Il est conseillé de consommer un produit laitier, sous la forme souhaitée, trois fois dans la journée : lait, laits fermentés, yaourts, fromage frais, fromages affinés. Les fromages à croûte fleurie de type camembert et ceux à pâtes persillées de type bleu sont particulièrement riches en acide folique.

Les viandes, les poissons et les œufs

Les viandes, les poissons et les œufs sont riches en protéines, en fer et en vitamines du groupe B. Les poissons de mer apportent également de l'iode.

Il est recommandé, une fois par jour au minimum, de manger au choix de la viande, du jambon, du poisson ou œuf.

gent (métier, loisirs, sport...).

Quant au pain, il est peut être mangé à tous les repas, surtout au petit déjeuner.

Les légumes

Les légumes sont une source importante de vitamines, de minéraux et de fibres. Haricots verts, épinards, endives, poireaux, courgettes, choux, choux-fleurs, brocolis, tomates, carottes, champignons, salade verte, avocats... Il est conseillé, au moins une fois par jour, de consommer des légumes cuits ou crus.

Attention, la plupart des vitamines, comme l'acide folique, sont très fragiles. Afin de les préserver au maximum dans vos légumes :

- Consommer ceux-ci rapidement après achat s'ils sont frais.
- Les éplucher et les laver rapidement sous l'eau courante sans les faire tremper avant de les servir ou de les cuire.
- Éviter les cuissons à l'eau trop longues. Les cuire plutôt à l'étouffée dans un peu d'eau bouillante ou, mieux, à la vapeur.

Les fruits

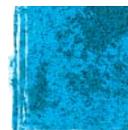
Ils représentent une source de vitamines (notamment la vitamine C), de minéraux et de fibres. Préférer les fruits entiers aux jus de fruits, ils renferment plus de fibres. Chaque jour, il est conseillé de manger un fruit de saison (pomme, poire, fruits rouges, banane, kiwi, raisin, abricot, pêche, etc.), un agrume (orange, pamplemousse, clémentine) et éventuellement quelques fruits secs, amandes, noix... particulièrement riches en folates. Fruits ou crus sont à consommer à chaque repas.

Les céréales et leurs dérivés, les pommes de terre, les légumes secs

Le pain, les pommes de terre, le riz, les pâtes, la semoule, les légumes secs, les petits pois, les châtaignes, le maïs et les pois chiches apportent des glucides complexes (amidon), mais aussi des protéines, des minéraux, des fibres et des vitamines du groupe B. Ces aliments peuvent être consommés une fois par jour, davantage si les dépenses physiques l'exi-

Les matières grasses

Essentiellement composées de lipides, elles sont très riches en énergie. En petite quantité, elles sont indispensables à l'organisme, notamment les matières grasses végétales. D'une manière générale, il est préférable de les consommer crues. Il est important de varier les corps gras d'assaisonnement et de cuisson : huiles diversifiées (tournesol, maïs, olive, arachide, colza, etc.), beurre, crème fraîche, margarine.



L'estime de soi chez les enfants de 5 à 7 ans

Développer les compétences psychosociales des enfants de 5 à 7 ans afin de les rendre capables d'éviter les comportements à risques, de savoir dire non, de s'affirmer dans un groupe, tel est le but d'une recherche-action développée à Vénissieux dans le Rhône, par un collectif d'intervenants sociosanitaires et de l'éducation nationale.

Débutée il y a trois ans, l'expérience s'est poursuivie en 1999-2000 dans six classes. Deux écoles de Vénissieux, implantées dans des quartiers aux profils socio-économiques différents, participent à cette expérience. Ce sont donc des enfants de 3^e année de maternelle, CP et CE1 qui bénéficient des interventions des équipes mises en place dans le cadre de cette recherche.

Renforcer les compétences psychosociales chez les enfants de 5 à 7 ans

L'objectif principal du programme est de renforcer les ressources personnelles de l'enfant et ses compétences relationnelles en développant l'estime de soi et la confiance en soi, à travers une approche globale et positive de la santé, non orientée vers les comportements à problèmes ou les produits impliqués dans les toxicomanies. Ces deux éléments (estime de soi et confiance en soi) sont des facteurs puissants de protection contre le développement de certains comportements à risques au moment de l'adolescence. Cet objectif principal est décliné en trois objectifs spécifiques :

- apprendre à l'enfant à se connaître : connaître son corps, se l'approprier et exprimer ses sentiments, se représenter ;
- permettre à l'enfant de s'affirmer dans la relation à l'autre : sensibilité, entraide,

résolution de problèmes relationnels, expression des différences ;

- apprendre à l'enfant à demander en l'amenant à identifier, exprimer ses attentes et ses besoins.

Pouvoir s'exprimer et exprimer ses sentiments dans un groupe

Tous les quinze jours, une équipe de trois intervenants – différente pour les six classes – comprenant l'enseignant, un représentant de la santé scolaire et un intervenant extérieur, travaille avec les enfants. Chaque séance débute par la constitution du groupe au moyen de jeux coopératifs. Par exemple, chacun des membres est amené à se présenter au groupe – ou à présenter un autre enfant que lui –, à exposer ses goûts...

Après ce premier temps qui permet à chaque enfant de s'exprimer dans un groupe et qui formalise la transition par rapport au temps de classe habituel, les intervenants abordent les notions évoquées dans les trois objectifs spécifiques.

Pour ce faire, ils utilisent différents outils pédagogiques empruntés notamment à des recherches québécoises et adaptés à la situation française par le groupe « programmation », qui a pour mission la coordination et l'analyse des outils. Ces outils sont de différents types : dessins, mimes, jeux de rôles, contes, etc.

Ils permettent aux enfants de s'exprimer, de reconnaître et repérer les sentiments, les émotions, les qualités et les potentialités de chacun et de trouver des comportements adaptés à diverses situations.

Au départ de cette deuxième phase, une consigne commune est donnée au(x) groupe(s). Cette consigne peut susciter différentes réactions comme l'illustre la situation décrite ci-après, où le déroulement de l'action diverge dans les trois groupes tant dans l'expression de l'émotion que dans les comportements induits (voir encadré).

Un troisième et dernier temps permet de replacer l'expression des enfants dans un cadre plus collectif, décentré



de l'individu, afin que la fonction du groupe ne soit pas apparentée à celle d'un groupe de parole.

Avant chaque séance, un temps de préparation entre les intervenants permet de planifier les séquences, et après chaque séance, un temps d'évaluation est prévu. Un temps d'analyse du vécu, animé par un psychiatre ou un psychologue, est organisé toutes les trois séances.

Une évaluation avant une généralisation du programme

Cette recherche-action pourrait à terme devenir un « modèle » destiné à développer cette expérience dans une continuité et à l'intégrer dans le programme scolaire. Mais avant cette phase de généralisation, une phase d'évaluation et de capitalisation est nécessaire. Un groupe a donc défini le protocole qui permet d'évaluer les résultats. Deux outils ont été utilisés : un questionnaire où l'enfant évalue lui-même son état de bien-être dans différentes situations et un questionnaire rempli par l'enseignant qui évalue la fréquence de différents comportements des enfants et permet de calculer cinq scores : compétences sociales, agressivité, isole-

ment, estime de soi et résolution de problèmes relationnels. Ces questionnaires sont remplis en début et fin d'année, et l'évolution est comparée à celle d'enfants d'une classe témoin de même niveau, dans le même groupe scolaire.

Les résultats de l'évaluation de l'année 1998-1999 montrent une amélioration significative du score d'estime de soi et du score de compétences sociales dans les classes ayant bénéficié des animations. Le score d'agressivité est en baisse, mais non significatif, et les deux autres scores sont inchangés. L'évaluation par les enfants de leur qualité de vie ne montre un changement significatif que pour un petit nombre d'items.

Toutefois, il sera difficile de confirmer une fréquence moindre de comportements à risques chez ces enfants, une fois parvenus à l'adolescence. En effet, les élèves sont mélangés entre classes à chaque rentrée et il sera difficile de les suivre individuellement jusqu'à l'adolescence.

Cependant, quelques bénéfices issus de ce programmes ont déjà été observés : la possibilité pour les enfants de pouvoir exprimer leurs sentiments, émotions à l'extérieur du cadre familial ; la possibilité pour les enseignants de

découvrir les enfants sous un jour différent de celui du temps de la classe, en plus d'un renforcement de leur attachement à développer ces compétences chez les enfants de cet âge.

Denis Fontaine

Médecin de santé publique,
Observatoire régional de la santé
de Rhône-Alpes, Lyon

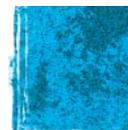
Sophie Patouillet

Psychologue clinicienne,
Centre Nemo, Centre de prévention,
d'accueil et d'orientation des toxicomanes
et de leur famille

Bruno Housseau

Chargé de mission au CFES.

Pour plus de précisions sur cette recherche-action, vous pouvez contacter le Dr D. Meram, Service communal d'hygiène et de santé de Vénissieux, Tél. 04 72 73 88 88.



• COMMUNIQUÉ •

Le chat et l'oiseau Un exemple d'animation

Voici quelques éléments d'une séquence d'animation proposée à des enfants de grande section de maternelle tels qu'ils ont pu être observés par les intervenants. Cet exemple, **dont l'objectif est la reconnaissance du sentiment de tristesse chez soi et l'autre pour favoriser la recherche de réponses de consolation et de réparation pour soi et pour l'autre**, montre l'aspect dynamique et évolutif de ce travail.

La classe est divisée en trois groupes. Dans chaque groupe, un enfant volontaire doit jouer en mimant par le visage, les gestes et le ton de la voix, la tristesse que l'enfant de l'histoire ressent parce qu'il a perdu son petit chat.

- Dans un des groupes, l'animatrice propose d'aider l'enfant qui s'est porté volontaire parce qu'il dit ne pas pouvoir exprimer de la tristesse dans cette situation. À la question de l'animatrice : « *tu as perdu ton petit chat, comment tu te sens ?* ». L'enfant répond « gêné ». Il joue bien l'enfant qui a perdu son chat, mais il n'est pas l'enfant qui a perdu son chat. Lui, il ressent de la gêne, de la difficulté à exprimer de la tristesse qu'il ne ressent pas à ce moment-là, dans la situation de jeux de rôle. Il ajoute qu'il n'a d'ailleurs jamais eu de chat. Il ne peut donc pas s'appuyer sur son expérience personnelle et son propre lien d'attachement. L'animatrice remarque combien l'enfant est à l'écoute de son ressenti et combien il est à même de l'exprimer dans ce groupe où il est possible de le faire, grâce à des relations de confiance suffisantes.

Pour aborder le sentiment de tristesse, les enfants préfèrent évoquer des situations vécues dans lesquelles ils ressentent de la tristesse : « *je suis triste quand je m'ennuie* », « *j'ai été triste quand maman m'a menti...* ». Les enfants expriment les autres sentiments qui parfois accompagnent le sentiment de tristesse : ce peut être la colère, la solitude..., ainsi que les réponses qu'ils recherchent pour contenir la tristesse, pour se consoler et être consolés. Pour tous « *ça fait du bien quand ça finit par un câlin* ».

- Dans un autre groupe de la même classe, le travail s'organise différemment. L'enfant qui a souhaité présenter le mime s'identifie au personnage de l'histoire. Il mime la tristesse de façon très convaincante. Suscitant chez ses camarades des attitudes et des réponses de

remplacement et de réparation : « *on va t'en acheter un autre* », « *on peut aussi t'acheter un chien avec notre argent* ».

- Dans le troisième groupe, c'est ce qui est arrivé à un enfant de la classe ces derniers jours qui suscite un véritable sentiment d'empathie chez les autres et qui amène des réponses consolatrices. L'enfant dit qu'« *il s'est senti triste quand il s'est fait arracher toutes ses dents à l'hôpital* ». Les autres lui demandent s'il a mal, le rassurent : « *La petite souris va passer* », imaginent des solutions : « *On pourrait lui donner les dents qu'on a perdues* », lui promettent des jours meilleurs : « *Elles vont repousser !* ».

Pour conclure la séance, les trois groupes se retrouvent : l'institutrice-animatrice lit le conte *Une maman pour Choco*.

C'est l'histoire de Choco, un petit oiseau qui vit tout seul et qui voudrait retrouver sa maman, mais qui est en difficulté pour la chercher parce qu'il ne sait pas à quoi elle ressemble.

Il rencontre Mme Girafe, Mme Pingouin et Mme Morse. La première est jaune comme lui. Il lui demande si elle n'est pas sa maman. La deuxième, qui a des ailes comme lui, pourrait peut-être l'être. La dernière, avec ses bonnes grosses joues, l'est sûrement. Elles sont désolées, aucune n'est sa maman. Alors, Choco voit Mme Ours. Elle ne lui ressemble pas du tout, vraiment pas du tout. Il sait qu'elle n'est pas sa maman. Il se sent triste et se met à pleurer. Mme Ours accourt. Il lui raconte son histoire.

« *Mais que ferait ta maman, si tu en avais une ?* »

« *Elle me prendrait dans ses bras* ».

« *Comme ça ? demande-t-elle en le soulevant pour lui donner un bisou* ».

« *Oui, et elle chanterait et danserait* ».

« *Comme ça ?* ».

Ensemble, ils se mettent à chanter et à danser. Ils s'arrêtent.

Mme Ours dit : « Choco, je pourrais peut-être devenir ta maman ? ».

« *Toi ? Mais tu ne me ressembles pas !* »

« *Heureusement, sinon j'aurais une drôle de tête* ».

Mme Ours prend Choco dans ses bras, pour lui faire un gros câlin d'ours. Choco est très heureux que sa nouvelle maman soit exactement ce qu'elle est. ■

Education Santé sommaire n° 148 – mai 2000

Initiatives

**Roulez futés, roulez casqués !
Un programme de promotion
du casque vélo chez les enfants**

par Bernadette Taeymans

**Mais qu'est-ce qu'ils veulent ?
Les jeunes et la santé**

par André Lufin, Pierre Bartsch, Yvan Cogo, et al.

**Les adolescents pourraient bien
se rebeller contre l'industrie
du tabac et ses produits**

par Heidi Rathjen et Louis Gauvin

**Éducation affective et sexuelle
en milieu scolaire**

Réflexion

**La santé entre les savoirs
et les pouvoirs**

par François Delor

Communiquer, c'est la santé !

Locale

**Si on en parlait ? La communauté
africaine de Namur brise le tabou
du sida**

par Catherine Bachy et Michel Laloux

Documentation

Les dossiers techniques du RESO

par Maryse Van Audenhaege

Acquisitions

**4 pages de références en cahier
détachable**

**Éducation Santé est un mensuel
gratuit, réalisé avec l'aide de
la Communauté française
de Belgique – Département
de la santé.**

**Pour recevoir un exemplaire
de ce numéro ou pour s'abonner :
Éducation Santé, chaussée de
Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.
Fax : +2 243 20 49.**

Mél : education.sante@mc.be

La place de l'éducation pour la santé dans les Praps

2. Principes méthodologiques

Après avoir abordé dans le n° 346 de *La Santé de l'homme* les principes éthiques développés par le Réseau des comités d'éducation pour la santé dans leur intervention dans le champ de la précarité, nous proposons de poursuivre la présentation des actions mises en œuvre pour en tirer quelques enseignements méthodologiques.

Les démarches mises en œuvre cherchent à privilégier :

- **la participation des personnes concernées par la précarité** : l'approche participative conduit les personnes associées à devenir acteurs de la dynamique du groupe qu'elles forment et au sein duquel elles contribuent à la définition de règles de fonctionnement (confidentialité, ouverture du groupe, auto-support, échanges des savoirs...). Cette approche doit garantir le caractère éclairé du consentement à participer et la qualité d'investissement des participants ;
- **la prise en compte des représentations de la santé** avec une attention particulière portée aux décalages qui existent entre les valeurs des professionnels et celles de la population. Ceci implique de travailler aussi sur la question des représentations avec les intervenants ;
- **une approche adaptée** qui reconnaît que la notion de « personnes en difficultés » recouvre de nombreuses situations, des représentations et des pratiques différentes ;
- **la proximité et le travail dans la durée**, même s'ils sont rendus plus difficiles avec ces personnes du fait des situations vécues et de priorités différentes de celles des professionnels ;
- **les notions de bénéfice et de valorisation** des personnes ;
- **le travail en réseau et l'appui sur les acteurs-relais** qui favorisent la prise en compte globale des personnes.

Les comités d'éducation pour la santé peuvent notamment réaliser :

- des diagnostics des besoins et des états des lieux ;
- des formations-actions des relais ;
- de l'accompagnement méthodologique et de projets ;
- des réalisations d'outils en appui sur des démarches communautaires ;
- des lieux de ressources et d'expertise pour les professionnels.

Une attention particulière doit être apportée à l'évaluation des actions. L'objectif de l'évaluation consiste à définir l'impact des démarches éducatives sur l'amélioration du bien-être physique, mental et social des individus et des groupes. Elle permettra donc de rendre compte de l'adéquation des démarches et des outils utilisés avec les dimensions culturelles et psychosociales des représentations et des situations des personnes. Elle doit être considérée comme un moyen de progresser et de permettre aux acteurs d'entrer dans une démarche « qualité » des actions, prenant en compte la complexité des situations des personnes les plus en difficulté. Cet engagement pourra bénéficier à l'ensemble des interventions en éducation pour la santé.

Fabien Tuleu

Responsable Adjoint, Service Adeps, CFES.

Cartographie des actions mises en œuvre dans le cadre des « Ateliers santé » des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps)

Liste non exhaustive des actions identifiées en cours de réalisation :

Groupes de paroles, Ateliers de développement corporel, Échanges d'expériences, Création d'outils, Permanences santé, Ateliers cuisine, Petits déjeuners, Atout Prix, Conseil méthodologique, Accompagnement, Formation, Espaces santé...

Possibilité de description par une entrée par DISPOSITIFS :

- Programme départemental d'insertion (PDI)
- Unité de consultations et de soins ambulatoires (Ucsa)
- Permanence d'accueil, d'information et d'orientation (PAIO)
- Zone d'éducation prioritaire (Zep)
- Trajet d'accès à l'emploi (Trace)
- Revenu minimum d'insertion (RMI)

Possibilité de description par une entrée par PUBLICS :

- Jeunes, Gens du voyage, Bénéficiaires du RMI, Population carcérale, Populations étrangères immigrées.

Possibilité de description par une entrée par PROFESSIONNELS :

Caisse d'allocations familiales (Caf), Centres sociaux, Mission locale, Centre d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS), Protection maternelle et infantile (PMI), Hôpital, Commission locale d'insertion (CLI), Union départementale des associations familiales (Udaf).

Regards sur les dépendances

Les dépendances, de quoi parle-t-on ?

Didier Touzeau 16

Place et rôle de la neurobiologie dans les addictions, une discipline parmi d'autres

Bernard-Pierre Roques 19

Éléments de compréhension à partir des connaissances neurobiologiques

Pierre Arwidson 21

Quelle place accorder aux facteurs individuels, sociaux, environnementaux, culturels et biologiques ?

Points de vue

de Serge Hefez 24

et de Michel Joubert 26

Quels leviers utiliser pour la prévention des dépendances auprès des jeunes ?

Marie Choquet 28

Quelques repères pour la prévention des dépendances

Michel Damade 30

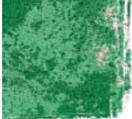
Promotion de la santé et prévention des conduites addictives

Réflexions d'un éducateur pour la santé

Claude Bouchet 32

Pour en savoir plus 37

Dossier coordonné par **Danielle Vasseur**,
Chargée de mission « Usages de drogues »
au Comité français d'éducation pour la santé, Vanves.



Les dépendances, de quoi parle-t-on ?

La notion de dépendance est à géométrie variable, tant l'usage que l'on en fait est divers : on parle de la dépendance du créateur par rapport à son œuvre, du collectionneur par rapport à ses objets, du toxicomane à son produit, du joueur au jeu, de l'anorexique-boulimique à la nourriture, des amoureux à leur passion, des adhérents à une secte à leur gourou... Cet emploi extensif, qui renvoie à nos conceptions fondatrices de liberté et d'indépendance, contribue à en banaliser et donc à en appauvrir le sens.

Un champ sémantique trop riche

Le champ sémantique des dépendances est, en effet, occupé par une multiplicité de mots qui n'ont pas le même sens pour tout le monde (*voir lexique*). Qu'on en juge : il a fallu attendre la fin des années soixante pour que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définisse la pharmacodépendance, et les idées, donc la sémantique, ne cessent, depuis, d'évoluer : en France, la différence faite entre consommation de drogues licites et illicites est désormais remise en cause, ce qui conduit à envisager globalement les pratiques addictives, et non plus seulement la consommation de tel ou tel produit. Le rapport Roques (1998), en réévaluant la dangerosité relative des différentes substances psychoactives, quel que soit leur statut par rapport à la loi, nous conduit aujourd'hui à revoir la notion de produit toxicomanogène, non plus seulement à travers l'illégalité de celui-ci (cannabis) ou l'intensité du syndrome de sevrage qu'il provoque (héroïne), mais encore à travers leur caractère toxicomanogène (tabac) ou leur dangerosité à court terme (stimulants) ou à long terme (alcool, tabac). Par ailleurs, l'approche plurithéorique et pluridisciplinaire, nécessaire à la compréhension et à la prise en charge des problèmes

d'addiction à ces différentes substances, rend, par essence, difficile l'obtention d'un consensus : en 1983, c'est près d'une centaine d'experts qu'il a fallu réunir au sein de l'Association médicale américaine pour décrire les différents types de consommation. Et, en France, la Société d'addictologie francophone¹ est née en 1999. Seulement...

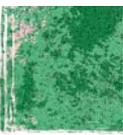
Les types de comportements de consommation

Si l'usage est caractérisé par la consommation de substances psychoactives n'entraînant ni complications somatiques ni dommages (on parle d'usage socialement réglé et de consommation à risque lorsque la conduite automobile provoque des accidents ou lors de passages à l'acte agressifs), l'*abus* (ou usage nocif) est caractérisé par une consommation répétée. Celle-ci provoque des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, pour l'individu lui-même ou son environnement sans tenir compte du caractère licite ou illicite...²

La *dépendance* est, pour sa part, une entité psychopathologique et comportementale, qui marque la rupture avec le fonctionnement habituel et banal du sujet. Elle peut alors se définir par un assujettissement de l'individu à la prise d'une drogue, dont l'interruption provoque un malaise psychique voire physique entraînant un syndrome de sevrage (pas toujours) tel, qu'il le conduit à en pérenniser la consommation, malgré les inconvénients majeurs qui handicapent sa vie (définition de Goodman, 1990, comme comportement de « production » de plaisir et d'évitement ou d'atténuation du malaise interne, débouchant sur l'impossibilité de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences).

