

adsp

60

septembre 2007

adsp

actualité et dossier en santé publique

trimestriel

**La vaccination par
le BCG en France :
historique et
évolution**

**Vaincre les
discriminations
dans le domaine
de la santé mentale**

**Prélèvements et greffes
d'organes : éthique,
droits et devoirs
internationaux comparés**

**Tableau de bord régional
santé-environnement :
méthodologie et
principaux constats**

dossier

Prévenir les addictions





Haut Conseil de la Santé Publique

Président

Roger Salamon

Vice-présidente

Isabelle Momas

Collège

Personnalités qualifiées

Sophie Bejean
Marc Eloit
Marie-Alix Ertzscheid
Anne Laude
Stéphane Le Boulter
Isabelle Momas
Roger Salamon
Fernand Sauer
Anne Tallec
Anne Tursz

Présidents des commissions spécialisées

Christian Perronne
Roland Sambuc
Brigitte Sandrin-Berthon
Jean-François Toussaint

Membres de droit

- Directeur général de la Santé
- Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins
- Directeur général de l'Autorité de sûreté nucléaire
- Directeur de la Sécurité sociale
- Directeur de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
- Directeur général de l'Action sociale
- Directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie
- Président du collège de la Haute Autorité de santé

Commission spécialisée Sécurité sanitaire

Personnalités qualifiées

Robert Anton
André Aurengo
Gilles Berrut
Serge Boarini
Jean-Paul Boutin
Elisabeth Bouvet-Koskas
François Bricaire
Emmanuel Camus
Claude Casellas
Mireille Chiron
François-Lôic Cosset
Sylvie Crauste-Manciet
Pierre Czernichow
Jacques-Christian Darbord
Frédéric De Blay
Bruno Fouillet
Dominique Gendrel
Dominique Grimaud
Philippe Hartemann
Dominique Le Boeuf
Yvon Le Moullec
Catherine Lepout
Francelyne Marano
Nicole Pasteur
Christian Perronne
Pierre Pothier
René Seux
Jean-Hugues Trouvin
Pierre Verger
Denis Zmirou-Navier

Président

Christian Perronne

Vice-présidents

Denis Zmirou-Navier
Dominique Grimaud

Membres de droit

- Directeur de l'Institut de veille sanitaire
- Directeur de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
- Directeur de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments
- Directeur de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail
- Directeur de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
- Directeur de l'Agence de la biomédecine
- Directeur de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire

Commission spécialisée Maladies chroniques et incapacités

Personnalités qualifiées

Jean-Marie André
Bernard Bioulac
François Boué
François Bourdillon
Serge Briançon
Marie-Odile Carrère
Laure Com-Ruelle
Hélène Fagherazzi-Pagel
Guy Gozlan
Hélène Grandjean
Jacques Hugon
Claude Jeandel
Sylvie Legrain
Jean-François Mathé
Vincent Meininger
Jean-Jacques Mourad
Philippe Ravaut
Brigitte Sandrin-Berthon
Jean Sengler
Elisabeth Spitz

Président

Brigitte Sandrin-Berthon

Vice-président

Serge Briançon

Membres de droit

- Directeur de l'Institut de veille sanitaire
- Directeur de l'Institut national de lutte contre le cancer
- Directeur de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
- Directeur de l'Agence de la biomédecine

Commission spécialisée Prévention et déterminants de santé

Personnalités qualifiées

Carole Baeza
François Baudier
Eric Billaud
Marie-Hélène Bouvier-Colle
Betty Brahmy
Denis Caillaud
Pierre Chauvin
Dominique Combret
Marie-Josée Couteau
Michel Debout
Nelly Dequidt
Jean-François Duhamel
Laurence Fond-Harmant
Olivier Ganry
Marcel Goldberg
Jean-François Guegan
Sophie Guillaume
Virginie Halley des Fontaines
Serge Herberg
Martine Huot-Marchand
Thierry Lang
Yves Lecarpentier
Franck Le Duff
Patrick Peretti-Watel
Pierre Polomeni
Monique-Marie Rousset
Bernard Siano
Véronique de la Source
Jean-François Toussaint
Alain Trugeon

Président

Jean-François Toussaint

Vice-président

Marie-Hélène Bouvier-Colle

Membres de droit

- Directeur de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé
- Directeur de l'Institut national de lutte contre le cancer

Commission spécialisée Évaluation, stratégie et prospective

Personnalités qualifiées

François Alla
Jean-Claude André
Chantal Cases
Yves Charpak
Franck Chauvin
Benoît Dervaux
Jean-Jacques Eledjam
Jean-Claude Healy
Eric Jouglia
Alain Letourmy
Gérard Parmentier
Bernard Perret
Roland Sambuc
Marie-Paule Serre
Emmanuel Vigneron

Président

Roland Sambuc

Vice-président

Chantal Cases

Membres de droit

- Directeur de l'Institut de veille sanitaire
- Directeur de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments
- Directeur de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail
- Directeur de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
- Directeur de l'Agence de la biomédecine
- Directeur de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé
- Directeur de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire

Ministère de la Santé et des Solidarités

Haut Conseil de la santé publique

coordonnées

14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
Télécopie : 01 40 56 79 49
Site : www.hcsp.fr
Courriel : hcsp-secr-general@sante.gouv.fr

bureaux

18 place des Cinq-Martyrs-du-Lycée-Bufferon
75014 Paris
1^{er} étage, accueil pièce 1131
Métro : Montparnasse, Pasteur, Gaîté
Bus : 88, 91



Les addictions, question sociale, enjeu de santé publique

Patrick Peretti-Watel
Inserm UMR379,
membre du
Haut Conseil
de la santé publique

Le plan 2007-2011 de prise en charge et de prévention des addictions marque la volonté des pouvoirs publics de promouvoir désormais une approche globale des conduites addictives¹. Il inclut en effet les addictions aux substances psychoactives, y compris les drogues licites (alcool, tabac, médicaments psychotropes), mais aussi les « addictions sans drogue », qui correspondent à un investissement excessif, compulsif et nocif dans des activités d'ordinaire anodines : jeux d'argent, jeux vidéos, mais aussi travail, achats, sport, sexe... Les conduites addictives ainsi définies ont des conséquences sanitaires et sociales multiples (maladies, handicaps, suicides, violence, isolement, précarité...), pour leurs auteurs mais également pour leur entourage. Incontestablement très lourdes, même si elles sont difficilement quantifiables, ces conséquences légitiment la mise en place de ce plan quinquennal. Toutefois, celui-ci devra d'abord relever le défi de sa propre lisibilité, tant son champ d'application est délicat à circonscrire : d'une part la liste des activités potentiellement impliquées est très longue, d'autre part les seuils à partir desquels une conduite peut être considérée comme risquée, nocive, puis enfin addictive, sont bien difficiles à déterminer.

Hormis cet écueil, il lui faudra assumer les inconvénients potentiels du processus de médicalisation des comportements qu'il implique. Évidemment, cette médicalisation présente de nombreux avantages pour les individus qu'elle cible. Si le joueur invétéré est habituellement isolé par une stigmatisation qui lui laisse peu de recours pour faire face à ses problèmes, le fait de considérer son comportement non plus comme un vice mais comme une forme de pathologie permet par exemple de le faire bénéficier d'une prise en charge par le système de soins, et de suspendre dans le même temps le jugement moral dépréciateur dont il fait l'objet. Tout en soulignant ces avantages, il faut cependant se rappeler que par le passé la médicalisation de conduites jugées anormales a pu avoir des conséquences fâcheuses pour les personnes concernées².