La *dépendance* a donc bien été reliée d'abord à la pharmacodépendance, puis à un style d'existence et à certaines conduites dont le pivot est l'addiction à un produit et/ou à un comportement dont le sujet néglige les conséquences délétères. On élargit, par là-même, la notion de dépendance à celle, anglosaxonne, d'*addiction*, qui remonte au début du siècle et a son origine dans un mot latin qui désigne « ceux qui sont devenus les esclaves de leurs créanciers » et donc donnent leur corps en gage. En premier lieu utilisée pour désigner la toxicomanie, elle s'applique, en second lieu, à certains comportements s'en rapprochant, dits *toxicomanies sans drogues* (jeu, travail, sexe, achats compulsifs, etc.). Un pont est ainsi jeté entre ces dernières et les différentes autres addictions (alcoolisme, tabagisme et toxicomanie), socialement et légalement connotées, ce qui justifie la recherche des mécanismes psychologiques et neurobiologiques communs.

Cependant, ce concept de *pratiques addictives* devient à son tour trop extensif, englobant des réalités psychopathologiques bien différentes (troubles obsessionnels compulsifs, manies, etc.). Il risque de devenir « stérile », inopérant. Voilà pourquoi la tendance actuelle semble réserver la notion d'addiction aux troubles liés à l'abus et à la dépendance de substances psychoactives, ce qui présente l'avantage de sortir les vocables d'« alcoolisme » et de « toxicomanie » de leur connotation stigmatisante et permet de réfléchir sur les conduites d'abus elles-mêmes. Cette approche médicale, qui s'appuie, par ailleurs, sur les résultats de la recherche fondamentale, ne doit cependant pas gommer ce qui est spécifique à chaque produit et conduire à négliger l'importance des déterminismes sociaux dans leur genèse.



Self-arbitre ou libre arbitre

Notre perception immédiate de la dépendance s'enracine dans les atteintes à la liberté individuelle et les frustrations nées de l'aliénation sociale. Par exemple, pour expliquer l'adhésion d'un individu à une secte, nous retenons comme explication commode son embrigadement et la solution illusoire qu'il a puisée dans cet « *opium du peuple* » pour supporter ses tracasseries quotidiennes. Mais ce déterminisme externe montre rapidement ses limites, car tous les opprimés ne cèdent pas à cette tentation et certains intellectuels, donc « esprits forts », flirtent avec les sectes... Il nous faut donc aller voir du côté d'une remise en cause de la liberté intérieure de la personne, ce dont se défendent justement les adeptes d'une secte comme se défendent d'ailleurs certains toxicomanes (« *j'arrête la drogue quand je veux...* »). L'observateur parlera de servitude volontaire (la persécution et la prohibition venant en miroir renforcer l'adhésion de l'individu), alors que la dépendance intérieure à l'objet Secte, investi à la manière d'un produit toxique, trouve son origine dans une relation d'emprise totale, l'identification sans partage aux objectifs du groupe et à la parole du gourou ou aux vertus du produit... Le « sectateur », comme le toxicomane, apparaît comme une victime, pour laquelle on éprouve de la compassion et que l'on veut soulager, voire « déprogrammer » ou sevrer, afin qu'il recouvre son libre-arbitre.

Dépendance et Liberté

La dépendance heurte profondément les principes fondateurs de notre société qui repose sur la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen. L'article 4 précise : « *La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui...* »

Toutefois, la société impose certaines limites à l'utilisation que l'individu peut faire lui-même de son propre corps puisqu'il a le devoir, non seulement de ne pas nuire à autrui, mais pas non plus à lui-même. Dans sa rédaction de 1804, le Code civil précise, en effet, à l'article 1780, « *qu'on ne peut engager ses services que pour un temps ou une entreprise déterminée* » (pour prévenir des formes d'esclavage et d'aliénation). Le droit imprescriptible de liberté est devenu, progressivement, un devoir implicite de liberté. Notre

utopie de liberté nous interdit donc d'admettre le droit à la liberté pour ceux qui l'aliènent en étant asservis à l'usage de drogues. De même, le droit français ne reconnaît pas la possibilité d'attenter à l'intégrité corporelle de quelqu'un, même si celui-ci est consentant, ou d'inciter à le faire (voir la condamnation du livre *Suicide, mode d'emploi...*). Le corps appartient à celui qui le possède, certes, à condition qu'il soit « libre » d'esprit, c'est-à-dire non aliéné (d'où la notion d'exigence de « consentement éclairé » pour les dons d'organes ou les essais thérapeutiques), qu'il respecte les limites que la morale commune admet et à condition qu'il ne lui fasse pas subir des « dommages » volontairement qui imposeraient à la société et à sa protection sociale d'intervenir, de payer...

Tous les comportements de dépendance (à des produits licites ou illicites, à des personnes dans le cas de la prostitution ou « d'esclavage », à des conduites aliénantes, etc.) viennent heurter de plein fouet cette notion fondatrice de la liberté. Celui qui est « dépendant » est « sous influence ». Il a renoncé à son droit de l'homme et du citoyen d'être libre. Il a donc bafoué les règles de la vie en société. Albert Memmi définit la dépendance comme « *une relation contraignante, plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe ou une institution, réels ou irréels, qui relève de la satisfaction d'un besoin* ».

Reste que le lien social lui-même est fait de dépendance réciproque, que la relation thérapeutique y fait appel, qu'une vie « normale » est faite, en principe et dans toutes les sociétés, d'une succession de « ruptures de dépendance aussi inévitables que leur installation » et de rites de passage vers d'autres dépendances : ainsi, les rites de l'adolescence marquent autant la fin de l'enfance que l'entrée dans la vie adulte...

Cette approche a le mérite de souligner l'intrication des activités humaines avec la dépendance et ouvre une voie explicative commode. Les toxicomanies ne seraient-elles pas l'une des conséquences de la disparition de la plus grande partie de ces « rites de rupture » contrôlés que représentaient les cérémonies religieuses, le service militaire... ? Comme si, incapables de sortir d'un état de dépendance transitoire,

► Bibliographie

- Reynaud M., Parquet P.J., Lagrue G. *Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*. Paris : Odile Jacob, 2000 : 278 p.
- Charles-Nicolas A. *Toxicomanies*. Encycl. Med. Chir. (Paris : Elsevier), Psychiatrie 37-396-A-10, 1998 : 25 p.
- Richard D., Senon J.L. *Dictionnaire des drogues et de la toxicomanie*. Paris : Larousse, 1999 : 448 p.



pour franchir une « nouvelle étape » dans la vie, certains jeunes cherchaient à se maintenir dans un état de dépendance. Cette explication sociologique a le mérite d'approcher la dépendance comme une conduite, parmi d'autres, laissant ouverte les hypothèses explicatives.

D'autres voies d'explications, neuro-biologiques et génétiques, apportent leurs contributions essentielles à la compréhension des facteurs possibles de risques ou à l'inverse, de résistance, aux comportements addictifs. Ils laissent surtout espérer la mise au point de traitements nouveaux, comme outils d'aide essentiels à la prise en charge des sujets dépendants. Et améliorent considérablement la compréhension de ces phénomènes psychopathologiques. Toutes ces voies d'entrée dans la connaissance des addictions, sont autant de contributions à l'approche *compréhensive*, globale des sujets et à la lutte contre leur stigmatisation et leur exclusion, qui sont, en matière de santé communautaire comme de prise en charge individuelle, les principaux obstacles aux progrès, à la *réhabilitation*, voire à la guérison...

Dr Didier Touzeau

Secrétaire général de la Société d'addictologie francophone, Paris.

1. *Société d'addictologie francophone (Saf) : Service de médecine interne I, Hôpital Cochin, Pavillon Achard, 27 rue du Faubourg Saint-Jacques, 75014 Paris. Tél. 01 58 41 14 41. Publication : Le Courrier des Addictions, DaTeBe. 62/64 rue Jean-Jaurès. 92800 Boulogne.*

2. *Parquet Ph.J. Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives. Usage, usage nocif, dépendance. Vanves : CFES, coll. Dossiers Techniques, 1998 : 48 p.*

À l'occasion de la Présidence française de l'Union européenne, un colloque est organisé les 23 et 24 novembre 2000 au Collège de France à Paris.

Il permettra de faire le point, d'une part, sur l'évolution du réseau de pharmacodépendance face à l'évolution des produits qui circulent et, d'autre part, sur les nouvelles perspectives de traitement et de prise en charge dans le domaine de l'addictologie.

Entrée libre.

Contact : PR Boyan Christoforov, Hôpital Cochin, Service de médecine interne I, pavillon Achard, 27 rue du Faubourg Saint Jacques, 75014 PARIS - e-mail : boyan@club-internet.fr

Lexique

Accoutumance

En supportant des doses croissantes sans effets secondaires majeurs d'un psychotrope (généralement une drogue « douce »), l'organisme acquiert progressivement une tolérance. L'atténuation des effets, et surtout le plaisir procuré, poussent à une répétition des prises, associée généralement à l'accoutumance.

Assuétude

Contrainte psychologique et physique se traduisant par le désir de répéter la consommation du produit indépendamment de ses conséquences néfastes.

Compulsion

Tendance intérieure impérative poussant l'individu à accomplir une certaine action ou à penser à une certaine idée, alors qu'il la réprouve et se l'interdit sur un plan conscient. Dans l'impulsion, l'agir l'emporte et court-circuite l'angoisse qui naît chez le sujet en proie à une lutte compulsive.

Craving*

Terme à rapprocher de la dépendance psychique qui, employé à propos des psychostimulants, désigne le caractère irrépressible et violent de l'envie de drogue.

Pharmacomanie

Désigne à la fois la toxicomanie aux médicaments et leur abus dans un but thérapeutique (faire cesser une douleur, améliorer une fonction organique).

Pharmacodépendance (drug dependence)

État psychique et quelquefois également physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une drogue, se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions qui comprennent toujours une pulsion à prendre la drogue de façon continue ou périodique, afin de retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de sa privation. Cet état peut ou non s'accompagner de tolérance. Un même individu peut être dépendant de plusieurs drogues.

Plaisir

Quand on demande pourquoi on consomme des drogues à un échantillon de personnes composé de professionnels (psy, sociologues...) et d'usagers de drogue, les premiers sont bien en peine de donner une réponse simple, qui vient spontanément aux usagers : la drogue procure beaucoup de plaisir mais celui-ci ne dure pas et l'usager souffrira ensuite de la dépendance qui s'est progressivement installée.

Tolérance

Propriété d'une drogue dont l'usage répété entraîne une diminution des effets initiaux. L'euphorie diminuant, il faut augmenter les doses pour atteindre l'effet désiré. Cette augmentation est souvent associée au développement d'une dépendance physique, qui se manifeste par un syndrome de sevrage lors de l'arrêt.

Syndrome de sevrage

Ensemble des troubles somatiques consécutifs à la suppression brusque de drogue chez un sujet dépendant (alcool, héroïne). L'arrêt brutal de drogue n'entraînant pas de dépendance physique à proprement parler se traduit par un état de manque, sensation intense et obsédante de manque conduisant à une recherche impérieuse de drogue.

État d'abstinence

État de longue durée sans drogue, se différenciant du sevrage dont la durée est limitée (quelques jours à quelques semaines selon les drogues).

* NDLR : angl. besoin



Place et rôle de la neurobiologie dans les addictions, une discipline parmi d'autres

Il existe peu de domaines aussi sensibles que celui qui touche à la toxicomanie, où se mêlent interprétations philosophiques, sociologiques, psychiatriques, psychanalytiques, neurobiologiques, politiques... souvent relayées de manière polémique par les médias. Chaque discipline interprète à sa manière les conduites addictives. Pour les philosophes, la toxicomanie s'inscrit dans un choix de conduite de vie, la drogue n'étant qu'une manière de dépasser les limites de la conscience ordinaire. Les analyses sociologiques se heurtent à la difficulté de fournir une description des situations environnementales, générant les pratiques toxicomaniaques, puis de les interpréter objectivement dans un contexte socioculturel, politique et économique. Le corps médical reste encore souvent partagé entre l'interprétation purement psychanalytique des conduites toxicophiles et la prise en compte de l'avancement des connaissances sur la neurobiologie des addictions, c'est en particulier le cas pour ce qui concerne le poids de la génétique dans la vulnérabilité du passage de l'abus à la dépendance et les possibilités offertes par les démarches thérapeutiques.

La situation à ce niveau n'est pas très éloignée de ce que fut le rejet, par la plupart des divers courants de la psychiatrie et de la psychanalyse, des découvertes démontrant l'origine biochimique des maladies mentales. Pourtant, elles ont donné naissance à des traitements qui ont amélioré considérablement les conditions de vie des malades et ont fait peu à peu disparaître l'asile psychiatrique.

Il existe, chez un grand nombre de toxicomanes, une comorbidité associant la recherche compulsive de drogues à la présence sous-jacente, ignorée volontairement ou non, d'un désordre mental plus ou moins important (dépressions répétitives, névroses obsessionnelles, anxiété généralisée, etc.). Il s'agit là des véritables toxicomanes représentant environ 10 % des consommateurs de drogues qui sont devenus totalement dépendants. Ceci permet de remettre à leur juste niveau les chiffres évoquant des millions de toxicomanes qui sont en très grande majorité des consommateurs occasionnels et ce, à des fins festives qui s'inscrivent chez les jeunes dans une recherche d'identité collective.

Il faut répéter que 90 % d'utilisateurs plus ou moins assidus du cannabis ou de l'ecstasy cesseront spontanément leur consommation. La très grande majorité des consommateurs d'alcool, la drogue la plus consommée dans le monde, ne tomberont pas dans l'alcoolisme. Faut-il pour autant dissimuler les risques que la consommation excessive, même d'un jour, fait courir ? Non. Il est donc nécessaire que l'information sur la dangerosité des drogues soit donnée en s'appuyant sur ce qui est formellement établi et dans certains cas, prévisible. Il ne peut y avoir de politique de prévention sans une information impartiale et non soumise aux différents groupes de pression économique ou politique.

Pour les toxicomanes incapables d'échapper par eux-mêmes à leur dépendance, ce n'est certainement pas une atteinte aux droits fondamentaux des individus que de leur venir en aide

lorsqu'ils sont dans une détresse physique et morale qui fait suite à la recherche d'un plaisir de vivre, ressenti comme impossible à atteindre hors de l'assistance chimique.

Que vient faire la neurobiologie dans ce débat ? En principe, donner l'état des connaissances au temps présent, affirmer des certitudes lorsqu'elles sont devenues incontestables et laisser le champ libre aux hypothèses lorsque ce n'est pas le cas. Par essence réductionniste, elle ignore souvent les succès incontestables des méthodes utilisées par les psychiatres, psychanalystes ou psychologues pour aider le toxicomane à parvenir à l'abstinence.

Il serait vain de nier que les découvertes scientifiques influencent la perception que la société a d'un problème, et ceci n'est pas sans causer débat. On peut tenter de résumer très brièvement les raisons qui ont conduit à une remise en cause de la classification en drogues douces, réputées peu dangereuses en termes de risque addictif et donc licitement en vente (alcool, tabac), et celles réputées pour leur tendance à conduire quasi certainement au passage de l'abus à l'addiction (héroïne, cocaïne, psychostimulant, cannabis, etc.). Il s'agit de la démonstration incontestable que :

1) toutes les drogues licites ou illicites activent une voie physiologique dite de récompense ou de plaisir. Il faut y ajouter les toxicomanies sans produit (jeu pathologique, anorexie ou boulimie, etc.), ce qui suppose également l'activation de la voie hédonique, mais dans ce cas par des substances endogènes





(morphines internes, adrénaline, dopamine, hormones du stress, etc.) ;

2) l'utilisation des méthodes de délétion de gènes a permis de montrer les relations étroites entre toutes les drogues au travers de la stimulation du système des morphines internes dont le rôle ancestral, ancré dans notre cerveau reptilien, est d'assurer les fonctions essentielles à la survie de l'espèce (prise de nourriture, sexualité, adaptations aux situations de stress interne ou externe (environnement) auxquelles nous sommes confrontés). Comme c'est souvent le cas, une fonction d'une telle importance est contrôlée par des systèmes opposants impliquant d'autres neuropeptides (SP, CCK, etc.). Toutes les drogues ont à

voir avec le système opioïde et on s'accorde à penser que c'est son dysfonctionnement qui engendrerait des conduites addictives ;

3) l'association de plusieurs drogues (polyconsommations) amplifie les effets secondaires des drogues (cardio-vasculaires, respiratoires, hépatiques, nerveux, etc.) et peut conduire à révéler brusquement une fragilité émotionnelle susceptible d'entraîner des comportements très dangereux pour l'individu (suicide, mutilation, etc.) et son environnement (agressivité, rixes, viols, accidents, etc.) ;

4) l'enclenchement de la spirale qui conduit de l'abus à l'addiction est soutenu par une vulnérabilité dont les

causes sont à la fois innées (présence de gènes modifiés) et acquises (traumatismes de l'enfance, solitude et détresse morale, etc.).

En revanche, nous ne savons toujours pas comment s'effectue la rétention à long terme de la sensation de plaisir intense ressentie par les toxicomanes et qui est à l'origine des rechutes lors des tentatives d'abstinence. Les techniques de la génomique fonctionnelle, en particulier au travers de la protéomique, devraient nous en dire plus dans l'avenir.

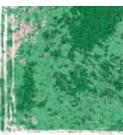
On reprend très souvent et à juste titre la définition des toxicomanies qui, selon C. Olievenstein, sont le fruit de « *la rencontre entre une personnalité, un produit, et un moment socioculturel* ».

Rien de ce qui précède ne va dans un autre sens, et certainement pas les données neurobiologiques les plus récentes. Il y a bien de l'inné et de l'acquis dans la toxicomanie et c'est leur rencontre qui individualise le toxicomane. Tout ceci devrait réunir toutes les disciplines pour dialoguer de manière constructive sans que chacune d'elle veuille s'accaparer « son » interprétation des toxicomanies.

Les efforts de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) vont dans ce sens. Il faudrait les amplifier considérablement, ce qui est une affaire de volonté politique. Ceci nécessite également que la lutte contre l'argent de la drogue s'amplifie considérablement. Il faut arrêter la provocation à la consommation chez les jeunes des drogues licites par des effets publicitaires dont le seul but est la recherche du profit. La condamnation des firmes de cigarettes aux États-Unis s'est basée sur leur volonté de dissimuler consciemment les risques de la consommation du tabac et au contraire, d'inciter à celle-ci. Il faudrait y réfléchir. Il appartient aux scientifiques se préoccupant de toxicomanie, quelle que soit leur discipline, d'informer et, aux politiques, d'en tirer les conclusions.

Pr Bernard-Pierre Roques

Directeur du Département de Pharmacochimie moléculaire et structurale, U. 266 de l'Inserm, UMR 8600 du CNRS, Université René Descartes-Paris V, Paris.



Éléments de compréhension à partir des connaissances neurobiologiques

« La dépendance à une drogue doit être considérée comme une maladie cérébrale curable... et non pas comme un problème social ou un manque de volonté » écrivait en 1999 Alan Leshner, directeur du *National Institute on Drug Abuse* (Nida), à l'occasion du 25^e anniversaire de son institution (1). Il déploierait également la faible diffusion et la faible utilisation au sein de la société américaine de la connaissance scientifique acquise sur les addictions. Ce constat de déficit d'information de la population a également été fait en France. La campagne de communication en direction du grand public *Les drogues, savoir plus, risquer moins* et la diffusion massive du livre d'information sur les drogues et dépendances sont un début de réponse à ce problème (voir rubrique actualité des campagnes).

La neurobiologie de l'addiction, un domaine de recherche méconnu

Une des principales sources d'inspiration de cette stratégie est le rapport sur la dangerosité des drogues rédigé sous la responsabilité du Pr Bernard Roques (2), qui est venu compléter une série de rapports dans le domaine des toxicomanies (3-5). Ce document a sorti du ghetto des laboratoires universitaires les connaissances acquises et a également révélé toutes celles qui nous manquaient. En conséquence, le rappel à la nécessité d'investissements supplémentaires dans ce domaine de recherche en France et en Europe est un des *leitmotifs* du document. Ce rapport dévoile aussi la panoplie des techniques d'études à la disposition du chercheur. Les recherches des modes d'action des substances psychoactives sur le cerveau sont réalisées essentiellement sur des rongeurs et des primates chez qui on peut reproduire, en labo-

ratoire, des comportements addictifs connus chez l'homme. De nouvelles techniques d'étude sont apparues. Par exemple, la microdialyse permet d'insérer des substances ou de faire des dosages dans des zones extrêmement précises du cerveau de l'animal libre de ses mouvements. Il est également possible d'obtenir des lignées d'animaux génétiquement modifiés à qui il manque un seul type de récepteur membranaire¹ et ainsi comprendre sa fonction. Par ailleurs, de nouvelles techniques d'imagerie² permettent d'étudier les effets des substances, en particulier les zones cérébrales activées par la consommation de drogues, chez l'homme *in vivo*.

Un système hédonique impliqué dans la régulation des états émotionnels

Les substances psychoactives agiraient sur un système cérébral, nommé système hédonique ou système de récompense (6, 7). Ce système a eu pour fonction, tout au long de l'évolution des espèces, de récompenser par une sensation centrale agréable (plaisir ?), les activités vitales telles que l'évitement des prédateurs, la recherche de nourriture et la reproduction (recherche de partenaire, élevage des petits). Son existence et son développement ont été favorisés par la meilleure survie des individus et des espèces qui étaient naturellement les mieux équipés (théorie de Darwin). Plus récemment, on a attribué également à ce même système une fonction permanente de régulation des états émotionnels.

Le maintien de l'équilibre homéostatique

Notre organisme se maintient en vie grâce à un ensemble de régulations qui s'opèrent au niveau des molécules, des

cellules, des organes et des comportements. Ainsi, tout organisme vivant et la plupart des systèmes qui le composent, sont conçus pour maintenir une certaine homéostasie (*rester dans le même état*), c'est-à-dire de garder des paramètres biologiques et physiologiques dans certaines limites. C'est ainsi que le taux de sucre dans le sang est maintenu chez la personne non diabétique, dans des limites évitant l'hypoglycémie et l'hyperglycémie, toutes deux préjudiciables au bon fonctionnement de l'organisme. Quand la pression de l'environnement est telle que l'homéostasie est impossible, il y a un phénomène d'allostasie (*passer à un autre état*), c'est-à-dire que l'organisme s'adapte en modifiant ses paramètres. Arrivé un certain degré de changement, l'allostasie peut être considérée comme un état pathologique.

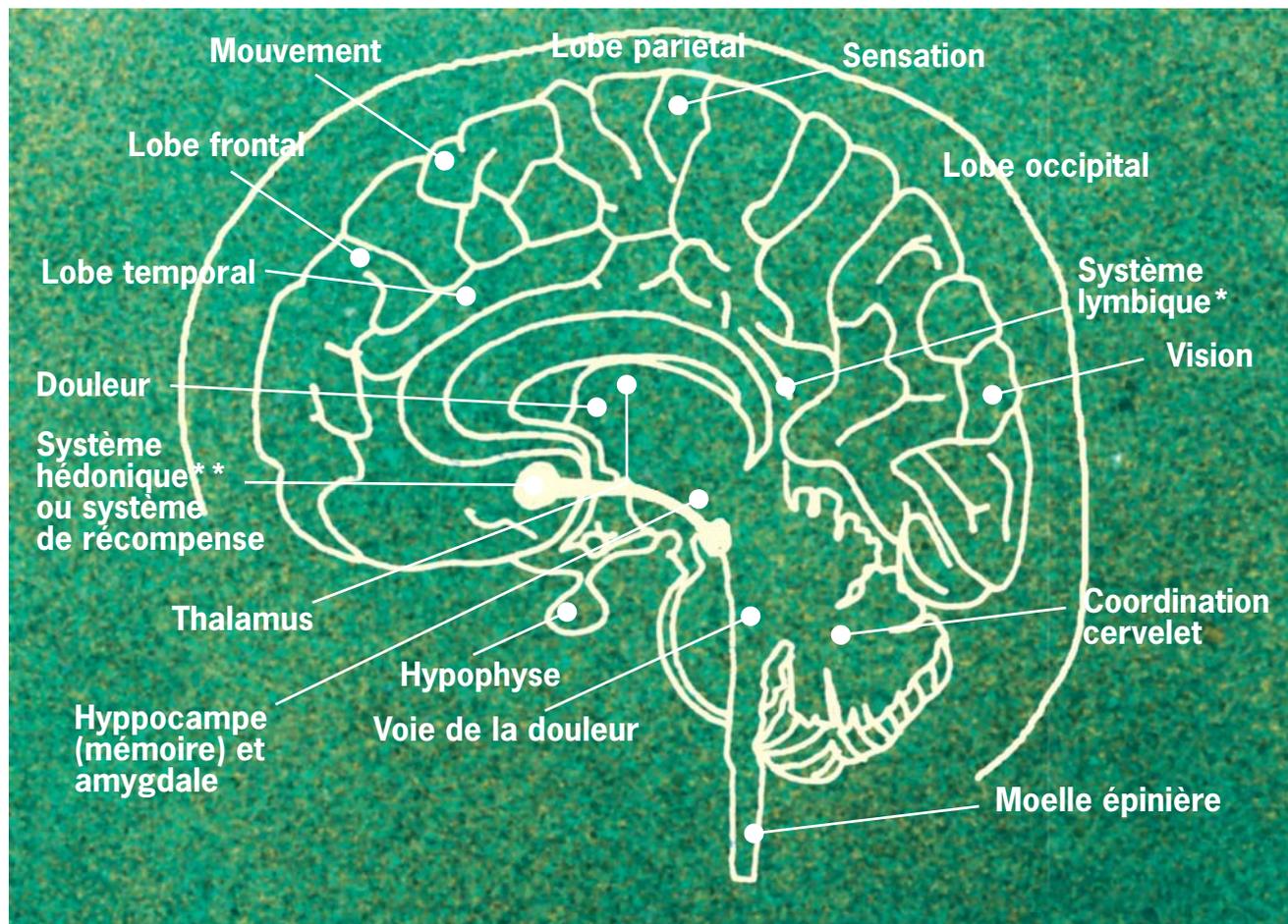
Dans le cas d'un usage rare et modéré de substances psychoactives, le cerveau serait capable de maintenir l'homéostasie du système hédonique. Dans le cas d'un usage important et/ou répété, le cerveau ne serait plus capable de maintenir l'homéostasie du système hédonique qui serait dérégulé ou réglé à un autre niveau par un ensemble de mécanismes. Ce même type de mécanisme serait en cause dans les addictions sans drogue (jeu pathologique par exemple).

Sensibilisation et opposition

Deux mécanismes adaptatifs différents sont décrits, la sensibilisation et l'opposition qui agiraient de concert, mais à des moments différents, pour installer l'addiction (7). La sensibilisation rend compte de l'augmentation de l'effet du produit (pour une même dose) après les premières prises. Ce phénomène pourrait contribuer au renforcement positif de l'usage du produit et favoriserait la préoccupation et l'an-



Adapté de *Drogue, savoir plus, risquer moins*. CFES, Mildt, 2000, p. 20-21.



Le cerveau humain, régions cérébrales et circuits neuronaux (voix nerveuses).

* Le système limbique, ou cerveau des émotions, est le lieu où nos réactions cérébrales les plus primaires naissent, ainsi que la plupart des désirs et besoins vitaux, comme se nourrir, réagir à l'agression et se reproduire. De ce fait, il existe dans le cerveau des circuits dont le rôle est de récompenser ces fonctions vitales par une sensation agréable ou de plaisir. Ce système est composé, entre autres, de l'hypothalamus, de l'hippocampe et de l'amygdale.

** Le système hédonique fait également partie du système limbique ; il comprend l'aire tegmentale ventrale (ATV), qui contient des neurones à dopamine, et le noyau accumbens (ACC), où ils se projettent.

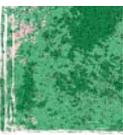
ticipation de la prochaine consommation. L'opposition rend compte de phénomènes inverses, la tolérance (l'organisme diminue l'effet de la même dose du produit par différents mécanismes) et l'état pénible (dysphorique) qui suit la consommation (les mécanismes de régulation ont trop fonctionné). Le système hédonique se dérèglerait progressivement au cours de cycles successifs comprenant les périodes avant, pendant et après les épisodes de consommation. L'intérêt de cette vision est qu'elle a permis de s'intéresser non plus seulement aux symptômes cliniques du sevrage chez les sujets dépendants de l'alcool ou de l'héroïne comme cela a été historiquement le cas, mais à des états plus discrets qui entourent les épisodes de consommation : préoccupation et anticipation qui conduisent à la consommation, et les sensations désagréables intervenant après la fin de l'effet du produit. C'est,

par exemple, le recueil des pensées et des sensations qui précèdent les épisodes de consommation, et la recherche de stratégie pour les contrer, qui sont à la base des aides psychologiques qui ont démontré leur efficacité dans les problèmes addictifs (8, 9).

L'inégalité devant le risque de devenir dépendant

Mais ceci n'explique pas les différences de vulnérabilité. Tous les usagers de substances psychoactives n'abusent pas de ces produits ou n'en deviennent pas dépendants (10). Une raison avancée serait que certaines personnes auraient des systèmes hédoniques moins fonctionnels en raison de particularités de leur patrimoine génétique ou d'événements dans leur vie, avant même toute rencontre avec tel ou tel produit. Des personnes dont la satisfaction d'être spontanée est inférieure à la moyenne (anhédonie) ou ceux qui

auraient spontanément besoin de nombreuses sensations nouvelles (*sensation seekers*), seraient plus particulièrement à risque de devenir dépendants de substances psychoactives, qui seraient en quelque sorte une autothérapie. De même, les individus ayant subi des stress au cours de la vie seraient également plus à risque de devenir dépendants. Ces phénomènes ont été expérimentalement vérifiés par les modèles animaux. Si on sélectionne parmi des rongeurs ceux qui sont les plus aventureux et curieux face à un nouvel environnement (ce que l'on mesure par l'activité locomotrice réalisée) et qu'on les compare aux rongeurs moins aventureux, on observe que les premiers mis face à une substance psychoactive en consomment plus que les seconds. De la même manière, les rongeurs à qui on a administré des stress – pendant la vie intra-utérine ou après – ont plus tendance à être consomma-



teurs de substances psychoactives. Des observations cliniques similaires ont été faites chez l'être humain. On retrouve un lien entre stress pendant l'enfance (Les enfants victimes de traumatismes psychiques, maltraitance, abus (11)) et conduites addictives.

Les structures cérébrales et les mécanismes activés par les substances psychoactives

Les mécanismes neurobiologiques en cause dans l'installation de l'addiction ne sont pas tous élucidés. Il est admis qu'il existe une voie finale commune, la voie dopaminergique méso-corticolimbique³ indispensable pour le passage de l'émotion à l'action (2). La plupart des substances psychoactives à risque de dépendance provoquent une augmentation de présence de dopamine dans le noyau accumbens. Mais l'intensité du phénomène est variable suivant les produits et n'a pas de lien avec leur pouvoir addictogène. C'est directement sur ce type de neurones qu'agissent la cocaïne et les amphétamines. Cette voie dopaminergique est régulée par le système opioïde endogène, impliqué dans les phénomènes d'addiction aux opiacés, à l'alcool, à la cocaïne, et le système gabaergique⁴, impliqué dans les phénomènes d'addiction à l'alcool et aux benzodiazépines. Il y a également l'intervention des circuits responsables de la mémorisation et de l'apprentissage⁵. En effet, les circonstances de la consommation (environnement physique par exemple) sont fortement mémorisées, sont associées à la pratique addictive et participent à son installation. Très peu de soldats américains qui étaient devenus dépendants à l'héroïne au Vietnam le sont restés après le retour à la vie civile, tant l'environnement était différent. De nombreuses expériences ont été menées chez l'animal permettant de constater qu'il est possible de provoquer les phénomènes de manque en le remettant au sein de l'environnement où il avait déjà ressenti ce manque. Des phénomènes identiques sont décrits pour des personnes sevrées à la cigarette ou à l'alcool, surpris de ressentir tout à coup un manque à la suite d'un stimulus, alors qu'ils étaient abstinents depuis longtemps. De même, la consommation de substituts d'alcool ou l'injection d'eau saline a été capable de provoquer des sensations similaires à celles ressenties à la suite de

l'ingestion du vrai produit chez des individus dépendant respectivement de l'alcool ou de l'héroïne.

À la recherche des modifications cérébrales prolongées des personnes dépendantes

Une personne qui a été dépendante conserve en elle des modifications à long terme dans sa mémoire, mais également probablement au fond de ses cellules. Quelques hypothèses sont faites sur la nature des changements induits à long terme. On constate un changement durable dans l'axe du stress⁶. Chez la personne dépendante, l'axe du stress serait désensibilisé, alors qu'il serait hypersensible après l'arrêt de la consommation⁷. Au niveau intracellulaire, la stimulation des récepteurs membranaires par la dopamine ou les opioïdes conduit à l'activation⁷ de protéines qui ont différents rôles dans la cellule (régulation de la transmission de messages cellulaires ou régulation de l'expression de certains gènes, etc.). La stimulation répétée des récepteurs conduirait à une accumulation de ces protéines activées dont la présence abondante ne pourrait être éliminée, ce qui expliquerait en partie la mémoire cellulaire de l'addiction.

D'autres recherches sont encore nécessaires pour comprendre la manière dont les cellules « mémorisent » à long terme un phénomène addictif. Elles permettront peut-être de développer des médicaments permettant non plus seulement de passer le cap du sevrage, mais de traiter la modification cérébrale chronique qui subsiste (12).

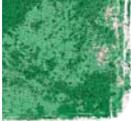
Pierre Arwidson

Médecin, adjoint au chef du service
Études et évaluation, CFES.

1. zone sensible de la surface cellulaire à laquelle se lie de façon spécifique une substance active. La liaison substance-actives déclenche des réactions intracellulaires comme la propagation d'un influx nerveux ou la production d'une autre substance par la cellule.
2. tomographie à émissions de protons ou résonance magnétique nucléaire fonctionnelle composée de l'aire tegmentale ventrale, du noyau accumbens et du cortex préfrontal.
3. hippocampe, amygdale.
4. le système gabaergique est un système de neurotransmission dont le neuromédiateur est le GABA.
5. impliquant l'hypothalamus, l'hypophyse et les glandes surrénales.
6. avec augmentation de présence de CRF qui est le signal de départ de la cascade de la réaction au stress (CRF : cortico releasing factor, neurohormone sécrétée par l'hypothalamus).
7. cette activation est une phosphorylation.

Références bibliographiques

- (1) National Institute on Drug Abuse. *25 years of discovery to advance the health of the public*. Bethesda (Maryland) : National Institutes of Health. National Institute on Drug Abuse, 1999 : 82 p.
- (2) Roques B. *La dangerosité des drogues*. Paris : Odile Jacob/La Documentation française, 1999 : 316 p.
- (3) Reynaud M., Parquet P.-J., Lagrue G. *Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*. Paris : secrétariat d'État à la Santé et aux Affaires sociales. Direction générale de la Santé, 1999 : 168 p.
- (4) Parquet P.-J. *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*. Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques, 1997 : 107 p.
- (5) Reynaud M., Parquet P.-J. *Les personnes en difficulté avec l'alcool. Usage, usage nocif, dépendances : propositions*. Vanves : CFES, 1999 : 293 p.
- (6) Koob G.F. *Drug addiction: the yin and the yang of hedonic homeostasis*. *Neuron* 1996 ; 16 : 893-6 p.
- (7) Koob G.F., Le Moal M. *Drug Abuse: hedonic homeostatic dysregulation*. *Science* 1997 ; 278 : 52-7.
- (8) *The smoking cessation practice guideline panel and staff. The agency for health care policy and research smoking cessation clinical practice guideline*. *Journal of the American Medical Association* 1996 ; 275 : 1270-80.
- (9) *American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence*. *American Journal of Psychiatry* 1996 ; 153 : S1-S31.
- (10) Le Moal M., Simonnet G. *Neurobiologie de la dépendance*. *La Revue du Praticien* 1995 ; 45 : 1351-8.
- (11) Swann N. *Exploring the role of child abuse in later drug abuse*. *NIDA Notes* 1998 ; 13 : 1-6.
- (12) O'Brien C.P. *A range of research-based pharmacotherapies for addiction*. *Science* 1997 ; 278 : 66-70.



Quelle place accorder aux facteurs individuels, sociaux, environnementaux, culturels et biologiques ?

Deux disciplines complémentaires pour comprendre et appréhender la complexité des pharmacodépendances. Serge Hefez, psychiatre, et Michel Joubert, sociologue, apportent leur éclairage respectif comme une invitation à penser et à agir de façon interdisciplinaire.

Le point de vue de Serge Hefez

En quoi les dépendances relèvent-elles de stratégies personnelles pour accéder à une sensation de bien-être ?

L'usage de toxiques relève d'un double registre, normal et pathologique. Reconnaissons tout d'abord l'existence de différents modèles de consommation : bon nombre d'usages, même à risque, ne constituent en rien une lutte contre l'angoisse, une conduite ordalique ou un engrenage vers l'esclavage de la drogue ; mais dans certains cas, des usages vont aller jusqu'à constituer des systèmes de survie, voire une protection de l'identité.

Les produits ne sont jamais consommés pour se faire du mal, mais pour accéder à une sensation de mieux-être. Un verre de champagne fera pétiller l'ambiance de la soirée, une cigarette rendra plus audacieux, un comprimé d'ecstasy permettra de se fondre dans la musique jusqu'à l'aube, un shoot d'héroïne diluera les angoisses profondes et autorisera un bref retour à une paix intérieure, une dose de LSD donnera l'illusion d'aller plus loin dans l'exploration des frontières de son âme.

Un sujet réclame à un produit ce qu'il pense que son corps ne peut seul lui fournir ; la dépendance ne fait pas consciemment partie de cette recherche : on ne consomme pas pour

assouvir un besoin de dépendance ; mais les effets d'accroche du produit ne suffisent pas seuls à expliquer ce mystérieux phénomène et il serait tout aussi erroné de prétendre que c'est le produit par ses effets chimiques qui génère la dépendance.

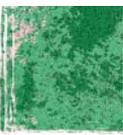
Évoquer la dépendance, c'est mettre tout à la fois dans un même panier : les mystères de la biologie du cerveau humain, les empreintes psychiques précoces du premier amour, la pharmacologie d'une substance inerte, la disparition progressive de la plupart des rites sociaux, la curiosité adolescente, la violence indifférenciée, la misère des banlieues, l'exclusion sociale, bref, tout ce qui de près ou de loin participe aux prises de produits et à la pérennisation de cette conduite. Seule la prise en compte simultanée de tous ces niveaux permet de saisir la complexité de la dépendance.

Comment un comportement qui procure une sensation de plaisir et/ou le soulagement d'un malaise ou d'une angoisse va peu à peu s'organiser autour d'une perte de contrôle, puis de la poursuite du comportement malgré une prise de conscience de ses effets négatifs. C'est ici qu'intervient toute une série de circonstances qui jouent à différents niveaux et s'agencent entre elles. Les failles relationnelles de l'enfance qui ont contribué à la constitution

d'une personnalité fragile trouvent une expression, une concrétisation, un accrochage, un relais dans les formes marginales du fonctionnement social, en une spirale qui tend à se refermer sur elle-même.

La dépendance n'est alors pas un phénomène contrôlé par ses effets (le produit provoque une dépendance, donc évincer le produit éliminera la dépendance) ; l'effet de dépendance est d'une autre nature : il s'agit de ce qui un jour vient bouleverser la vie d'une personne, la rendre différente à ses yeux et aux yeux des autres, et modifier radicalement sa vision du monde. La seule comparaison que l'on puisse risquer avec cet état de dépendance n'est véritablement que l'état amoureux poussé à l'extrême, déraisonnable, la passion la plus totale et la plus exclusive.

Le plus paradoxal à comprendre est que c'est dans une quête de liberté absolue (je me détache de ce qui me contraint dans la réalité, le temps, l'espace, les autres) qu'un sujet finit par s'aliéner à une substance. Toute la tradition psychanalytique va dans ce sens : l'état de radicale dépendance du nouveau-né fonde la nature humaine. Avec un objet inerte, le risque d'abandon n'existe pas et la relation passionnelle peut se déployer dans toute sa force.



La dépendance peut être considérée comme un évitement de l'état primitif de besoin et un escamotage du manque ; elle devient la seule forme d'interaction susceptible d'apporter des satisfactions et de réguler les tensions et la souffrance. En ce sens seulement, la dépendance pourrait se concevoir comme une stratégie de bien-être : éliminer tout élément psychique ou social venant faire obstacle à cette relation passionnelle avec son produit, éliminer le temps, retrouver la fusion primitive avec l'objet.

Le choix d'un produit s'opère-t-il par le simple hasard d'une consommation ou pour l'effet produit par une molécule spécifique ?

L'effet psychotrope (modification des perceptions, des émotions, de l'humeur) vient s'étayer sur une expérience faite de contenus affectifs et sociaux, et prendre pour chacun une signification tout à fait personnelle.

Au départ, on recherche un produit pour un effet : on ne songera, en général, pas à prendre de l'héroïne pour danser toute la nuit au son de la techno, à fumer du haschich pour être plus performant lors d'une nuit de travail mouvementée à la bourse de New York. Il faut donc qu'un produit soit disponible (c'est ici que le hasard joue quelque peu) et qu'il corresponde à un besoin plus ou moins conscient. Mais très vite les repères se brouillent et ce qui devient familier, c'est que seules des substances vont permettre à l'esprit et au corps de fonctionner « normalement ». Les sensations habituelles n'appartiennent plus au sujet, mais au produit qui devient tout puissant. Commence alors une spirale infernale dans laquelle il devient, par exemple, nécessaire de contrebalancer les effets d'un produit par un autre, ou de remplacer par une substance externe les rythmes biologiques et la faculté de penser.

L'expérience de la dépendance permet rapidement d'organiser la vie du sujet, elle structure son temps, propose étayage et prévisibilité, elle devient la résolution inadéquate d'un problème, interne ou externe, qui relève du champ de la psychologie ou de la politique.

Les professionnels qui travaillent dans les centres de soins ont pu faire la constatation suivante : parmi les usagers

d'héroïne mis sous traitement de substitution, certains se sont stabilisés avec leur médicament (qui leur procure les mêmes effets que leur produit de prédilection), d'autres ont sombré dans un ennui profond qui les a fait se tourner vers d'autres drogues susceptibles de les stimuler : cocaïne, crack, amphétamines.

Quelle influence exerce l'environnement sur les conduites de dépendance ?

Respecter un réel partage des compétences, c'est avant tout rompre avec une certaine conception de la nature humaine avec ses « aspirations », ses « besoins », ses « motivations », c'est renoncer aux facilités des explications psychologiques par les « tendances de la nature humaine », et notamment pour ce qui concerne les « tendances à la dépendance ».

L'étude de Robins menée en 1973 sur des soldats américains à leur retour du Vietnam s'avère particulièrement intéressante : la plupart des soldats qui avaient été héroïnomanes là-bas (50 % avaient utilisé au moins une fois des opiacés lors de leur séjour au Vietnam, cette consommation étant devenue hebdomadaire chez 25 % d'entre eux, dans un contexte où ils disposaient d'un approvisionnement facile et de bonne qualité) ont arrêté de consommer de la drogue à leur retour aux États-Unis. L'arrêt de la consommation a été le même chez ceux qui n'ont reçu aucun traitement et ceux qui ont été traités. Un produit qui combat puissamment la douleur et l'anxiété est disponible dans une situation de stress incommensurable. Trois facteurs (au moins) sont ainsi réunis : la disponibilité du produit, la nécessité vitale de lutter contre l'anxiété, un moment donné d'une trajectoire. Et il n'est pas encore question ici des caractéristiques psychologiques individuelles de chaque soldat. Si la coca poussait à la place du pavot, peut-être auraient-ils consommé de la cocaïne ; elle leur aurait alors permis d'éviter le sommeil et d'être plus agressifs dans les combats. Mais leur anxiété aurait été décuplée.

Comment se fait-il que certaines personnes exposées à un même produit deviennent dépendantes et d'autres pas ? La caution scientifique qui distingue dépendance physique et psy-

chique ne suffit pas : un produit « accroche » ou pas **à un moment donné d'une trajectoire dans un environnement particulier**. Les consommateurs de tabac ont tous expérimenté qu'il existe des conjonctures durant lesquelles il est facile de décrocher, d'autres où ceci s'apparente à un combat surhumain.

Nous savons tous qu'il n'existe pas de structure psychique profonde et stable, spécifique des comportements de dépendance ; tout sujet, quel que soit son rapport au plaisir, au manque ou au besoin, peut être amené à se trouver dépendant. L'environnement peut à lui seul « conditionner » la prise de produit : on décroche plus facilement en s'extrayant de son environnement social et géographique habituel ; retrouver cet environnement peut susciter le désir irrépressible de reprendre la consommation, quel que soit l'état psychologique.

C'est le fameux phénomène du « craving » qui intéresse de plus en plus les scientifiques.

Quels sont les facteurs individuels ou collectifs qui interviennent dans le passage d'un usage nocif à une dépendance ?





Le choix qu'un individu va faire à un moment donné de tel ou tel produit ou de telle ou telle activité rend compte de certaines caractéristiques personnelles, indissociables de son histoire singulière et de facteurs socioculturels et environnementaux.

Un débat sur les facteurs de personnalité, pour être cohérent, ne peut isoler les usagers d'un contexte social général : la place qu'une société accorde aux drogues, la perception qu'elle en a, la façon dont elle tolère l'une et exclut l'autre, tiennent d'abord à son propre fonctionnement, à la manière dont elle se représente comme société, au rapport que les drogues entretiennent avec l'imaginaire social.

On pourrait dire que les drogues se sont trouvées de moins en moins liées à l'exploration d'un univers intérieur ou à la recherche d'alternatives sociales qu'à une manière de gérer un quotidien difficile. On ne peut, même

si cela ne rend compte que d'une partie du phénomène, que mettre en relation les diverses formes de la crise des sociétés occidentales (chômage, déqualification, dégradation du cadre de vie urbain et montée des valeurs d'efficacité, de concurrence, de réussite) avec la banalisation de la drogue. La fin des années soixante-dix, les années quatre-vingt, sont celles où l'on repère une remontée de l'alcoolisme juvénile, une généralisation de l'usage du cannabis, le développement des colles et des solvants, ainsi que l'extraordinaire expansion de l'héroïne. Les phénomènes sociaux conditionnent les formes de l'usage, même s'ils ne peuvent être considérés comme des causes véritables.

L'usage de drogues illicites marque le signe d'un déficit de socialisation, au moment où l'intégration sociale devient l'idéal communautaire et les toxicomanes, comme les immigrés, font partie des exclus sociaux. Dans le même mouvement, la formidable expansion

des drogues licites (psychotropes, tranquillisants, etc.) intervient comme moyen d'augmenter ses performances et son confort psychique, dans un contexte très violent de concurrence et de réussite sociale.

L'incompréhension et l'acharnement des sociétés développées à l'encontre des personnes toxicomanes finissent par détruire la part d'eux-mêmes vivante, volontaire, non mortifère, investie dans le rituel de la drogue comme rituel de transgression ou de protection de la vie ; l'usager de drogues, comme acteur social, intègre les images les plus négatives véhiculées sur lui et finit par adhérer à cette figure d'être déviant, de déchet exclu de l'humanité.

La route est alors bien longue pour l'aider à en sortir !

Dr Serge Hefez

Psychiatre, Président de la Copast
(Coordination parisienne des soins aux toxicodépendances).

Le point de vue de Michel Joubert

En quoi les dépendances relèvent-elles de stratégies personnelles pour accéder à une sensation de bien-être ?

En terme, de stratégies individuelles, les travaux ethnologiques et sociologiques sur les trajectoires des consommateurs de drogues ne font pas apparaître les dépendances comme le produit d'un projet structuré. Les conduites de consommation sont, en revanche, dans la plupart des cas, la résultante d'un mouvement orienté vers la recherche de plaisir et de bien-être. L'entrée dans des rapports de dépendance introduit des bouleversements dans cette manière de solliciter les produits psychoactifs : les personnes peuvent perdre une partie des conditions qui assuraient, à la recherche de plaisir, un minimum d'assise sociale associé à un certain équilibre personnel.

Plusieurs cas de figures néanmoins paraissent déroger à cette tendance :

- l'immersion dans des relations d'interdépendance centrée sur les produits (intérêts et réseaux de relations centrés sur le micro-deal) ; dans ce cas, la dépendance à l'égard des produits peut fonctionner comme une des conditions de l'inscription dans le groupe ;
- le recours médicalisé aux produits (licites, illicites, substitution) : dans le sens où le bien-être recherché relève plus directement de logiques anesthésiantes, c'est-à-dire d'une volonté d'effacement ou d'atténuation de tensions ou souffrances pré-existantes ;
- le recours aux produits pour « tenir » ou réguler les pressions auxquelles les personnes sont soumises (la consommation permet de supporter et de vivre « normalement »).

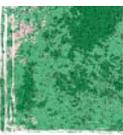
Plaisir et socialité dominant, en première intention, les stratégies d'engagement dans les consommations ; les dépendances n'apparaissent que comme des aléas ou des risques, mais les conditions sociales et les contextes

de consommation (répression, incarcérations, précarisation...) conduisent souvent à des stratégies réactives pouvant conduire à se réfugier dans la dépendance.

Le choix d'un produit s'opère-t-il par le simple hasard d'une consommation ou pour l'effet produit par une molécule spécifique ?

Il est difficile de répondre à une alternative aussi tranchée. Les deux figures correspondent à des mouvements de rencontre avec les produits. Les consommations s'inscrivent, dans la majorité des cas, dans des contextes orientés où différents produits sont présents et accessibles dans l'environnement immédiat des personnes. Celles-ci n'en sont pas pour autant automatiquement amenées à les rencontrer. Mais, en lien avec les paramètres de leurs trajectoires (familiaux, psychologiques, événementiels) et de leur style de vie (réseau de relation et de subsis-





tance), ils seront exposés à des opportunités de consommation et d'expérimentation. Le choix dépend, en grande partie, des interactions qui s'effectuent dans les contextes favorables à la consommation (sociabilités de rue, fêtes, micro-groupes de pairs, réseaux d'action économique illicite...). L'introduction par des pairs « dignes de confiance » prime souvent sur la nature du produit testé. Pourtant, quand on quitte les choix initiatiques pour aborder les conditions d'usage ordinaires, il existe manifestement une logique de « consommateur », c'est-à-dire qu'une grande partie des usagers développent une compétence relative aux produits qui leur permet – avec des variations sociales et écologiques – de faire des choix relativement rationnels sur les produits (qualité, effets recherchés). L'articulation : lieux/style de relation entre usagers/risques répressifs/degré de précarisation introduit des variations dans la capacité à pouvoir agir au mieux de sa compétence.

Quelle influence exerce l'environnement sur les conduites de dépendance ?

Plusieurs logiques d'incidence de l'environnement peuvent être distinguées :

- la logique économique : précarité, conditions d'accès à l'argent permettant d'acheter les produits et insertion dans des réseaux locaux orientés vers le deal, contribuent pour partie, sur les zones urbaines défavorisées, à ancrer les conduites de dépendance et à les inscrire dans des systèmes d'interdépendance ;
- la logique des interactions entre pairs : les modèles de consommation se transmettent, en grande partie, par le biais des personnes des groupes d'âge proches partageant ou portant les styles de consommation (phénomènes d'entraînement et d'influence) ;
- la logique normative : les adolescents évoluent dans des environnements structurés par des interdits qui les conduisent à se positionner dans des prises de risques différenciés selon les contextes. Les produits illicites participent d'autant plus à cette socialisation primo-déviante à l'adolescence qu'ils apparaissent faciles d'accès.

Enfin, il faut considérer l'influence des « pressions » multiples qui s'exercent sur les personnes, que ce soit en

termes d'injonction à la performance (travail, sport etc.) ou de stress attaché aux conditions de vie (fatigue, précarité, stigmatisation etc.). Il existe des seuils au-delà desquels les conduites de dépendance peuvent se substituer aux régulateurs ordinaires de leur activité.

Quels sont les facteurs individuels ou collectifs qui interviennent dans le passage ou non d'un usage nocif à une dépendance ?

Sans être compétent pour répondre sur le fond à cette question, je peux parler des facteurs *facilitants*. Pour les déterminants personnels, la destruction ou la fragilisation des supports sociaux de l'individu créent des conditions propices à des engagements renforcés et moins maîtrisés dans les consommations. Je désigne par là les facteurs sociaux qui se trouvent à la base de la structuration des personnalités dans notre société : une utilité et une place reconnue, le sentiment de posséder une valeur et des capacités, l'inscription dans une filiation (famille, culture, milieu). Autant de facteurs régulant les conduites, même quand il y a des moments d'abus ou d'excès. Des enchaînements et cumuls de fragilités ont été identifiés de ce point de vue : violences subies, accidents/tensions intra-familiales, dégradation des situa-

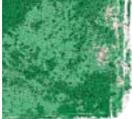
tions scolaires/blocage des accès à l'emploi/précarisation du cadre de vie/éclatement des référents culturels. Pour des milieux moins marqués par les difficultés sociales, les facteurs de déstabilisation sont plus intimes : isolement psychologique/mauvaise estime de soi / tensions intra-familiales. Les déterminants collectifs sont plus ambivalents : les groupes de pairs comme les groupes de consommateurs assurent généralement une fonction de régulation des usages nocifs. La ritualisation des conduites et le contrôle croisé des limites contribuent à introduire de la modération au cœur des actes de consommation (gestion des risques). La dérégulation peut aussi relever de facteurs collectifs : quand les groupes sont soumis à des remises en cause importantes de leur style de vie (précarisation, déstabilisation, répression), le passage à la dépendance peut alors constituer une dérive ou même un refuge.

Tout ce qui a été dit ne concerne pas l'usage du tabac qui répond, sur le plan de la dépendance, à d'autres logiques, en particulier pour ce qui est de son intégration.

Michel Joubert

Sociologue, conseiller scientifique
 Mission prévention des toxicomanies,
 Conseil général de Seine-Saint-Denis,
 Bobigny.





Quels leviers utiliser pour la prévention des dépendances auprès des jeunes ?

Les données épidémiologiques rappelées ici par Marie Choquet permettent de préciser un certain nombre de données, de casser des idées fausses, mais aussi de proposer des orientations pour la prévention...

Avant d'engager toute action de prévention, une analyse approfondie des pratiques de consommation et du mode de vie scolaire, sociale et familiale de la population cible s'avère utile. Ainsi, si on veut ancrer les actions dans la vie quotidienne des adolescents pour qu'elles prennent sens à leurs yeux, il faut commencer par comprendre les interrogations des jeunes, leurs préférences, leurs priorités...

À propos des consommations à l'adolescence, les enquêtes épidémiologiques (enquêtes Inserm, OFDT, CFES¹) permettent d'apporter des éléments de réponse et de mesurer, outre la fréquence des consommations, le poids des facteurs de vulnérabilité. Les principaux résultats peuvent se résumer ainsi :

- Le niveau de consommation est différent selon les produits. L'alcool est le produit le plus consommé, suivi du tabac, du cannabis et des médicaments, tranquillisants ou somnifères. Les autres substances illicites (dont les drogues de synthèse) sont consommées par moins de 5 % des jeunes.
- La consommation évolue sensiblement selon le sexe et l'âge. Les garçons sont plus nombreux à boire de l'alcool et à consommer du cannabis que les filles qui, elles, se caractérisent par le tabagisme et la prise de médicaments psychotropes. Dès l'âge de 14 ans, les jeunes prennent de l'alcool et du tabac, même si, ultérieurement, ils augmentent la quantité de ces produits. La consommation de cannabis débute plus

tardivement et sa consommation augmente surtout entre 14 et 19 ans.

- Depuis le début des années quatre-vingt-dix, la consommation de tabac et surtout de cannabis a sensiblement augmenté, alors que la consommation d'alcool, déjà élevée, est restée stable.

- L'association des substances n'est pas celle attendue ou définie par la loi. Pour les garçons, le cumul « alcool-tabac-cannabis » prédomine. Pour les filles, le cumul « tabac-tranquillisants-somnifères » est l'association la plus fréquente.

- Les consommations sont moins liées aux facteurs sociaux (situation matrimoniale des parents, profession du père ou de la mère) qu'aux facteurs de mode de vie, en particulier les sorties le soir, la fréquentation des cafés.

- Les jeunes consommateurs cumulent souvent d'autres comportements qui peuvent poser problème, comme les conduites de vol ou de violences, la fugue, la tentative de suicide. Cette liaison est d'autant plus forte que le sujet est jeune et que la consommation est régulière.

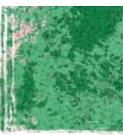
- La signification des conduites évolue dans le temps et diffère selon l'âge et le sexe. Ainsi, l'expérimentation du cannabis n'a plus le même sens aujourd'hui qu'il y a vingt ans, lorsque sa consommation était exceptionnelle. L'alcoolisation des filles, peu consommatrices d'alcool, n'a pas la même gravité que celle des garçons, culturellement plus enclins à boire. La consommation des moins de 15 ans est plus souvent associée aux conduites à risque que celle des plus âgés.

- Les jeunes consommateurs sont plus informés des dangers des produits que les non-consommateurs. Ils disent aussi plus souvent avoir bénéficié de séances d'éducation à la santé...

Mais le processus qui va de la consommation à la dépendance n'est ni inéluctable, ni linéaire et surtout dépend du produit. Les enquêtes étrangères (nous n'avons pas de données pour la France) indiquent qu'entre 5 % (alcool) et 30 % (tabac) des sujets passent d'une « étape » à une autre. De plus, les facteurs associés à la consommation et ceux qui sont associés à la dépendance ne sont pas de même nature. À propos de la consommation, même régulière, on note la prépondérance des facteurs situationnels (sorties entre copains, participation à des activités sociales). À propos de la dépendance, s'y ajoutent des événements traumatiques graves (maltraitance, violences sexuelles), des facteurs psychologiques (isolement, dépressivité), voire psychiatriques (pathologie mentale du sujet et de sa famille).

Implications pratiques pour l'action

Tout d'abord, il convient de préciser, avant toute action, quel est le niveau et le type de consommation que l'on est collectivement prêt à accepter. En effet, comme aucune action ne peut être efficace à 100 %, car la dépendance est un phénomène trop complexe pour croire qu'on pourra l'éradiquer complètement, il faut fixer des objectifs accep-



tables pour tous. S'il est préférable de prendre en compte un ensemble de produits (et probablement plus largement un ensemble de conduites et de troubles), il convient de ne pas pratiquer l'amalgame. Ainsi, par exemple, cannabis et héroïne n'ont pas la même signification dans la pratique juvénile.

Il convient d'adapter les stratégies de prévention, ainsi que les messages, selon le sexe et l'âge du sujet, car le mode de consommation et sa signification sont différents selon ces critères. Les interventions différentielles impliquent donc une analyse très fine, non seulement des pratiques de consommation, mais aussi des modes de vie et des valeurs. Des enquêtes qualitatives pourraient sur ce point utilement compléter les enquêtes quantitatives.

L'information sur les dangers des drogues est très insuffisante pour infléchir les consommations (et surtout les dépendances), même si elle s'avère indispensable.

Le mode d'intervention dépend bien sûr du niveau de consommation des individus. Face à la consommation occasionnelle (ou isolée), il est important de réduire les risques immédiats (risque d'accident, de violence agie ou subie, de sexualité non protégée...) par des interventions collectives et situationnelles. Face à la consommation régulière et associée à d'autres conduites, il faut des interventions individuelles et psychologiques, pour éviter que le sujet ne devienne dépendant.

Quatre types d'actions auprès des jeunes

• Les actions auprès de l'ensemble des jeunes

Ces actions essentiellement éducatives (avec comme maîtres mots : information, communication) devraient comporter des éléments d'information indispensables et privilégier une approche globale de la santé (ce qui signifie comprendre les comportements dans le cadre global du mode de vie, de la scolarité, de la vie relationnelle), en partant des réalités vécues (et donc ne pas se limiter à diffuser des données statistiques ou des descriptions de malades). Le travail de groupe devrait alors être favorisé, car il permet aux jeunes de se comparer aux autres et de prendre la mesure des problèmes ren-

contrés et des décisions prises. De plus, il peut faciliter la demande d'aide et l'intervention individuelle ultérieure. Pour des raisons d'opportunité, l'école est très sollicitée dans ce domaine. Or, d'autres canaux d'interventions pourraient être explorés, par exemple, pour les plus jeunes, les lieux de loisirs et de vacances. Quant à la famille, elle est rarement impliquée activement. Or, sa participation s'avère indispensable et ceci du début jusqu'à la fin de l'adolescence.

• Les actions « situationnelles »

Ces actions essentiellement protectrices devraient se baser sur les pratiques juvéniles, afin d'intervenir au moment où les problèmes se posent. La prévention des risques de consommation (éviter l'accident par la prise en charge des jeunes à la sortie des boîtes, éviter le décès par l'identification d'un coma éthylique, etc.) et l'intervention sur les lieux de consommation ou de « dérapage » devrait faire l'objet d'une réflexion systématique de la part de tous les acteurs (de santé, d'éducation et sociaux). Plus largement, intervenir dans les situations de risque (au moment d'un décès dans la famille, du divorce des parents, d'un redoublement scolaire, etc.), lorsque le problème de consommation n'est pas encore aigu, mais où des difficultés se posent.

• Les interventions précoces auprès des jeunes « à risque »

Un jeune qui fume régulièrement dès l'âge 12 ans, un collégien qui est régulièrement ivre, un consommateur précoce de cannabis, voilà autant de signes d'alarme par lesquels le jeune exprime son malaise. Pour qu'une prévention précoce puisse se mettre en place, il convient de sensibiliser les professionnels (médicaux, paramédicaux et sociaux) à reconnaître ces signes d'appel précoces, de les former à engager un échange autour des circonstances du malaise et de les aider à trouver des solutions adéquates pour le jeune et éventuellement pour sa famille.

• Les interventions auprès des jeunes en grande difficulté psychologique

Actuellement, ce mode d'intervention ne fait pas encore partie d'une pratique sociale interprofessionnelle cohérente. En effet, avoir recours à des spécialistes (en particulier des professionnels « psy ») ne fait pas partie d'un

savoir-faire collectif. Quand faire appel (comment identifier les troubles graves, comment différencier les difficultés d'ordre social des difficultés psychologiques, voire psychiatriques) ? Comment ? À qui ? sont autant de questions pratiques qui se posent.

La cohérence ou l'harmonisation globale des messages et des actions mérite d'être débattue. Comme la majorité des messages suggère (explicitement ou implicitement) les effets néfastes (voire catastrophiques) des comportements individuels, on peut se demander si certains n'engendrent pas des peurs et des prudences excessives qui, à terme, risquent d'entamer l'esprit d'initiative, si nécessaire à une vie adulte... De plus, la diversité et la multiplicité des messages, surtout s'ils se succèdent à un rythme accéléré ou s'ils sont discordants (de la part d'un même émetteur ou d'émetteurs différents), peuvent produire des effets non désirés, allant de la saturation à l'indifférence, voire le rejet des messages.

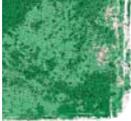
Toute action de prévention nécessite une implication des divers acteurs (jeunes, parents, enseignants, décideurs) et ce, dans le respect et la considération mutuelle. Mettre en place cette stratégie prend du temps, passe par des voies itératives et n'est pas toujours spectaculaire... Les changements opérés ne concernent pas seulement les comportements (parfois l'effet des actions de prévention est même à long terme), mais aussi le climat psychoaffectif des échanges, le mode de vie plus général, etc. Ainsi, toute action de prévention commence par un acte éducatif, qui ne peut se faire que dans un climat général de respect du sujet, quels que soient sa situation, son âge ou sa condition sociale.

Marie Choquet

Directeur de recherche,
Unité 472 de l'Inserm,
Villejuif.

1. Voir en particulier : Choquet M., Ledoux S. Adolescents, enquête nationale. Inserm, 1994 ; Arènes J., Janvrin M.P., Baudier F. Baromètre santé jeunes 97/98. CFES, 1998 ; OFDT, note n° 6, 2000.





Quelques repères pour la prévention des dépendances

Ces dernières années ont vu se dessiner une amorce de clarification en matière de prévention des consommations de substances psychoactives. Le rapport du professeur Parquet de 1997 (1) présente les nouvelles tendances : globalisation des approches entre substances licites et illicites, distinction des stratégies préventives selon l'objectif (usage, usage nocif, dépendance), prise en compte des aspects multifactoriels du problème. Mais les idées reçues et les habitudes acquises ont la vie dure et il reste beaucoup à dire et à faire dans ce domaine...

Globalisation de l'approche des substances

La France était l'un des derniers pays du monde occidental à cliver radicalement ses conceptions, ses pratiques et ses politiques entre la prévention des consommations des drogues illicites d'une part, et celle des autres substances licites d'autre part, elles-mêmes traitées différemment selon qu'il s'agit de l'alcool, du tabac ou des médicaments psychotropes. Les tendances actuelles vont dans le sens de la disparition de ces cloisons étanches et voient les premières tentatives d'ouverture d'un champ à un autre. Il semble que l'opinion publique accepte progressivement cette globalisation : l'échantillonnage des questions des auditeurs de France Inter lors d'une récente émission du « Téléphone sonne », balayant l'éventail large des problèmes d'alcool, du tabac, du cannabis chez les jeunes en est un bon indice. Mais les institutions qui ont été fondées autour de ces clivages et de ces spécificités ne sont-elles pas un facteur de résistance ? La politique de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt), en tous cas, invite les uns et les autres dans le sens de ce décloisonnement. La dernière publication grand public par la Mildt et le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) (2) propose une approche des

substances en incluant drogues illicites, tabac, alcool, médicaments. Un nombre croissant de spécialistes préfèrent parler aujourd'hui non plus de « drogues » licites ou non, mais plus globalement, de substances psychoactives.

Des distinctions nécessaires

Pendant trop longtemps, on a confondu, dans une nébuleuse inefficace, la prévention de réalités fort différentes sous des dénominations telles que « la prévention de la drogue ». Mais la prévention de l'initialisation de l'usage n'est pas la même chose que la prévention des risques encourus lors des usages nocifs, de même que les consommations avec dépendance n'ont pas à être confondues avec les consommations sans dépendance qui n'obéissent pas aux mêmes déterminants et ne seront donc pas sensibles aux mêmes stratégies de prévention.

Devant tout projet d'action préventive et avant toute mise en œuvre de celui-ci, on devrait s'interroger : les promoteurs du projet ont-ils clairement défini leurs objectifs de prévention ? Pour ce qui concerne le présent texte, c'est sur les préventions relatives aux dépendances que nous voulons insister, et non sur les initialisations des consommations ni sur les usages occasionnels, festifs ou récréatifs, avec ou sans nuisances.

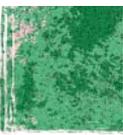
Dépendances

Quand nous parlons de dépendance, nous entendons non seulement l'éventuelle dépendance physique, liée à des facteurs biologiques (nature du produit, doses utilisées, fréquence des prises et durée de la consommation), mais, plus fondamentalement, nous faisons référence à la dépendance psychique qui fait que le consommateur a perdu sa liberté par rapport à son usage et qu'il ne peut le limiter en dépit des incidences sociales, psychiques et sanitaires de celui-ci. Cette dépendance

psychique est elle-même d'origine plurifactorielle. Nous n'en évoquerons ici qu'un aspect. Parmi les facteurs familiaux et personnels, on en retrouvera, dans de nombreux cas, qui sont structurels, profonds, anciens, ayant à voir avec le processus de séparation dès ses premières phases dans l'enfance, l'angoisse du manque (de l'Autre) et de la néantisation, qui génèrent des conduites de dépendances dans lesquelles tous les risques sont pris pour avoir une illusion de maîtrise, de toute-puissance et d'auto-comblement. Ces facteurs font le lit de toute une gamme de conduites répétitives : conduites de risques, conduites addictives, dont les dépendances à des consommations de substances psychoactives ne représentent qu'une partie. On comprend ici que la prévention qui se limiterait à une information des adolescents sur les dangers des substances n'aurait guère de chances d'être efficace. La prise de risque fait partie de la conduite problématique et les actions préventives initiales devraient se situer très en amont. Chez des adolescents qui ont d'ores et déjà structuré leur personnalité autour de la problématique de la séparation impossible et du manque inassumable, ce n'est pas la méconnaissance des dangers des produits qui est en cause dans l'évolution vers une toxicomanie, pas plus que chez l'anorexique, ce serait l'ignorance des savoirs diététiques qui pourrait expliquer le trouble de la conduite alimentaire. Dans ces deux cas, les savoirs sur les risques ne font pas disparaître la conduite à risque.

Deux pistes pour des stratégies de prévention

Les stratégies préventives se doivent d'être globales, prenant en compte la personne de l'enfant, puis de l'adolescent, dans son développement en interaction avec son milieu. C'est tout ce qui vise précocement au bon épanouissement psychologique et social du sujet



et qui permet de prendre en compte précocement d'éventuels facteurs de fragilité, qui doit être promu (agir sur les facteurs de protection et de vulnérabilité, comme on dit aujourd'hui en santé publique), plutôt que des actions focalisées sur les substances et l'exposé de leurs dangers (qui, de toute manière, ont leur place dans une action générale de prévention des usages sans dépendance).

Actions précoces sur l'environnement

Dans la mesure où une partie des racines des problèmes de dépendance a à voir avec les liens précoces parents/enfant poursuivis par les liens plus larges adultes/enfant, il est logique que tous les acteurs de promotion de la santé aient le souci d'aider les jeunes parents dans leurs relations précoces avec leur enfant : soutien des mères isolées, valorisation de la fonction paternelle, importance soulignée aux parents de soutenir et valoriser l'enfant tout autant que d'introduire à bon escient des frustrations et des limites... On ne soulignera jamais assez le rôle préventif de celui qui aide une jeune mère angoissée, déprimée ou insécurisée dans sa relation avec son enfant.

Sensibiliser parents, enseignants, éducateurs, à la nécessité à travailler dans la durée à l'autonomisation de l'enfant et de l'adolescent, en lui offrant des repères fiables et en lui laissant développer des expériences correctement calibrées qui pourront faire ensuite l'objet de dialogues avec l'adulte, en favorisant son insertion et son expression dans un groupe de pairs ; tout ceci qui fait partie des objectifs de base de la promotion de la santé est manifestement préventif des conduites de dépendances. À ces adultes proches des

enfants et des adolescents, il est bien évidemment utile de fournir des éléments de réflexion, de compréhension et de connaissances sur les conduites de dépendances et de risques, sur les problématiques adolescentes (pour, notamment, distinguer les *prises de risque* normales à l'adolescence des *conduites de risque*), sur les substances psychoactives. Aborder ces sujets avec des pré-adolescents ou des adolescents ne devrait plus être réservé à des « spécialistes », mais faire partie de l'action éducative de base pratiquée par les parents et les adultes référents en général.

Prise en compte précoce des signes de fragilité

L'adolescent qui a progressivement réuni des facteurs pouvant l'exposer plus qu'un autre à l'évolution vers des conduites de dépendance ne se distingue pas *a priori* de la plupart des autres. Il est cependant nécessaire, dans un objectif de prévention, de prendre en compte aussi tôt que possible ses difficultés afin que lui soient apportés (ainsi, au besoin, qu'à sa famille) les aides nécessaires, *avant* la constitution d'une conduite de dépendance. On s'attachera donc à favoriser cette prise en compte précoce des signes de fragilité chez les adolescents :

- en sensibilisant les adultes proches des adolescents (parents, éducateurs) à la perception des divers signes d'appel de l'adolescent en début de difficultés ;
- en les formant à un dialogue de première intention et à l'éventuelle orientation vers des lieux d'écoute adaptés ;
- en créant des lieux d'écoute des adolescents animés par des professionnels

compétents capables d'évaluer une situation, d'apporter les aides et soutiens nécessaires au jeune et à son entourage familial ou, au besoin, de les réorienter vers les lieux soignants adaptés. Cet aspect personnalisé de la prévention des conduites de dépendance et de risque constitue une véritable « prévention clinique ».

Concrètement...

Pour aller concrètement dans le sens des deux objectifs que nous venons de définir, de nombreux moyens existants ou à développer peuvent être utilisés.

En direction des adultes

- Tous les moyens destinés à leur information de base sur ces questions sont à promouvoir, notamment la diffusion des documents tels que *le livre d'information*. Y contribuent largement les Centres d'information et de documentation qui doivent, en principe, être partie intégrante des CIRDD (Centres d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances) que les services de l'État et les partenaires locaux mettent actuellement en place sur le territoire. Ces CIRDD sont également missionnés, dans leur fonction d'ingénierie sociale, pour aider les acteurs de prévention locaux à définir leurs objectifs et leurs méthodes adaptés aux conditions spécifiques qu'ils rencontrent.
- Tous les professionnels du secteur médico-psycho-socio-éducatif qui contribuent, de fait, à la promotion de la santé et à la prévention doivent être

► Références bibliographiques

(1) Parquet P.J. *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*. Paris : CFES, coll. Dossiers techniques, 1997 : 108 p.

(2) *Drogues : savoir plus, risquer moins*. Le livre d'information. Paris : Mildt-CFES, 2000 : 148 p.





bénéficiaires de *modules de formation* spécifiques sur ces sujets. À titre pilote, de tels modules sont actuellement en cours de réalisation pour les formateurs des personnels de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

- Les parents doivent pouvoir trouver aisément un interlocuteur pour les questions qu'ils se posent par rapport à leur enfant ou leur adolescent (à la recherche d'une aide à leur action éducative, d'éléments facilitateurs d'un dialogue à propos d'une consommation de toxiques, etc.) Le numéro téléphonique national de *Drogues Info Service* (0 800 23 13 13) constitue une ressource de première intention. Des « lieux de parole » individuels ou de groupes facilitant l'expression des besoins des parents avec des professionnels sont aussi disponibles dans un certain nombre de départements, notamment sous la dénomination *Points d'écoute parents*.

En direction des adolescents

- Démystification, levée des tabous dans les dialogues adolescents-adultes sur ces sujets doivent être de règle dès avant l'adolescence. Ce n'est qu'à cette condition que, lors de l'émergence précoce d'un problème réel, les adolescents sauront trouver sans trop tarder la voie d'un échange avec un adulte qui pourra les aider. C'est ainsi que les *groupes de parole* sur ces questions, permettant l'échange et l'expression personnelle des enfants et des adolescents avec l'aide d'un adulte qu'ils peuvent rencontrer facilement ensuite, trouveront utilement leur place plutôt que les rituels exposés « sur la drogue » par un spécialiste qu'ils ne verront plus.

- Les divers *outils de prévention* qui combinent information, réflexion et participation active de l'enfant ou de l'adolescent sont à diffuser. Dans un souci de cohérence et de qualité de ce type de production, la Mildt a mis en

place une Commission de validation qui délivre à propos des outils de prévention étudiés un label qui offre alors toutes garanties.

- Les *points écoute adolescents* qui existent désormais dans de nombreuses villes occupent, de notre point de vue, une place importante dans les moyens offerts aux jeunes pour la prévention des dépendances, pour les raisons que nous avons développées plus haut, notamment lorsqu'ils permettent à un échelon local, facilement accessible par l'adolescent, la prise en compte personnalisée et précoce des premières difficultés rencontrées et mettent en œuvre ce que nous avons désigné sous l'appellation « Prévention clinique ».

Dr Michel Damade

Psychiatre, responsable médical du Groupement de recherche et d'intervention sur les conduites addictives (Grica), Bordeaux.

Promotion de la santé et prévention des conduites addictives

Réflexions d'un éducateur pour la santé

Le domaine des dépendances a souvent servi de miroir aux éducateurs pour la santé en les renvoyant à leur espace d'intervention (comment se situer face aux spécialistes reconnus de ces domaines), à leurs compétences (quels savoirs et savoir-faire mobiliser), à leurs limites (la toxicomanie comme mise en échec de la prévention). La volonté actuelle de transversalité, de culture scientifique commune, de repositionnement des acteurs dans des dispositifs plus reliés et plus lisibles pour la population, fournit une occasion aux éducateurs de santé de réfléchir à ce qui fonde leur travail et d'avancer dans leurs partenariats et leurs pratiques.

Je me propose, par ce texte, d'accompagner cette réflexion en trois temps :

1. Reconnaître les limites de l'éducation pour la santé, affronter les difficultés

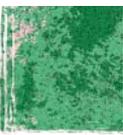
L'éducation pour la santé, comme « *processus d'accompagnement des personnes vers un mieux-être en santé* », renforçant connaissances, compétences, sens critique, autonomie, se trouve en porte-à-faux vis-à-vis des dépendances qui lui apportent un « contre-modèle » radical.

À l'idéal de la santé au sens de l'Organisation mondiale de la santé, se substitue le paradis artificiel des toxicomanies avec son « tout, tout de suite », sa résolution des tensions recherchée dans la reproduction du même acte de consommation.

Au principe d'autonomie, qui sous-tend l'éducation pour la santé, le monde des dépendances oppose cette fameuse « *perte de liberté de s'abstenir de consommer le produit* ».

Au projet de l'éducation pour la santé de ne jamais confondre la personne avec ses comportements (qui font sens pour elle), le processus de dépendance tend à faire disparaître le sujet qui devient l'objet de ses comportements, ceux-ci prenant progressivement toute la place (même s'il peut y avoir recherche désespérée d'identité à travers le produit).

Pourtant, affronter la réalité, c'est peut-être considérer que le contre-modèle des dépendances est plus signi-



ficatif de notre réalité sociale d'aujourd'hui que celui promu par l'éducation pour la santé :

- puissance de la consommation et des systèmes promotionnels (publicité, médias...);
- culte du corps, du plaisir, du bonheur individuel et mise à distance de la souffrance, de la maladie, de la mort;
- pression croissante sur l'individu pour qu'il forge sa réussite, son excellence personnelle et sociale, qu'il développe sans cesse ses performances.

Cette évolution risque de rendre de plus en plus l'individu coupable de sa maladie et de son malheur, tout en le rendant dépendant d'une société qui lui fournit par ailleurs un nombre croissant de produits, de services, pouvant couvrir son mal-être, son manque d'être, sa culpabilité.

Pour l'éducateur pour la santé, la leçon est rude : il s'agit de reconnaître la pression de l'environnement social dans lequel nous baignons et qui conditionne nombre de nos comportements. Nous sommes dépendants de cette société, non seulement économiquement, mais culturellement, idéologiquement : elle nous propose sans cesse des systèmes de plaisir, nous bombarde de sensations (images, musiques, etc.), mais fait de nous, avant tout, des spectateurs dépendant de cette production sociale de plaisirs, alors que nos possibilités de changer cette situation apparaissent très réduites.

Bien sûr, la dépendance à la télévision (aux jeux vidéos, bientôt à internet ?) ne peut être confondue avec la dépendance à l'alcool, à l'héroïne. Si elle ne fait pas décrocher de toute réalité sociale, elle peut occuper un espace croissant de la vie au détriment d'autres investissements.

Le modèle neurobiologique d'explication de la dépendance insiste sur la production de plaisir ou l'amortissement de la souffrance par neuromédiateurs interposés. Il rappelle aux éducateurs pour la santé la puissance des déterminants internes par lesquels nous sommes « agis ». C'est également ce que nous disent les psychanalystes, à partir d'un autre champ théorique. Ils nous rappellent le rôle de l'inconscient et la complexité de l'appareil psychique produisant des effets au-delà de la seule

volonté rationnelle. Agis par l'extérieur, modelés par la société, par les rapports sociaux, agis par l'intérieur, mobilisés par nos fonctionnements biologiques et psychiques, nous sommes loin du schéma cohérent de « l'homo sanitarius », avatar de « l'homo economicus » qui rechercherait une maximisation de son état de santé, aidé par un apport de connaissances pertinentes, orientant ses attitudes face à la vie et à ses risques.

Réfléchir aux dépendances, c'est aussi ne pas se laisser enfermer dans les seules connotations négatives de ce mot. Si l'indépendance paraît *a priori* une valeur et la dépendance un problème, on doit aussi compléter cette représentation dominante : plus que l'indépendance, c'est l'interdépendance qui est une valeur, entre les pays comme entre les membres d'une société. C'est toute la question de la citoyenneté dans l'espace public, comme de l'amour dans l'espace privé.

La question des dépendances nous oblige donc à une clarification du

champ de l'éducation pour la santé, à une meilleure prise en compte des déterminants sociaux, économiques, culturels, qui entravent le développement personnel et social et rendent très « coûteux » le changement pour les personnes et les communautés. Face à ce poids de la réalité, il est nécessaire de pouvoir proposer des dynamiques de changement suffisamment mobilisatrices et qui permettent aux personnes de retrouver plus d'emprise sur leur vie, ce qui est la définition même de la promotion de la santé (de l'« *empowerment* »).

2. À travers la question des dépendances, retrouver les enjeux de l'éducation et de la promotion de la santé

Une priorité : aider les aidants

Les spécialistes nous rappellent sans cesse l'enjeu de la prime enfance dans la construction d'une personnalité équilibrée, qui se marquera par la capacité à affronter ultérieurement les difficultés de la vie. La qualité du lien précoce





mère/enfant, de l'environnement familial, la place du père, sont des fondements reconnus en prévention des comportements à risque de dépendance. Puis, la manière dont les parents vont assumer leurs responsabilités éducatives, donner leur amour, garantir la sécurité, fixer des limites, communiquer, affronter les difficultés et les conflits, renforceront ou réduiront la capacité de leurs enfants à se confronter au monde. Ceci pour rappeler la fonction essentielle des parents qui poseront les pierres essentielles de l'éducation pour la santé, les autres intervenants professionnels n'étant que des co-éducateurs, des aidants, des relais.

Face aux manques éventuellement perçus dans cet accompagnement parental, ces professionnels peuvent être tentés d'intervenir à partir d'un savoir technique qui risque d'occuper tout le champ. Intervention inadaptée si elle ne resitue pas les responsabilités fondamentales et si elle n'accompagne pas les parents dans leurs capacités de parents. Beaucoup reste à faire dans ce domaine pour trouver les stratégies justes.

Projet éducatif global et prévention des risques de dépendance

Il y a aujourd'hui un accord largement partagé sur l'importance d'une démarche de prévention qui resitue les différents risques dans un projet global, construit sur des apports de connaissances, des échanges ouverts, une réflexion sur la vie, le corps, l'environnement, la santé, avec des objectifs liés à chaque âge. La consommation de produits psychotropes est à replacer dans le champ plus large de la qualité de vie, pour soi et pour les autres.

Les documents officiels récents de l'Éducation nationale (par exemple, le BO du 04 11 1999) positionnent bien la complexité de la prévention des risques chez les adolescents, risques de dépendances aux produits, mais aussi aux environnements sociaux (bandes, sectes, etc.). Le défi de cette approche globale s'impose face au patchwork de la prévention thématique qui isole artificiellement les interventions par risques. Cette « balkanisation » s'inscrit très mal dans la réalité faite de situations complexes, de polyconsommations, de projets et d'émotions multiples... Le risque est d'installer un

malentendu fondamental qui laisse croire aux jeunes qu'ils ne sont pas perçus tels qu'ils sont, mais seulement à travers des risques auxquels ils sont exposés. Le discours préventif « orienté risque » situe l'adolescent comme personne à risque et colore le discours d'un fond répressif qui va mobiliser résistances et dénis.

Dans cette approche par risque, la dépendance aux produits occupe une place centrale. L'information plus neutre, dépassionnée, proposée aujourd'hui par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (Mildt) représente un progrès si elle prend place dans une réflexion sur la réalité des adolescents, les joies et les difficultés qu'ils traversent au quotidien. L'enjeu sera de resituer le temps de l'adolescence comme un processus où des forces organisatrices ou destructrices se confrontent et de permettre à chacun de mieux le percevoir pour lui-même.

Autant il est de la responsabilité de la communication publique d'informer sur la dangerosité des drogues, autant il paraît de celle des acteurs locaux de prévention de resituer ces informations dans un contexte plus large et qui fasse sens : les dynamiques de vie au quotidien, les besoins qui s'y font jour – se réassurer, s'opposer, se différencier, expérimenter, affirmer ses valeurs, questionner ses préjugés, mieux se connaître, mieux agir en situation émotionnelle forte, se valoriser à ses propres yeux et dans le regard des autres –, tout en conservant un niveau acceptable de prise de risque.

Les réflexions des acteurs de prévention incitent en général à ne pas se focaliser sur les dimensions dramatiques des drogues sous peine de renforcer les mécanismes de résistances, de mise à distance des problèmes, voire de fascination, de transgression... Sans nier ce côté noir, il est possible de s'appuyer sur d'autres ressorts de communication : – travailler le processus autant que l'événement : nous avons tous des difficultés, des soucis, des conflits et nous pouvons réagir par des consommations dans le but d'éviter de voir, de ressentir, de faire face. Le risque existe d'évoluer vers un recours plus systématique à ces comportements (d'autant plus que la société en valorise certains : le travail, la consommation, etc.), d'où la

nécessité de prendre conscience de sa vulnérabilité ;

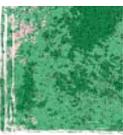
- travailler la cause autant que l'effet : les raisons qui nous poussent à ne pas regarder en face nos problèmes, le sentiment de culpabilité, de dévalorisation, la moindre envie et la moindre force d'entretenir des relations avec les autres sans béquilles, les difficultés d'intégration dans de nouveaux univers (scolaire, festif, professionnel, groupe de pairs, etc.) peuvent conduire à utiliser des produits comme substitut de cette intégration valant considération ;
- accepter, permettre l'expression des besoins : d'expérimentation, de découverte, de plus d'intensité de vie ;
- reconnaître la place essentielle du plaisir, du désir qui croisent le chemin des produits psychoactifs, en réfléchissant aux moyens de leur conserver une place contrôlable, non nocive, et en les mettant en balance avec d'autres investissements psychiques.

De la prévention des dépendances à la promotion des compétences psychosociales

De plus en plus, l'éducation pour la santé fait référence au développement des compétences personnelles et sociales qui visent à renforcer l'estime de soi, les capacités à se faire aider, à s'aider, à construire et maintenir une communication avec les autres... Mais cette approche se réduit parfois à un dispositif de programmation comportementale, laissant croire que les relations humaines sont affaires de recettes, de planification auxquelles heureusement elles échappent.

La recherche de « l'assertivité¹ » fait trop penser à un marketing de la relation humaine, lequel ne fera que couvrir, pour un temps seulement et à quel prix, la véritable dynamique et les vrais besoins de la personne en termes de sens, de valeurs, de relations, d'accompagnement.

Ces approches visant le renforcement identitaire et l'adaptation sociale risquent l'intrusion, l'effraction de l'intime, l'instrumentalisation de la personne. Elles doivent donc être discutées dans leurs valeurs et leurs méthodes, s'appuyer sur un cadre éthique pour que leur projet généreux (développer les ressources de chacun) résulte moins d'un programme technique spécialisé que d'une qualité rela-



tionnelle, prenant en compte les intérêts et les besoins des personnes dans le respect de leur intimité et de leurs choix.

Ces risques posés, ce courant rappelle une dimension fondamentale pour les éducateurs de santé : la contribution à l'épanouissement de l'individu passe par la possibilité donnée à chacun d'avoir plus confiance en soi, pour penser et agir de manière autonome et assumer ses responsabilités.

Prévention pour tous et attention spécifique aux populations vulnérables

Faut-il agir auprès de tous ou auprès des personnes les plus à risque ? Les risques étant dans un cas de ne servir à rien pour ceux qui ont ou auront les moyens psychosociaux de contrôler les situations à risque et, dans d'autres cas, de ne pas avoir les moyens d'intervenir efficacement auprès des personnes en situation de plus grande vulnérabilité.

Cette question renvoie à trois nécessités complémentaires :

- Le développement des activités de prévention et leur intégration dans les différents lieux de vie, de façon à ce que l'ensemble de la population y ait accès avec plus de cohérence et de continuité. Les réflexions actuelles sur les difficultés d'accès à la prévention, sur les freins institutionnels, idéologiques, sur le renforcement de la place de la prévention dans les politiques publiques vont dans ce sens. Dans les différentes dimensions que nous avons évoquées plus haut, cette prévention éducative doit être proposée à l'ensemble de la population comme un service public digne de ce nom, animée par des professionnels formés et travaillant le plus possible en réseau. Le volontarisme de la Mildt, la création des Centres d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances (CIRDD), le plan triennal², la mise à plat de la question de l'usage banalisé des drogues comme une composante de la réalité d'aujourd'hui dans notre société, y contribuent.
- L'attention aux populations les plus vulnérables est une exigence complexe. Elle ne doit pas se transformer en stigmatisation de ces populations, en dépistage des comportements à problèmes sous couvert de prévention. Elle

suppose plus d'investissement, plus de temps, plus d'écoute et une plus grande prise en compte des conditions de vie. Elle impose d'associer une politique publique forte et une dynamique de santé communautaire qui fasse confiance aux capacités de ces populations pour retrouver le chemin de la santé.

- La question des populations et des personnes les plus vulnérables pose, pour les professionnels, la question de l'attention aux situations individuelles de souffrance, du repérage des difficultés, des signes d'appel. La question se pose alors d'une clarification des rôles de chacun, de l'identification de l'aide la plus pertinente, du bon fonctionnement en réseau permettant ce passage de relais. La qualité de la prévention secondaire (ou tertiaire) passe par la constitution de réseaux identifiés et accessibles. Pour les éducateurs de santé, il s'agira de pouvoir « passer la main » à des professionnels de la relation d'aide et de soin, psychologues, médecins..., qui pourront engager une relation thérapeutique complémentaire de la relation éducative. Mais aussi d'aider à faire reconnaître, dans le cadre de leur engagement citoyen, les dimensions plus économiques et politiques de la précarité.

3. Vers une meilleure qualité des pratiques des éducateurs de santé

Tous ces enjeux que nous venons d'essayer de préciser, renvoient à la qualité de nos pratiques. Pour la développer, plusieurs évolutions sont souhaitables, déjà largement amorcées.

Cette exigence de qualité est inscrite dans la professionnalisation en cours des métiers de la prévention et de l'éducation pour la santé. Les dépendances sont un domaine qui rend particulièrement nécessaire ce renforcement de compétences mieux identifiées. Les institutions seront aidantes en considérant que la concertation, le travail en réseau et la formation continue peuvent être soutenus et financés pour permettre une action plus pertinente.

Développer la co-formation

Nous retrouvons toujours la nécessité de la formation continue des acteurs dans au moins deux champs :

- les connaissances liées aux populations, à leurs espaces et conditions de vie ;
- les connaissances liées aux problèmes de consommation de substances psychoactives.





Ces deux domaines renvoient à des échanges réguliers entre les spécialistes de ces deux champs permettant apports de connaissances, analyses partagées et confrontation aux besoins et aux pratiques des acteurs de terrain.

Les rencontres organisées autour de l'adolescence (par exemple, en Rhône-Alpes, le programme « Adolescences en devenir » mis en place par le Collège Rhône-Alpes d'éducation pour la santé et le réseau des Associations départementales d'éducation pour la santé (Craes) avec la Fondation de France) sont un des moyens de croiser ces deux dimensions.

Les dispositifs de formation continue d'un réseau d'acteurs dans un territoire donné (par exemple, la formation des adultes relais à Valence à l'initiative du Service de santé de la ville) représentent un autre processus qui permet cette formation croisée.

Dans les projets en cours sur la « santé au féminin » qui mettent en avant des risques particuliers (tabagisme et femmes enceintes, par exemple), il est important que les spécialistes de ces risques échangent avec les professionnels qui travaillent sur une dynamique plus globale (par exemple, l'accompagnement à la naissance).

Les produits psychoactifs (tabac, alcool, drogues illicites) ont constitué des champs de connaissances spécialisées (alcoologie, tabacologie, toxicomanies, etc.) transcrits en spécialités et en formations. Il est important que les éducateurs de santé puissent y trouver un socle de connaissances spécialisées qui contribuent à renforcer leur compétence.

Favoriser les rencontres entre les différents réseaux d'intervenants

Les réseaux de prévention spécialisés (alcool, toxicomanie, etc.) ressentent de plus en plus le besoin de se resituer dans une dynamique globale des personnes et dans une politique globale de prévention. Les réseaux de prévention généralistes (comités départementaux d'éducation pour la santé, mutualités, assurance maladie, etc.) ressentent, eux, le besoin d'approfondir leurs connaissances des risques spécifiques tout en gardant les personnes et non les comportements au centre des projets de prévention.

La construction de projets inter-réseaux comme en Rhône-Alpes (programme « alcool jeunes défis »), associant les comités de prévention de l'alcoolisme et les associations d'éducation pour la santé dans l'organisation en commun de journées départementales et dans la construction d'outils méthodologiques partagés, concrétise ce besoin d'échanges et de travail partenarial.

La mise en place des programmes régionaux de santé est aussi aujourd'hui un facteur favorisant ces rapprochements en développant la connaissance réciproque des pratiques et des méthodes, en permettant de progresser autour de projets partagés.

L'installation des CIRDD participera de la même logique en ne se superposant pas à l'existant, mais en favorisant la mise en réseau, les rencontres, le développement des connaissances, les processus concertés d'évaluation des pratiques.

La mise en place en Rhône-Alpes de l'Espace régional de santé publique, associant le Craes, l'Observatoire régional de santé Rhône-Alpes, la Société régionale de santé publique, le Centre national de documentation sur les toxicomanies participe de la même dynamique.

L'approfondissement des pratiques d'intervention thématiques

Promouvoir une approche globale ne veut pas dire faire l'amalgame entre les différents types de consommation et de produits. Les modes d'usage, les conséquences, les effets peuvent être très différents. L'accessibilité, la représentation sociale de tel ou tel produit jouent également un rôle dans les choix et pratiques de consommation.

Analyser ces choix est donc important pour la pertinence des actions de prévention. Cette analyse fine de l'usage des produits psychoactifs s'inscrit dans la complexité des problèmes rencontrés par les « usagers ». Les pratiques d'intervention par produits doivent retrouver les enjeux fondamentaux de l'éducation pour la santé :

- tenir compte des équilibres individuels et sociaux dans lesquels ces consommations prennent place ;
- permettre des choix moins dommageables pour la santé, favoriser les

demandes d'aide et proposer des réponses.

L'exigence de cohérence des interventions dans les lieux de vie

Si l'enjeu est de rapprocher et de rendre plus cohérentes les approches globales et les entrées par type de consommation, le cadre d'intervention proposé sera très important. Pour éviter le patchwork de la prévention dénoncé plus haut, pour éviter l'intervention de crise (bien connue dans le domaine de l'alcool ou de la drogue), il est nécessaire de tendre vers la construction de programmes de prévention dans les institutions (école, entreprises, etc.) ;

- intégrés au projet de l'institution, de l'établissement ;
- associant en amont les différents acteurs autour de valeurs et d'objectifs discutés et partagés ;
- tenant compte des conditions d'environnement et des ressources disponibles ;
- associant les forces internes et les intervenants extérieurs ;
- s'appuyant sur l'écoute et la participation des personnes et des groupes ;
- inscrits dans la durée, seule capable de contribuer à un vrai processus de promotion de la santé.

L'enjeu est de faire se rencontrer les politiques publiques de prévention et les besoins, intérêts et ressources des populations. Nous voyons tout le chemin restant à parcourir... pour nous-mêmes, nos réseaux, comme pour les décideurs et financeurs, afin que ces évolutions se confirment.

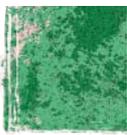
Claude Bouchet

Directeur du Craes-Crips Rhône-Alpes, Espace régional de santé publique, Lyon.

1. Assertivité : capacité d'adaptation aux autres.
2. Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001.

Merci à tous ceux qui ont bien voulu relire et corriger ce texte : S. Daret Urcam, Ch. Dangreux Adessi, D. Fontaine Orsra, H. Prevvert Contact 38, J.F. Valette Aides Alcool, A. Doullier Ades 69, P. Dessez CNDT, L. Beyragued et A. Granier Craes.





Pour en savoir plus

Pour en parler...

- **Drogues Info Service**
0 800 23 13 13
- **Croix-Rouge Écoute**
0 800 858 858
- **Écoute Dopage**
0 800 15 2000
- **Fil Santé Jeunes**
0 800 05 41 41
- **Sida Info Service**
0 800 840 800
- **Tabac Info Service**
0 803 309 310

En quelques chiffres...

Combien de consommateurs ?

Quatre types de sources permettent de tenter de répondre à cette question :

- les enquêtes menées auprès d'échantillons représentatifs de la population française ou d'une partie d'entre elle ;
- les statistiques de vente des produits licites (alcool, tabac, médicaments) ;
- les statistiques nationales issues de déclarations obligatoires (décès, personnes atteintes du sida, etc.) ;
- les statistiques des institutions chargées de lutter contre l'usage et les conséquences de l'usage des drogues.

Repères en chiffres des consommations de drogues

Les enquêtes menées auprès de la population française font apparaître que le cannabis est un produit expérimenté par un adulte de 18 à 44 ans sur quatre, et par plus d'un jeune de 15 à 19 ans sur trois. Aux alentours de 30 % des jeunes en ont consommé dans l'année passée. Cette consommation a augmenté au cours des années 1990. Les autres drogues illicites n'ont été expérimentées que par un nombre beaucoup plus restreint de personnes (les pourcentages dépassent rarement 1 à 2 %), nombre difficile à évaluer en raison de l'importance vraisemblable de la sous-déclaration. Les tendances sont plus difficiles à apprécier, mais on peut faire état de l'apparition et de l'extension de la consommation d'ecstasy chez les jeunes et d'une tendance à l'augmentation de l'usage de la cocaïne. Le nombre d'usagers d'opiacés « à problèmes », évalué par d'autres méthodes, est estimé entre 140 000 et 170 000 personnes dans la seconde moitié des années 1990.

L'expérimentation et l'usage de produits licites comme l'alcool et le tabac touche des millions de personnes. En ce qui concerne l'alcool, on peut estimer à 20 % de la population adulte le nombre de personnes qui boivent quotidiennement, et à 10 % le nombre de personnes qui en font une consommation « à risque » (dommages potentiels pour la santé, risque d'alcool-dépendance). Les quantités d'alcool vendues par habitant sont en diminution depuis plus de trente ans ; cette baisse est en grande partie liée à la moindre consommation quotidienne de vin de la population française. En revanche, les quantités d'alcool pur consommé sous forme de boissons fortement alcoolisées ont augmenté.

Un peu plus d'un adulte sur dix consomme plus de dix cigarettes par jour. Un adolescent sur quatre fume au moins une cigarette par jour. Les Français ont globalement diminué leurs achats de cigarettes depuis le début des années 1990, évolution qui semble fortement liée à celle des prix.

En ce qui concerne les médicaments, on note une forte tendance à l'augmentation des ventes des antidépresseurs, alors que celles des anxiolytiques sont en baisse. En 1997, les ventes des antidépresseurs ont représenté environ 51 % du chiffre d'affaires de l'ensemble des médicaments psychotropes (antidépresseurs, hypnotiques, anxiolytiques, neuroleptiques).

Consommation de l'ensemble des Français (seconde moitié des années 1990)

Types de consommateurs	Alcool	Tabac	Médicaments psychotropes	Drogues illicites	
				Total	dont cannabis
Expérimentateurs	46 millions au moins 1 fois dans la vie	32 millions au moins 1 fois dans la vie	ND au moins 1 fois dans la vie	7,1 millions au moins 1 fois dans la vie	6,8 millions au moins 1 fois dans la vie
Occasionnels	44 millions au moins 1 fois dans l'année	16 millions se déclarent fumeurs	ND	2,2 millions au moins 1 fois dans l'année	2,2 millions au moins 1 fois dans l'année
Réguliers	10 millions au moins 1 verre la veille	15 millions au moins 1 verre la veille	5,4 millions Consommation régulière pendant six mois au cours de l'année passée	ND	ND
« A problèmes »	3,3 millions test Deta (voir ci-dessous)	10 millions au moins 10 cigarettes par jour	ND	142 000 à 176 000 usagers d'opiacés	ND

Source : OFDT - ND : non disponible

Note : les chiffres en colonne de ce tableau ne s'ajoutent pas. Les consommateurs « à problèmes » sont compris dans les « réguliers », eux-mêmes inclus dans les « occasionnels ». La catégorie des expérimentateurs contient toutes les catégories précédentes auxquelles s'ajoutent les purs expérimentateurs, c'est-à-dire ceux qui n'ont consommé un produit qu'une seule fois dans leur vie. Source : Drogues, savoir plus. Le livret de connaissance. Drogues et usages : chiffres clés. Paris : Milt-CFES, 1999 : 52 p.



Organismes

Mildt (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie)
10 place des cinq-Martyrs-du-Lycée-Bufferon
– 75015 Paris – Tél. 01 40 56 63 00
– Fax 01 40 56 63 13
e-mail : danielle.million@mildt.premier-ministre.gouv.fr

OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies)
105 rue Lafayette – 75010 Paris
Tél. 01 53 20 16 16 – Fax 01 53 20 16 00
e-mail : ofdt@ofdt.fr

Sites web

www.drogues.gouv.fr
www.cfes.sante.fr

« ACCRO »

Série de quinze émissions de 13 minutes sur l'usage des drogues licites et illicites
Présentation Serge Hefez

Ecstasy – Héroïne – Tabac – Cannabis – Alcool – Cocaïne – Crack – Tranquillisants – Nouvelles drogues de synthèse – Dopage des sportifs – Injection – Médicaments détournés – Polytoxicomanies – Amphétamines et conduites dopantes – Produits à inhaler/poppers

Cette série d'émissions décline chaque produit avec pédagogie et apporte des informations sur sa nature, ses modes d'utilisation, ses conséquences physiques, psychologiques et sociales, ainsi que les modes de prise en charge. Elle permet une information claire et dépassionnée d'un large public, tout en servant d'outil de prévention chez les adolescents. Si l'un des objectifs consiste à éviter la consommation de produits par ce public jeune, les messages ne reposent pas pour autant sur d'utopiques déclarations d'intentions. La réalité est suivie au plus près afin d'éclairer les jeunes sur ce qui les entoure : une surabondance de produits les plus variés qui leur sont quotidiennement proposés ; un autre objectif est qu'ils apprennent les dangers et qu'ils puissent en réduire les risques pour eux, comme pour ceux qui les entourent.

Coproduction : La Cinquième, Capa. Conception : Serge Hefez et Patrice Grellet. Réalisation : Damien Vercaemer. Journalistes : Julie Zwobada et Sarah Lebas.
Avec la participation de la Mildt, du ministère de la Jeunesse et des Sports et du CFES, et le concours du Centre national de la cinématographie.

En quelques définitions...

On distingue trois catégories de comportements, reconnues par la communauté scientifique internationale : l'usage, l'usage nocif, la dépendance. Elles reposent sur les définitions de l'Organisation mondiale de la santé (CIM 10 – 1992) et l'Association américaine de psychiatrie (DSM IV – 1994).

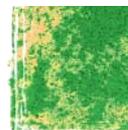
L'usage est entendu comme une consommation qui n'entraîne pas de dommages. Cette consommation peut varier dans son intensité et peut être qualifiée d'expérimentale, d'occasionnelle ou de régulière.

L'usage nocif (ou abus) est entendu comme une consommation qui implique ou peut impliquer, des dommages. Ces derniers peuvent être de nature sanitaire (somatique ou psychique), sociale (incapacité de remplir des obligations : au travail, à l'école, en famille, etc.) ou judiciaire.

La dépendance est entendue comme un comportement psychopathologique présentant des caractéristiques biologiques, psychologiques et sociales. Les principaux critères contribuant à sa définition sont : le désir compulsif de produit, la difficulté du contrôle de la consommation, la prise de produit pour éviter le syndrome de sevrage, le besoin d'augmenter les doses pour atteindre le même effet, la place centrale prise par le produit dans la vie du consommateur.

En quelques livres...

- *Consommation d'alcool et de tabac – Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992.* Insee – Credes – Sesi – Documents statistiques n° 262, Sesi, 1996.
- *Baromètre santé adultes 1995/1996 –* Sous la dir. de F. Baudier, J. Arènes – CFES, 1997.
- *Baromètre santé jeunes 1997/1998 –* Sous la dir. de J. Arènes, M.-P. Janvrin et F. Baudier – CFES, 1998.
- *Enquête sur les conduites déviantes des lycéens –* R. Ballion, Cadis 1997, Rapport OFDT, 1999.
- *EROPP 99 –* OFDT, F. Beck, P. Peretti-Watel, OFDT – Rapport à paraître en mai 2000.
- *ESPAD 99 –* Inserm – OFDT – MNERT – Sous la dir. scientifique de M. Choquet et S. Ledoux – OFDT, 1999.
- *Drogues et toxicomanies. Indicateurs et tendances.* OFDT, Paris, 1999.
- *Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances – 1999-2000-2001* Mildt. Paris : La documentation française, 2000.
- *Les pratiques addictives – Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives.* M. Reynaud, P.-J. Parquet, G. Lagrue. Paris : Odile Jacob, 2000 : 278 p.
- *Dopage et société.* P. Laure. Paris : Ellipses, 2000 : 446 p.
- *Dictionnaire des drogues et de la toxicomanie.* D. Richard, J.L. Senon. Paris : Larousse, 1999 : 448 p.
- *La dangerosité des drogues. Rapport au secrétariat d'État à la santé.* B. Roques. Paris : Odile Jacob/La documentation française, 1999 : 318 p.
- *La drogue, où en sommes-nous ? Bilan des connaissances en France en matière de drogues et de toxicomanies.* N. Frydman, H. Martineau. Paris : La documentation française, 1998 : 418 p.
- *Ecstasy – Des données biologiques et cliniques aux contextes d'usage.* Expertise collective Inserm. Paris : Inserm, 1998.
- *Les personnes en difficulté avec l'alcool – Usage, usage nocif et dépendances : propositions.* M. Reynaud, P. Parquet CFES, 1998 : 294 p.
- *Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives. Usage, usage nocif, dépendance.* P.-J. Parquet CFES, 1998 : 48 p.
- *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives.* Rapport du professeur Parquet CFES, 1997 : 108 p.
- *Drogues, dépendance et dopamine.* J.-P. Tassin – La Recherche, n° 306, février 1998.
- *Drogues : s'informer, prévenir, agir.* Ministère de la Jeunesse et des Sports, CFES, CNDT, Mildt, 1998.



Médecins, pharmaciens, patients : leurs points de vue sur le suivi des traitements

Environ la moitié des patients ne prennent pas ou prennent irrégulièrement les traitements qui leur sont prescrits. Dans la littérature de plus en plus abondante sur l'observance¹, cette estimation varie selon de multiples facteurs parmi lesquels on peut citer : le type de pathologies considérées, leur gravité ou leur stabilité ; l'âge des patients, leurs représentations de la santé et de la maladie, leurs conditions socio-économiques ; le type de traitement, ses formes galéniques², sa durée ; la relation du patient avec son thérapeute, etc.

L'objectif d'une étude réalisée par le Comité d'éducation pour la santé d'Ile-de-France (Cresif) en 1999 était de porter un éclairage sur les facteurs qui, au moment de la prescription et de la délivrance des médicaments, favorisent ou entravent l'adhésion du patient au traitement prescrit. L'originalité de ce travail, plus précisément centré sur l'observance des médicaments prescrits dans trois pathologies chroniques : l'hypertension artérielle, le diabète non insulino-dépendant et l'asthme chez l'adolescent, rend compte du point de vue des trois acteurs concernés : le patient, le médecin et le pharmacien.

Dans cette étude, le recueil des données a fait appel à la formation de groupes de personnes interrogées collectivement. Cette technique de focus group présente l'avantage, en réunissant plusieurs participants en un même lieu, d'obtenir plus rapidement les informations recherchées et de permettre l'élaboration d'un discours enrichi de plusieurs points de vue. Des entretiens individuels ont également été réalisés. Tous les entretiens ont suivi une grille semi-directive qui laissait une large place à des discours plus ouverts.

• Le groupe des pharmaciens a réuni huit professionnels et un entretien en

officine a été réalisé avec deux pharmaciens associés ;

- le groupe des médecins a réuni sept thérapeutes et un entretien individuel a été réalisé par ailleurs ;
- en ce qui concerne le contact avec les patients, il a été fait appel à des médecins et pharmaciens comme relais auprès de leur clientèle. Six entretiens d'une durée moyenne d'une heure ont pu ainsi être réalisés ;
- enfin, un dernier entretien collectif a réuni six professionnels (quatre médecins et deux pharmaciens). Aucun des patients rencontrés n'a malheureusement été en mesure d'y participer.

Réduire les sources de confusion

Dans le cadre de cet article, nous ne reviendrons pas en détail sur tout ce qui concerne les « aspects techniques », pour reprendre l'expression d'un professionnel, pouvant influencer l'observance. Il s'agit par exemple de la présentation du médicament. Cela concerne aussi des aspects liés à la façon de rédiger l'ordonnance (sa lisibilité, sa simplicité, sa longueur) ; ou bien la réécriture de la prescription sur la boîte par le pharmacien, ou encore l'utilisation des piluliers. Agir sur tous ces aspects essentiels permet, en rédui-

sant les facteurs de confusion pour le patient, d'améliorer son observance du traitement.

Nous insisterons davantage sur les aspects liés à la relation qu'entretient le patient avec sa maladie et celle qu'il établit avec les différents professionnels de santé.

La gestion des symptômes ressentis et des risques perçus

Tous les patients que nous avons rencontrés se sont avérés être de bons observants et suivre leur traitement de façon scrupuleuse. Tous ont pu décrire une organisation régulière de leur prise de médicaments.

« Le patch je le mets le matin, il est à côté du savon à barbe, ça fait partie des opérations matinales. »

L'aptitude à ritualiser les prises est un signe de cette observance ; elle n'en constitue pas une explication. L'observance semble plus étroitement liée à une construction mentale propre au patient, à l'intérieur de laquelle un médicament est d'autant moins susceptible d'être oublié qu'il est jugé important. Chacun établit ainsi une hiérarchie des médicaments prescrits. Il ressort de nos entretiens que cette hié-



rarchie se construit autour de deux axes : les symptômes ressentis et les risques perçus.

En ce qui concerne les symptômes ressentis, on peut décrire deux situations extrêmes entre lesquelles tous les comportements des patients sont possibles :

- une absence de symptômes ressentis qui entraînerait un relâchement de l'observance (« *son traitement, quand ça va bien, on a tendance à l'oublier* ») ;
- des symptômes présents et soulagés par le médicament. On est là dans le cadre de ces traitements « *que l'on n'oublie pas* » (exemple du traitement de la crise d'asthme ou des médicaments calmant les brûlures d'estomac).

En ce qui concerne les risques perçus, du point de vue des patients, toutes les pathologies ne présentent pas le même degré de gravité ni les mêmes risques évolutifs. Les risques sont appréciés différemment selon la charge symbolique attachée aux organes visés. Cette perception du risque est un des éléments qui rend compte des plus ou moins grandes libertés que l'on peut prendre avec les médicaments.

« Il y a des médicaments, c'est vrai, qui sont moins importants. Le médicament pour la circulation, si je l'arrête un jour ou deux ce n'est pas grave, mais il y en a certains avec lesquels j'ai pas envie de rigoler. J'ai pas envie d'avoir des ennuis. »

Les professionnels interviennent sur cette hiérarchisation des traitements. S'agissant des symptômes ressentis, les médecins rencontrés estiment que l'hypertension artérielle est le type même de la pathologie qui n'est directement responsable d'aucun signe fonctionnel. Il serait donc d'autant plus difficile de motiver des patients pour qu'ils poursuivent sur le long terme leur prise de médicaments. Cependant, et ils ont là à « jouer » avec les risques perçus, ils s'accordent à reconnaître que le principe du traitement à vie est plus facile à faire admettre dans le cas de l'hypertension que dans celui de l'asthme. C'est peut-être que cette première pathologie est l'objet de représentations qui en font une maladie porteuse de conséquences mettant en péril l'intégrité physique et l'autonomie des personnes atteintes.

« Les gens me disent souvent, je veux pas finir dans une petite chaise. Dans le cas du diabète, ils parlent des yeux, pas des reins. » (médecin)

Un médecin y voit l'efficacité des savoirs qui font peur : « *l'hémiplégie, ça marche* », sous-entendu, parce qu'on ne veut pas finir dans une petite chaise du fait d'une hémiplégie, on suit mieux son traitement. On retrouve là les voies traditionnelles de l'information du patient selon lesquelles le bénéfice est dans l'échappement à la menace du châtiement qu'encourt toute personne qui n'observe pas les règles prescrites.

L'observance : une démarche avant tout individuelle...

L'observance que manifeste un patient à l'égard du traitement qui lui a été prescrit doit se comprendre comme une démarche individuelle. Les thérapeutes reconnaissent la capacité du patient à prendre des initiatives, des libertés avec le schéma prescrit. Cette autogestion du traitement par l'intéressé est parfois sentée (c'est le cas lors de la survenue d'un effet secondaire que la personne impute au médicament), mais elle peut aussi lui être préjudiciable.

« Les patients ont une autogestion de leur maladie. C'est évident. Ce qui est important c'est de savoir ce qu'ils allègent parce que peut-être qu'ils n'allègent pas le bon médicament. Les patients aiment bien gérer leur truc. C'est pas vivant sinon. »

Cette ouverture affichée par les thérapeutes rencontrés traduit ces modifications des rapports entre les soignants et les patients, modifications dont les sciences sociales qui se penchent sur les problèmes de santé et de maladie ont enregistré l'apparition il y a quelques décennies³.

...qui nécessite une relation de confiance

C'est dire toute l'importance de l'établissement d'une relation de confiance entre le patient et son thérapeute. Du point de vue du patient, la construction même de cette relation est extrêmement complexe. Elle mêle en un dosage subtil, le savoir du soignant (attesté par ses diplômes), son expérience (attestée par son ancienneté et la réputation dont il jouit), le contact, le temps propre à la consultation qui ne se mesure pas seu-

lement en durée mais en qualité de l'interaction (par exemple l'impression ressentie d'avoir été écouté et, entendu). Cela implique de la part du soignant de se mettre à l'écoute et, puisqu'il s'agit de guider et d'accompagner le patient dans la gestion de son traitement, Les professionnels de santé rencontrés sont convaincus de l'importance d'apporter une information adaptée à la personne à qui elle s'adresse et répétée régulièrement. Le mot-clé est celui de disponibilité des professionnels.

« Je me demande si j'ai été assez disponible. Est-ce que j'ai suffisamment dédramatisé la première consultation et après je leur dis : je vous revois dans quinze jours pour voir comment ça va, c'est-à-dire pour avoir le temps de leur expliquer le côté humain de la maladie asthmatique. Et puis après, c'est une fois par mois ou tous les deux mois. Et bien sûr, je leur dis qu'ils peuvent m'appeler si ça ne va pas. »

De l'observance à l'implication active du patient dans son traitement

Les patients ont changé. Les professionnels de santé ont accompagné ce changement. Les thérapeutes, par exemple, recherchent ou devraient rechercher désormais plus qu'une observance du traitement qu'ils prescrivent, une adhésion du patient à son traitement. Adhésion qui passe par une information adaptée et répétée régulièrement, délivrée en outre par un professionnel qui affiche sa disponibilité, c'est-à-dire son ouverture au patient, qui respecte et sait reconnaître la propre gestion de son traitement par le patient. C'est ce changement que les professionnels de l'éducation pour la santé s'attachent à accompagner.

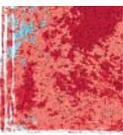
Bernard Champaloux

Médecin, Chargé d'études au Comité régional d'éducation pour la santé d'Ile-de-France (Cresif), Paris.

1. Observance : adéquation du comportement du malade aux prescriptions et recommandations du médecin.

2. Forme galénique : aspect sous lequel se présentent les médicaments.

3. Herzlich C., Pierret J. Malades d'hier, malades d'aujourd'hui : de la mort collective au devoir de guérison. Paris : Payot, 1991 : 300 p.



Des locaux à l'air pollué

La maison n'est pas toujours ce cocon douillet où il fait bon vivre. Tabac, acariens, moisissures et produits chimiques en tout genre s'attaquent au système respiratoire. Pollution passive, agressions insidieuses, syndromes en tous genres, il ne fait pas toujours bon respirer en vase clos.

risants (l'environnement). Parmi ces derniers, la qualité de l'air joue un rôle prédominant.

Air extérieur et intérieur

Pour des raisons d'économie d'énergie, il peut être tentant de réduire le taux de ventilation à l'intérieur des locaux, ce qui peut conduire à une dégradation de la qualité de l'air. Trouver le meilleur compromis entre confort et économie d'énergie en contrôlant les sources de pollution et en maîtrisant le flux de ventilation et son efficacité, tel est l'enjeu.

Ce diagnostic émis par le ministère de l'Environnement n'est pas qu'un simple avis qualitatif. Il démontre surtout, et par défaut, les effets d'une pollution insidieuse. Celle-ci est caractéristique d'une méconnaissance de ce problème où idées reçues et fausses informations contribuent à maintenir le flou. En général, la pollution de l'air est principalement assimilée à « l'air extérieur » : pollution automobile, rejets industriels, ozone, etc. Or, dans les pays industrialisés, l'homme passe entre 70 % et 90 % de son temps à l'intérieur des locaux (logement, lieu de travail, bâtiments publics, etc.). Cet air intérieur est chargé de multiples polluants qui se concentrent d'autant plus que la ventilation est souvent insuffisante. Quels sont ces polluants et d'où viennent-ils ? La liste est longue.

Un tableau particulièrement toxique

Ces polluants ont des sources très diverses : origine extérieure (radon et descendants, pollens¹, polluants évaporés de l'eau d'alimentation), matériaux (matériaux de construction, revêtement des murs, tapis, moquettes, meubles), combustion (tabagisme,

chauffage, cuisinières et gazinières), êtres vivants¹ (êtres humains, animaux de compagnie, végétaux), activités et hygiène (cuisine, nettoyage, système de vide-ordures, bricolage, système de traitement d'air), etc. S'ajoutent, à ces diverses pollutions, un nombre incalculable de produits chimiques introduits dans les maisons : formaldéhyde (matériaux isolants), isocyanates (peintures), acétone (produits de nettoyage), tous les produits d'entretien et de bricolage qui sont de plus en plus puissants et donc de plus en plus toxiques et irritants. Sans compter les gaz toxiques (CO, CO₂, NO₂) dus à une mauvaise combustion ou aux gaz d'échappement des véhicules.

La fièvre du lundi

Les effets cancérigènes, à forte dose, du radon et de ses descendants, ainsi que du benzène, sont bien connus. Le monoxyde de carbone reste de loin le toxique le plus dangereux en matière de pollution intérieure. Il constitue la première cause de mortalité par toxiques en France. On reconnaît de plus en plus les dangers du « tabac environnemental », c'est-à-dire ce que représentent les fumées absorbées par les non-fumeurs, du dioxyde d'azote et des particules respiratoires. Enfin, on constate aujourd'hui que dans les grandes tours climatisées, insuffisamment ventilées, généralement occupées par des bureaux, il est décrit des manifestations allergiques (fièvre du lundi) et une série de troubles – céphalées, malaises, sécheresse des muqueuses – que l'on désigne sous le nom de syndrome des bâtiments malsains, « *sick building syndrome* ». Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), environ 30 % des immeubles neufs font l'objet d'un surcroît de plaintes (souvent temporaires, parfois

Sait-on que les pathologies d'origine allergique constituent aujourd'hui le premier motif de consultation en pédiatrie et que l'augmentation constante de la prévalence des allergies respiratoires et de l'asthme est, à l'heure actuelle, un véritable problème de santé publique ?

Selon diverses études menées ces dernières années pour le compte de la direction générale de la Santé (DGS), le taux de prévalence de l'asthme en France, par exemple, a été multiplié par quatre depuis 1968, et celui des allergies respiratoires par sept. L'asthme touche en France deux à trois millions de personnes et occasionne près de deux mille décès par an. L'asthme est l'exemple même de ce que l'on peut appeler une nouvelle pathologie. Son étiologie est expliquée par des facteurs génétiques prédisposants (l'atopie) et/ou des facteurs favo-



sur de longues durées). Il s'agit d'immeubles avec des fenêtres non ouvrables et l'air conditionné, où les occupants n'ont aucune prise sur l'environnement climatique. Les plaintes concernent notamment le mauvais équilibre des paramètres climatiques (vitesse de l'air, ionisation), des affections microbiologiques liées au système de traitement d'air, les conditions de travail, le stress psychosocial.

Une association de facteurs

Pour l'ensemble des spécialistes qui se penchent sur cette questions – médecins, éducateurs pour la santé, bâtisseurs et autres aménageurs –, qu'il s'agisse de locaux de travail ou de locaux d'habitation, c'est l'association de plusieurs facteurs qui peut être à l'origine de ces manifestations allergiques ou de malaises mal déterminés. Il faut donc tenter d'agir sur chacun des facteurs connus pour essayer de les réduire au minimum : bonne aspiration des poussières de maison, chasse au tabac, halte aux laques, cosmétiques, produits d'entretien propulsés par aérosols, aération suffisante, entretien correct des installations de climatisation et de chauffage, utilisation minimale des produits de bricolage et application des consignes de sécurité qui s'y rapportent.

La réduction des émissions à la source est plus efficace que la dilution par ventilation. Il s'agit alors d'améliorer la qualité des matériaux de construction, des revêtements en tous genres et produits de consommation. Reste une conclusion. Une fois ces problèmes de salubrité résolus, le confort des locaux habitables peut se concevoir de façon plus élargie incluant d'autres notions de bruit, d'éclairage, d'odeurs, d'espace. Un programme de recherche et d'expérimentation a été mis en place par les ministères de la Santé, du Travail, de l'Équipement et du Logement, de l'Environnement depuis maintenant quelques années.

Denis Dangaix
Journaliste

1. Les pollens, les êtres vivants ne sont pas des polluants au sens toxique du terme, mais des facteurs de risque pour l'asthme et les allergies respiratoires.

Sources : L'environnement en France (Dunod) Comité régional d'éducation pour la santé Languedoc-Roussillon, Le Généraliste, direction générale de la Santé.

► Pour en savoir plus...

Au travers de l'appellation « air intérieur », il est admis de considérer l'ensemble des ambiances intérieures, closes, susceptibles d'être fréquentées par la population. Cette notion inclut donc les logements individuels (habitats), les lieux de travail, les bâtiments publics (tels que les crèches, les écoles), les sites de loisirs (gymnase, piscine, restaurant, etc.). Si l'on considère l'habitat en général, des risques peuvent paraître en relation avec des situations ou des caractéristiques particulières de l'habitat en question.

Un mauvais ensoleillement est souvent la source d'une humidité importante, ce qui favorise le développement de microorganismes.

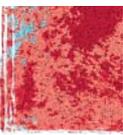
Un logement confiné, insuffisamment aéré, peut également favoriser une humidité conséquente et la prolifération d'acariens.

Les systèmes de modification de l'air d'un logement, climatiseurs et humidificateurs, sont, lorsqu'ils sont mal entretenus, le siège d'une prolifération bactérienne et microbienne.

Le nombre de personnes occupant le foyer en relation avec sa superficie est particulièrement à considérer, en terme d'humidité, de température et de taux de dioxyde de carbone, si le logement est peu ou mal aéré. Tous ces facteurs sont liés à la ventilation du logement.

Mais le tabagisme à l'intérieur des locaux est probablement la première source de pollution de l'habitat ou du moins, celle qui entraîne le plus de conséquences au niveau respiratoire chez les occupants.

La présence d'animaux confinés dans les logements (notamment en appartement) constitue également un réel facteur de risque. On dénombre actuellement en France quarante-deux millions d'animaux de compagnie, dont douze millions de chiens et de chats.



Vient de paraître

L'éducation du patient au secours de la médecine

Ouvrage collectif sous la direction de Brigitte Sandrin Berthon

► Brèves...

Radioactivité en Camargue

« Les apports particulièrement importants lors des tempêtes ont apporté, sur le littoral camarguais (Bouches-du-Rhône et Gard), des teneurs en éléments radioactifs importants. » La Commission de recherche et d'information indépendante sur la radioactivité (Criirad) a expliqué que ces minéraux lourds, chargés en terres rares et éléments radioactifs, proviennent de l'érosion des massifs alpins et non d'un chargement de minerais échoués. On relève parmi ceux-ci la présence de monazite, un phosphate de terres rares et de thorium. Transportés par le Rhône et ses affluents, ils se sont accumulés dans le delta.

Le Danube et le cyanure

La pollution, en janvier dernier, par quelques cinquante à cent tonnes de cyanure et de métaux lourds qui se sont déversées dans le Danube peut avoir des effets à long terme sur la santé des populations. Selon des experts de l'Onu, « les risques immédiats sur la santé des populations locales sont minimales parce que des actions appropriées ont été prises. En revanche, des effets à long terme sur la santé sont possibles, particulièrement parce que la pollution a eu lieu dans une région déjà contaminée par les métaux lourds ». Le 30 janvier dernier, une vague de cyanure s'est déversée par une brèche dans la digue du lac de décantation de la mine d'or roumaine de Baia-Mare dans une rivière hongroise, la Tisza, polluant plusieurs cours d'eau et le Danube en Roumanie, Hongrie et Yougoslavie.

Une loi pour la veille sanitaire

Le 5 avril dernier, la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale adoptait à l'unanimité un texte de proposition de loi visant à créer une Agence française de sécurité sanitaire environnementale. Ce texte présenté par un groupe d'étude « Santé-Environnement » présidé par André Aschiéri, député Vert des Alpes-Maritimes, se veut être le cadre d'une intervention administrative sur des domaines essentiels de santé publique comme les produits chimiques, les métaux lourds, les ondes électromagnétiques, la pollution de l'air, mais aussi les atteintes physiques liées au bruit. La loi ouvre le champ à la veille sanitaire et environnementale et à l'information au public.

En cette fin de siècle, la médecine est confrontée à trois types de problèmes :

- les maladies chroniques qu'elle ne sait pas guérir et pour lesquelles les patients doivent suivre des traitements longs et complexes (asthme, diabète, maladies rhumatismales, etc.),
- les risques liés aux modes de vie (alcool, tabac, alimentation, stress, sédentarité, etc.),
- les difficultés sociales qui ne sont pas sans répercussion sur la santé d'un nombre important de patients.

Conçu pour intervenir en urgence, réparer des organes défectueux et guérir des maladies aiguës grâce à la haute technologie, le système de santé ne sait pas répondre à ces nouvelles exigences. Les médecins et les infirmières doivent recourir à des compétences qui se situent plutôt du côté des sciences humaines et de l'éducation que du côté de la médecine au sens traditionnel du terme. Il s'agit de découvrir d'autres manières d'écouter, d'observer, de raisonner et d'accompagner, d'admettre que le savoir médical est indispensable mais parcellaire et subjectif.

La médecine doit ainsi opérer une triple révolution :

- le patient ne peut plus être l'objet des soins qui lui sont délivrés, il en est un acteur essentiel et le revendique ;
- l'objectif n'est plus de lutter contre les maladies mais de promouvoir la santé des personnes, de maintenir ou d'améliorer leur qualité de vie ;
- la démarche basée sur la prescription et le conseil n'est plus adaptée, elle doit céder la place à un travail d'accompagnement, à une démarche éducative, partenariale entre le patient et les soignants.

Dans ce livre, des patients, des professionnels de la santé et de l'éducation témoignent des difficultés et des conditions de réussite de cette entreprise.

Éditeur : Presses universitaires de France
Collection : Éducation et formation – Biennales de l'éducation, 198 p.
Prix : 98 francs, disponible en librairie

Sommaire

Les origines de ce livre
Brigitte Sandrin Berthon

Introduction aux débats
Pourquoi parler d'éducation dans le champ de la médecine ?
Brigitte Sandrin Berthon

Le point de vue des personnes asthmatiques
Marie-Dominique Le Borgne

Le point de vue des professionnels de santé exerçant en ville
Gwénola Levasseur

Du patient objet au patient sujet
Le patient comme « sujet »
Philippe Lecorps

Vingt-trois ans de relation avec les cancérologues
Danielle Castel

L'expérience d'une mère et de son enfant à l'hôpital
Christelle Loigerot

Témoignage d'une infirmière
Brigitte Sandrin

Témoignage d'un médecin généraliste
Fabrice Rey

De la lutte contre les maladies à la promotion de la santé

Le travail en réseau
Didier Ménard

La promotion de la santé à l'hôpital : un pari possible ?
Anne-Laurence Le Faou

De la prescription à l'éducation
L'éducation, une aventure humaine...
Brigitte Sandrin Berthon

La rencontre pédagogique et le rôle des connaissances dans l'éducation thérapeutique du patient
Rémi Gagnayre

L'éducation pour la santé des patients : au carrefour de la médecine et des sciences humaines
Alain Deccache, Philippe Meremans

Où l'éducation des patients prend une dimension thérapeutique... au sens humaniste du terme
Stéphane Jacquemet

Conclusion

À propos de l'éducation du patient
Michel Develay

Haut les cœurs

Entretien avec Sólveig Anspach, réalisatrice



© Ex-Nihilo - 1999

Film de Sólveig Anspach avec Karine Viard, Laurent Lucas, Julien Cottereau
Durée : 1 h 50

Résumé du film

Alors qu'elle attend son premier enfant, Emma apprend qu'elle a un cancer du sein. Les avis médicaux sont partagés : doit-elle avorter ou poursuivre sa grossesse pendant les traitements ? Une chose est certaine, elle doit maintenant se battre pour deux. Un film de « fiction autobiographique » de la documentariste Sólveig Anspach, que *La Santé de l'homme* a pu rencontrer.

La Santé de l'homme : *Haut les cœurs* est votre premier film de fiction, vous aviez auparavant réalisé des films documentaires. Pourquoi ce choix ?

Sólveig Anspach : Il y a longtemps que j'avais envie de faire de la fiction. J'ai l'impression qu'elle permet davan-

tage aux spectateurs de s'identifier aux personnages, d'oublier qu'ils sont eux-mêmes. Avec mon film, je pense qu'ils peuvent vraiment se mettre dans la peau d'Emma, de Simon ou d'Olivier et se dire « *qu'est-ce que je ferais si j'étais à leur place ?* », tandis que dans un documentaire, je ne pense pas que l'on se dise à un moment, c'est à moi que c'est en train d'arriver.

S.H. : Il y a eu assez récemment les États généraux des malades atteints de cancer qui ont beaucoup insisté sur leur volonté d'être non seulement soignés, mais aussi écoutés, informés, entendus notamment par les soignants, que pensez-vous de ces revendications ?

S.A. : Je crois que c'est absolument primordial qu'il y ait un lieu d'écoute pour ces gens qui traversent des moments douloureux et difficiles et c'est pour cela que beaucoup m'écrivent. J'ai appris, par exemple, qu'à Villejuif, il y a quatre-cents médecins - tous ne sont pas dans la clinique, certains font de la recherche - mais tout de même, quatre-cents médecins et seulement un poste trois-quarts de psychologue... Les gens n'ont peut-être pas forcément *a priori* envie de voir un psychologue, mais c'est quelque chose qui peut faire son chemin dans la tête des malades et que je conseille vivement en tous cas.

S.H. : Par rapport à ce besoin d'écoute, votre film est peu militant, peu revendicateur.

S.A. : Il y a dans l'air une espèce d'opposition à la médecine, aux médecins qui ne comprennent rien à rien à leurs malades... Moi, je n'ai pas rencontré de médecins comme cela et j'ai pensé que faire un film qui dit ce que tout le monde pense déjà, ce n'était pas la peine. Un film est quelque chose qui va

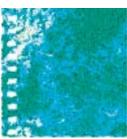
faire réfléchir et qui va susciter un débat. Il est vrai que les débats après le film tournent toujours autour de cela. Je suis peut-être très bien tombée, mais je ne crois pas, car j'ai vu beaucoup de malades pendant deux ans, donc je ne suis pas une exception à la règle.

S.H. : Est-ce qu'on ne peut pas vous reprocher de dépeindre des situations idéales, en termes de relations humaines vis-à-vis des soignants, mais aussi vis-à-vis de l'entourage d'Emma, de son conjoint par exemple, qui a très vite une attitude très positive, très aidante ?

S.A. : Il y a des gens qui m'ont dit cela. Chacun lit le film avec sa grille existentielle : des gens disent que c'est beaucoup trop dur, insoutenable, il y a même des personnes qui se sont évanouies en cours de projection. Mais il y en a d'autres qui sont très agressives parce qu'elles trouvent que le film n'est pas assez dur... Je crois que c'est plus intéressant de faire un film qui parle de la maladie et de la difficulté de traverser cela dans un hôpital où les gens sont plutôt à l'écoute, parce que cela montre que même si les gens sont à l'écoute, même si les médecins sont là, c'est vous qui êtes face à la maladie. *Haut les cœurs* parle beaucoup de la douleur, de la souffrance et je crois que même si vous êtes entourés par des gens formidables, personne ne peut se mettre à votre place. Pour les enfants atteints de leucémie, je pense que les parents donneraient tout pour être à la place de leur enfant, mais ce n'est pas possible et c'est irréductible.

S.H. : Votre sujet est plus le rapport à la maladie que « l'autour » de la maladie ?

S.A. : C'est une histoire : d'Emma, de Simon et d'Olivier. Maintenant, chaque personne malade pourrait raconter son histoire, il y a autant de manières d'être



malade que de manières d'être, il n'y pas une façon d'être malade ou d'être médecin. Je sens que comme il y a eu très peu de films sur le cancer, ou ceux qui ont été faits ne sont pas des films réalisés par des gens qui étaient passés par là, les gens qui viennent voir le film et qui ont été malades ou sont malades, aimeraient que le film soit emblématique, devienne le porte-parole de tous les malades du monde, mais le film n'est pas ça. Moi, je suis cinéaste, j'ai fait un film là-dessus, mais le prochain n'aura rien à voir avec le cancer et ceux d'avant non plus. Il se trouve que je suis cinéaste, que j'ai eu un cancer, je me suis dit : « *je sais faire du cinéma, donc je dois faire un film là-dessus pour moi et pour les autres* ». Tous ceux qui sont hospitalisés n'ont pas la chance d'être cinéaste et n'ont pas un moyen de communication aussi fort que le cinéma pour raconter ce que c'est.

S.H. : Votre film suscite beaucoup de réactions et de débats, de possibilités de parler de questions qui ne sont pas facilement abordables habituellement...

S.A. : Cela me touche beaucoup. Les gens me touchent, les gens qui viennent me parler, ce qu'ils disent. Ce que je trouve aussi de bien, c'est que beaucoup de gens qui ont vu le film me disent : « *on est vraiment allé voir le film à reculons, on n'avait pas envie de le voir. Mais, maintenant on est content de l'avoir vu* ». Pourquoi ? Le sujet, la mort, ce n'est pas forcément toujours ce que l'on a envie de voir au cinéma, mais il y a de la place pour toutes sortes de choses au cinéma et les films qui ont le plus compté dans ma vie, ce sont les films qui m'ont fait réfléchir. J'aime bien aussi ceux qui me font rire pendant deux heures, mais il est vrai que le lendemain, c'est totalement oublié.

S.H. : La forme dramatique de votre film est très épurée. La souffrance, par exemple, est montrée de façon très pudique, très retenue, est-ce là aussi une volonté délibérée de votre part ?

S.A. : Le danger de ce sujet, c'est le pathos. J'ai eu la chance de faire le film, ni pour la télévision, ni pour les américains. J'aurais fait ce film pour la télévision, même française, je n'aurais jamais pu filmer comme cela et j' imagine que si un jour il y avait un remake américain, il ne serait pas comme cela



© Ex-Nihilo - 1999

non plus. À chaque personne avec qui j'ai travaillé – il y a trente à quarante personnes impliquées dans le scénario, la production, les acteurs, les techniciens, le montage, le mixage, la bande-son, les musiciens –, je disais « *le danger, c'est le pathos* », je voulais que l'on fasse tout pour éviter cela.

S.H. : Pourquoi ?

S.A. : J'ai l'impression que cela développe un sentiment, chez les spectateurs, de l'ordre de la pitié et la pitié ne m'intéresse pas du tout. Cela n'aide pas à prendre du recul. C'est pour cela que, dans le film, je voulais qu'il y ait de l'humour, même si l'humour est noir parfois, mais je pense que l'humour et le recul sont des armes pour se bagarrer. Le recul permet aussi de créer un espace dans lequel le spectateur peut s'inscrire car sinon, on est trop scotché à ce que l'on raconte. On ne fait pas le film que pour soi.

S.H. : Vous disiez que si vous aviez eu une commande d'un producteur américain ou de télévision, vous n'auriez peut-être pas pu faire la fin de cette façon-là, pour quelle raison ?

S.A. : J'ai voulu faire une fin qui n'en soit pas une, car ce n'est jamais fini cette histoire de cancer. Je trouvais que par décence envers des gens malades qui iraient voir le film au moment où il sortirait, je ne pouvais pas faire une fin, ni encore moins une « happy end ». *Haut les cœurs*, c'est un parcours de leur vie, c'est comme dans les contes pour enfants qui souvent ressemblent à des

cauchemars où les personnages doivent tuer des dragons, monter des collines. *Haut les cœurs*, c'est l'histoire qu'il ont partagés pour combattre la maladie. Après, ce n'est pas fini, il y aura d'autres traitements, cela ne s'arrête pas là, mais dans un film, on ne peut pas tout dire et c'est bien que les spectateurs travaillent aussi : il faut inventer la vie d'Emma et de Simon avant et il faut inventer leur vie après. Chacun peut inventer ce qu'il veut, mais il est vrai que cela déroute. J'ai vu des sondages à la sortie des salles, le taux de satisfaction de *Haut les cœurs* arrivait en tête (85 %) avec le film de David Lynch *Une histoire vraie*. Les 15 % de non-satisfaits, c'est sans doute à cause de la fin : ils veulent une fin heureuse.

S.H. : Sans dévoiler cette fin, quel sens avez-vous voulu lui donner ?

S.A. : J'ai voulu montrer, au fur et à mesure du film, Emma de plus en plus nue. Elle est face à elle-même, à son âme et il n'y a plus rien pour se cacher : il n'y a plus de cheveux, plus de maquillage, plus de vêtements, plus de couleurs. C'est aussi un sentiment que j'ai eu dans la chambre stérile, qui ressemblait à *2001, l'odyssée de l'espace*, j'avais l'impression d'être dans une soucoupe volante. Souvent, on dit que mon film a des couleurs documentaires, mais je trouve personnellement que la couleur de la fin a plutôt des airs de science-fiction. C'est une situation de science-fiction, une situation surréaliste. Être coupée du monde comme cela pendant cinq semaines, dans un endroit totalement aseptisé, c'est très étrange.

S.H. : Je ne suis pas sûr d'avoir compris le titre du film...

S.A. : En fait, *Haut les cœurs*, cela veut dire « *il faut y aller, il faut se bagarrer* ». Il y a longtemps, j'ai vu *La vie est immense et pleine de dangers*, un documentaire sur les enfants atteints de leucémie, un film absolument magnifique. Avant d'aller moi-même en chambre stérile, j'ai eu besoin de parler avec un collègue de travail auquel j'ai dit : « *est-ce que tu peux m'en parler un peu* » parce que dans *La vie est immense*, il avait filmé le petit garçon dans une chambre stérile. On a parlé longuement et à la fin, il m'a dit : « *il n'y a qu'une chose à faire, c'est dire "haut les cœurs"* ». J'ai raccroché, je ne savais pas ce que cela voulait dire et j'ai demandé à mon amoureux ce que voulait dire "haut les cœurs" et il m'a dit « *il va falloir te bagarrer, il faut y aller* ». Dans ce « haut les cœurs », il y avait un truc haut, un truc de force et, en même temps, cela rappelle les hauts de cœur de la chimio. Finalement, on n'a jamais trouvé un meilleur titre. Ce que j'aime dans ce titre, c'est que cela prend ses racines dans le monde documentaire, le monde d'où je viens, et que c'est une phrase qui m'était adressée à moi par rapport à cette épreuve-là. Dans le film *La vie est immense*, le petit garçon, à un moment, est à l'hôpital ; il partage sa chambre avec un autre garçon et il dit « *la vie, elle est immense mais elle est pleine de dangers* ». C'est sublime. On dirait un poème.

S.H. : Pensez-vous que l'on puisse aborder les représentations de cette maladie en imaginant des discussions et des débats à partir de votre film, malgré les douleurs et les souffrances qu'il peut susciter ?

S.A. : Oui, c'est salutaire. Je pense que c'est important de parler, de pleurer, de sortir les choses, et puis si cela remue des choses très douloureuses chez les gens, c'est que ces choses ne sont pas réglées. Il y a beaucoup de gens qui me disent que le film les a énormément aidés, des gens malades, beaucoup de gens aussi de l'entourage. Quand je me promène dans la rue, à Paris, les gens m'arrêtent et me disent « *on a vu le film à un moment où ma mère venait de tomber malade, cela m'a beaucoup aidé, je l'ai amenée voir le film, elle n'avait pas envie d'y aller, mais cela l'a aussi aidée...* ». Cela ne peut pas être valable pour tout

le monde, mais en tous cas, c'est très important que les gens puissent parler, échanger ; en revanche, ce n'est pas bien de montrer ce film à des gens qui n'ont pas envie de le voir. Des médecins m'ont dit que le film les a fait réfléchir et des réunions ont été organisées à Villejuif, car finalement, ils ne savent pas comment cela se passe chez la personne malade, ils ne la voient qu'à l'hôpital. Je tenais à raconter l'histoire d'une fille malade, mais son identité ne se réduit pas à ses symptômes.

S.H. : Dans des démarches d'éducation, nous avons eu à travailler récemment sur les besoins de malades atteints de cancer ...

S.A. : Je me suis moi-même demandé « *qu'est-ce qui m'a aidé le plus, quand j'étais malade ?* ». L'une des choses qui m'ont beaucoup aidée, c'était de parler avec des gens au téléphone, qui avaient été malades et qui avaient de nouveau des cheveux, deux seins, qui retravaillaient, qui avaient peut-être eu un enfant..., parce que cela me permettait de me projeter dans l'avenir. Quand on est très malade, on ne peut pas se projeter dans l'avenir. Juste avant que le film ne sorte à Cannes, on s'est posé beaucoup de questions sur « comment communiquer sur le film » : qu'est-ce que tu veux dire ou ne pas dire, est-ce que c'est ton histoire... Je me suis dit que certes, je n'étais pas obligée, mais je sais que le fait de dire que c'est mon histoire, cela va aider les gens qui sont malades et ils vont savoir que cela m'est arrivé et que j'ai trouvé tout de même la force pour faire le film. C'est ce qui me tenait à cœur, car il y a une chose très

effrayante que l'on voit à l'hôpital, ce sont les gens qui font des rechutes. Cela m'a totalement angoissée, je ne voyais que des gens qui rechutaient et qui en étaient à leur deuxième, troisième, quatrième cancers, et je me disais « *c'est dingue, on ne s'en sort jamais de ce truc* ». La psychothérapeute que je voyais à Villejuif m'a dit « *ceux qui ne rechutent pas ne reviennent pas ici et c'est pour cela que vous ne les voyez pas dans les salles d'attente et qu'ils ne vous parlent pas. Il y en a beaucoup, mais ils ne croisent pas votre chemin puisqu'en ce moment, vous êtes à l'hôpital.* » Des choses aussi simples, on n'y pense pas.

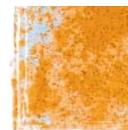
S.H. : Quel est votre prochain projet ?

S.A. : J'en ai actuellement deux : un projet de fiction que j'ai commencé à écrire mais qui est encore un peu nébuleux et depuis quelques jours, j'ai envie de faire un documentaire, mais il faut trouver l'argent assez rapidement. C'est l'histoire d'un condamné à mort au Texas qui a une correspondance avec des jeunes étudiants à Bordeaux : ils ont monté une association qui a récolté 160 000 francs pour ouvrir une contre-enquête aux États-Unis. Elle montre que cet homme est innocent, mais il va quand même être exécuté. Pour moi qui ai la nationalité américaine, j'ai honte pour les États-Unis. J'ai envie de partir tout de suite faire un film là-dessus. C'est compliqué de trouver de l'argent pour faire un film, cela prend toujours des mois voire des années. En même temps, le fait qu'il y ait une urgence, cela peut accélérer.

Propos recueillis par **Alain Douiller**



© Ex Nihilo - 1999



Les médecins généralistes et le dépistage du sida

L'enquête menée par téléphone en 1998 par le CFES auprès de 2 073 médecins généralistes¹ s'est notamment intéressée à leurs attitudes vis-à-vis du dépistage du sida, pour eux-mêmes et pour leurs patients.

De plus en plus de généralistes déclarent avoir effectué au moins un test de dépistage du sida. En effet, ils sont 59,6 % dans ce cas en 1998 contre 54,1 % dans l'enquête précédente de 1994-1995 ; cette évolution est sans doute le fait des plus jeunes, les 40 ans et moins étant 77,2 % contre 46,1 % pour les plus de 51 ans (Figure 1). Par ailleurs, les femmes médecins sont plus nombreuses à avoir effectué un dépistage.

Les médecins ont davantage eu recours au dépistage que le reste de la population générale, au sein de laquelle, d'après les données de l'enquête KABP² de 1998, seulement 32,9 % des hommes et 39,6 % des femmes déclaraient avoir déjà effectué un test de dépistage (Tableau 1).

Les médecins prescrivent moins de tests

Le réseau Renavi³ indique une baisse significative du nombre de prescriptions de dépistage du VIH entre 1994 et 1997 dans les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), dispensaires, hôpitaux, laboratoires privés. L'étude Baromètre santé 98-99 le confirme : au cours du mois précédent l'enquête, 85,9 % des généralistes avaient prescrit au moins une sérologie, contre 90,7 % en 1994-1995, et le nombre moyen par mois de prescriptions est passé de 6,6 (il y a quatre ans) à 4,5 pour cette enquête. Il est intéressant de noter que les médecins ayant effectué eux-mêmes un test de dépistage du VIH sont plus nombreux à avoir prescrit au moins une sérologie au cours du dernier mois.

Le niveau de prescription, relativement élevé en France, a baissé, mais il est certainement mieux ciblé. Au cours des douze derniers mois, 11,1 % des généralistes ont annoncé au moins un résultat VIH positif, le nombre moyen annuel de résultats positifs annoncés s'élève à 0,2 sur l'ensemble de l'échantillon, mais, si l'on ne prend en compte que ceux ayant annoncé au

	Hommes	Femmes	Ensemble
Enquêtes Baromètres médecins			
94-95 (n=1 011)	51,1 %	68,0 %	54,1 %
98-99 (n=2 071)	56,9 %	69,5 %	59,5 %
Études KABP*			
1994 (n=1 501)	32,2 %	36,9 %	—
1998 (n=1 485)	32,9 %	39,6 %	—

* Grémy I., Beltzer N., Echevin D. *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au sida en France, évolutions 1992-1994-1998*. ORS Ile-de-France, avril 1999.

moins un résultat positif, ce taux s'élève à 1,5. Les médecins hommes ont annoncé significativement plus de sérologies positives que leurs confrères, de même que les médecins appartenant à un réseau VIH ou VHC ont dépisté 1,5 fois plus de personnes atteintes par le VIH.

Le mode et le lieu d'exercice des médecins semblent influencer sur la prescription de dépistage

Ceux qui réalisent davantage d'actes journaliers et ceux estimant à plus de 10 % la part de leur clientèle bénéficiant de l'aide médicale gratuite prescrivent plus de tests. En revanche, ceux exerçant systématiquement une pratique médicale particulière (acupuncture, homéopathie, mésothérapie, etc.) sont moins prescripteurs de tests de dépistage.

Enfin, les médecins localisés dans les régions ayant les données épidémiologiques de l'infection à VIH-sida les plus élevées annoncent les plus forts taux de prescription de dépistage (Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte-d'Azur) et le nombre d'annonces d'un résultat positif passe de 5,8 % pour un médecin en zone rurale à 12,0 % pour ceux exerçant dans une commune de 20 000 à 200 000 habitants.

Bertrand Coustou

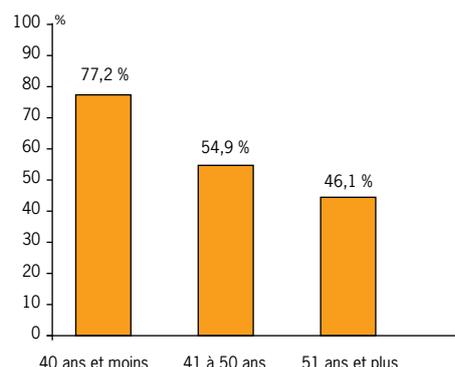
Chargé d'études, service Études et Évaluation, CFES.

1. Arènes J., Guilbert Ph., Baudier F. Baromètre santé médecins généralistes 98/99. Vanves : CFES, 1999 : 220 p.

2. Knowledge, Attitude, Behavior and Practice : connaissance, attitude, comportement et pratique (KABP) en matière de santé.

3. Réseau national du VIH.

Figure 1 : Pourcentage de médecins généralistes ayant effectué un dépistage du VIH selon l'âge



Santé communautaire et promotion de la santé : des concepts et une éthique

Après avoir fait l'historique de l'évolution des conceptions de la santé à travers les siècles, allant du modèle médical à l'influence d'une nouvelle vision de la société, l'ouvrage fait le point sur ses déterminants actuels. Il présente ensuite les objectifs de la prévention et la place qu'y occupe l'éducation pour la santé. Les nouvelles perspectives de la promotion de la santé sont basées sur les déclarations élaborées lors des conférences internationales dans ce domaine : Charte d'Ottawa en 1986, déclarations de Sundsvall en 1991 et de Jakarta en 1997, ainsi que sur la politique cadre de la Santé pour tous (Santé 21) pour la région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Après un bref rappel historique de l'émergence de la santé communautaire, sont exposés les principes, les concepts, les valeurs et les pratiques, la concertation et le travail en réseau, ainsi que le rôle de l'intersectorialité et de la participation impliquées dans sa mise en œuvre. Complété par une bibliographie de documents de langue française, ce petit document apportera aux professionnels devant s'impliquer dans ce domaine les bases historiques et méthodologiques indispensables.

Bruxelles : Santé Communauté Participation, 1999, 38 pages.

Risque & société. Actes du colloque, novembre 1998.

Sous la direction de Maurice Tubiana, Constantin Vrousos, Catherine Carde, Jean-Pierre Pagès

Le colloque, réalisé sous l'égide de l'Académie des sciences, a regroupé un ensemble de professionnels : médecins, enseignants, industriels, pionniers de la cyndinique, psychosociologues, spécialistes de la sécurité et responsables politiques. Son objet était de confronter les réflexions sur la nécessité d'identifier, reconnaître et mesurer le risque, afin de trouver les solutions pour y répondre.

L'ouvrage regroupe les interventions en quatre grandes approches. Dans la première partie, sont abordées les notions de danger et de risque. Le professeur Tubiana y expose notamment son point de vue sur le risque dans le domaine de la santé. Dans la deuxième partie, sont développés les aspects psychologiques et sociaux ; dans la troisième, la négociation et la communication sur les risques et dans la dernière, le débat public sur l'évolution de la gestion des risques par la responsabilité et le principe de précaution et par des procédures de concertation et de décision publique.

Le point a été fait dans des ateliers sur les problèmes spécifiques de risques, liés à l'industrie chimique, à l'énergie, à la pollution due aux transports, à l'alimentation, à la sécurité intérieure, ainsi que sur les mesures publiques mises en place pour les contrôler et les prévenir.

Gif-Sur-Yvette : Éditions Nucléon, 1999, 460 pages, 240 FF.

La boulimie. Réalités et perspectives.

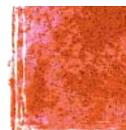
Martine Flament, Philippe Jeammet

L'ouvrage, réalisé collectivement par des médecins, psychiatres et psychologues, exerçant en milieu hospitalier ou dans des unités de recherche de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), propose un ensemble d'informations qui seront utiles aux cliniciens et praticiens confrontés à ce problème de santé publique. En effet, la boulimie, définie depuis longtemps comme un état pathologique de voracité et qui a donné lieu à un grand nombre d'interprétations organiques ou psychogéniques, a des conséquences physiques, psychologiques et sociales très graves. Elle est quatre fois plus fréquente que l'anorexie mentale et touche de 1 à 2 % des jeunes femmes en France. L'étude d'épidémiologie clinique, réalisée par le réseau de recherche clinique de l'Inserm, et l'exploitation d'enquêtes internationales permet de préciser les aspects épidémiologiques et sémiologiques de ce comportement, de décrire les manifestations du début des troubles du comportement alimentaire chez l'adolescent et les formes cliniques constatées selon l'âge et le sexe.

Les troubles qui peuvent lui être associés sont variés : conduites addictives, troubles de l'humeur, troubles anxieux, tentatives de suicide. Dépassant le domaine spécifique des comportements alimentaires, ils permettent d'envisager la boulimie comme un trouble psychopathologique et de mieux en comprendre la pathogenèse. La mesure des capacités intellectuelles et l'approche psychanalytique interviennent également dans la compréhension du problème boulimique. Toutes les possibilités de la prise en charge thérapeutique sont présentées à partir de l'expérience des cliniciens du réseau.

Les facteurs évolutifs et pronostiques, ainsi que les perspectives actuelles font espérer une meilleure compréhension et une évolution plus favorable de cette pathologie complexe qui touche un nombre important de jeunes femmes.

Paris : Masson, 2000, 394 pages, 380 FF.



• COMMUNIQUÉ •

Jusqu'où je m'arrête ?

Un film de Sylvie Berrier

Des jeunes filles et des garçons s'expriment sur la peur dans des situations à risque, sur les risques lors des relations amoureuses et sur l'influence du groupe lors de la prise de risque. Ces jeunes ont connu différentes situations de ruptures affectives, sociales, scolaires et les propos qu'ils tiennent sont parfois violents. La notion de risque est abordée de manière très globale ce qui permet de lancer la discussion autour des questions non spécifiquement repérées dans le film.

Le livret pédagogique destiné à l'animateur est bien structuré. Il contient des éléments indispensables pour approfondir et élargir le sujet.

La Cathode Vidéo, cassette VHS, 14 mn + un livret pédagogique destiné à l'animateur, 250 FF + 30 FF de port (119, rue Pierre Sémard - 93000 Bobigny).

Tél. : 01 48 30 81 60 - e-mail : la.cathode@wanadoo.fr

L'anniversaire de Jimmy Castor

Coffret pédagogique de l'UFSBD

Jimmy Castor fête aujourd'hui son 5^e anniversaire. À cette occasion, il a invité ses amis à passer la journée avec lui. À travers le déroulement de cette journée, le coffret aborde les questions d'hygiène bucco-dentaire et d'alimentation. L'histoire est racontée avec des voix d'enfants. Elle permet de comprendre le processus de formation des caries et le rôle des aliments sur la santé dentaire.

Cet outil plein d'humour est conçu pour une utilisation en classe de maternelle. Il présente, en outre, des pistes d'élargissement destinées à l'animateur qui l'utilise, enseignant ou non.

Union française pour la santé bucco-dentaire : un diaporama (33 diapositives couleurs, une cassette audio, 12 mn) ; une affiche ; deux dessins à dupliquer et à faire colorier + un livret pédagogique destiné à l'animateur, 368 FF frais de port en su (6, rue Guillaume Tell - 75017 Paris). Tél. : 01 44 90 93 90.

Education Santé sommaire n°147 - avril 2000

Réflexion**Apprivoiser la mort**

par Marie-Ange Abras

Initiatives**The Insider fera-t-il un tabac ? L'industrie mise à nu aux États-Unis. Les chiffres les plus récents en Belgique****Allergies : que la prévention, mais toute la prévention**

par Myriam Marchand

Les impressions ne protègent pas. Une campagne de prévention du sida à l'attention des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes

par Thierry Martin, Ex æquo

Optimaliser le dépistage du cancer du sein

par Chantal Bourdon, CRDS

Tant de cœurs foudroyés en Europe

par Michel Pettiaux, FARES

Stratégie**Le paysage préventif flamand en 1999. Cinq objectifs de santé, la prévention locale et une nouvelle structure**

par Leen Van Straeten, VIG

Locale**Mon école... en santé.****Un projet de promotion de la santé globale à l'école**

par Viviane Demortier, Service de l'aide sociale et de la santé de la Province du Brabant wallon

Matériel**En direct de Sparadrap!****Des médicaments utiles à meilleur prix****Lu pour vous****Santé communautaire et promotion de la santé. Partenariat en promotion de la santé. 10 ans d'expérience et de réflexion**

par Myriam Marchand

Mieux informer les patients**Lu pour vous****À quoi ça sert que des pros se décarcassent ? Évaluation du Catalogue-guide Éducation pour la santé**

par Anne Poumay, APES, Eric Vandersteenen, MCFB, Chantal Vandoorne, APES, Christian Grégoir, MCFB

Éducation Santé est un mensuel gratuit, réalisé avec l'aide de la Communauté française de Belgique - Département de la santé.

Pour recevoir un exemplaire de ce numéro : Éducation Santé, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Fax : +2 243 20 49. Mél : education.sante@mc.be