Malheureusement, cette médicalisation s'est souvent conjuguée avec une approche scientifique et préventive qui privilégiait les facteurs explicatifs individuels, en négligeant les facteurs contextuels, collectifs, tout en délaissant la compréhension que les individus ont de leurs propres actes, y compris les objectifs qu'ils poursuivent³. Or ce sont des aspects essentiels des conduites addictives qu'il s'agit ici de prévenir et de prendre en charge. Nous vivons en effet dans une société « addictogène »⁴ : l'individu moderne est devenu à la fois souverain et incertain, il dispose d'une autonomie inédite mais aussi très fragilisante et anxiogène, au regard des nouvelles exigences qui pèsent sur lui. Ainsi exhorté à prendre sa vie en main, à maîtriser son existence, dans une société qui valorise la réussite, la performance, mais aussi la recherche du bien-être, du bonheur⁵, l'individu peut trouver dans les substances psychoactives de puissants adjuvants pour satisfaire ces exigences ou gérer le stress que génère cette quête. Non sans ironie, c'est donc en tentant d'assumer une autonomie inédite que certains finissent par s'enchaîner eux-mêmes. Garder ou conquérir la maîtrise de soi ou des événements, au moins symboliquement, sont aussi des motivations importantes pour les personnes qui souffrent d'un investissement excessif devenu nocif dans les jeux d'argent, les jeux vidéo, le sport ou le contrôle de leur propre poids.

Être capable de conjuguer cette dimension psychosociale des conduites addictives avec l'approche biomédicale constitue donc un impératif pour espérer parvenir à une compréhension satisfaisante de celles-ci, et les contributions réunies dans ce dossier spécial de la revue du Haut Conseil de la santé publique permettent de mettre en perspective cet enjeu et de proposer de nouvelles pistes pour améliorer, voire refonder, la prévention et la prise en charge des addictions. ■

1. Pour une présentation de cette approche globale et de sa genèse, cf. la contribution de Pascale Gayraud et Pierre Poloméni dans le présent numéro.

2. Le « malade » devient en effet un « citoyen de deuxième classe », jugé partiellement irresponsable, et tout entier soumis au contrôle social que la médecine exerce alors sur lui. Cf. les cas de la folie, de l'alcoolisme, de l'addiction aux opiacés ou encore de l'homosexualité et de l'hyperactivité infantile, dans Conrad, P. & Schneider, J. (1992). *Deviance and Medicalization : From Badness to Sickness*. Philadelphia : Temple University Press.

3. Concernant les significations et les fonctions sociales des conduites à risque, cf. la contribution de Santiago Serrano. Cf. aussi Peretti-Watel P, Moatti J.P. (2006). Understanding risk behaviours : how the sociology of deviance may contribute ? The case of drug-taking. *Social Science & Medicine*, 63 (3), pp. 675-679.

4. Cf. la contribution d'Alain Morel.

5. Cf. sur ce point la contribution de Serge Boarini.

Directeur de la publication

Didier Houssin, directeur général de la Santé

Rédacteur en chef

Patricia Siwek

Comité de rédaction

Serge Boarini, Betty Brahmy, Chantal Cases, Sandrine Chambaréaud, Pascale Dhote-Burger, Pascale Gayraud, Isabelle Grémy, Dominique Grimaud, Alain Jourdain, Dominique Le Bœuf, Yves Lecarpentier, Franck Le Duff, Claire Méheust, Isabelle Momas, Pierre Polomeni, Monique-Marie Rousset, Brigitte Sandrin Berthon, Fernand Sauer

Secrétaire de rédaction

Catherine de Pretto

Coordonnées de la rédaction

Haut Conseil de la santé publique
14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
Téléphone : 01 40 56 79 56
Télécopie : 01 40 56 79 49
Courriel : hensp-adsp@sante.gouv.fr
Site : hensp.ensp.fr

Demandes d'abonnement

La Documentation française
Bulletin d'abonnement : 3^e de couverture

Réalisation

Philippe Ferrero

Relecture

Nelly Zeitlin

Ont participé à ce numéro

Gérard Badéyan, Serge Boarini, Aude Caria, Sandrine Chambaretaud, Baptiste Cohen, Jean-Michel Costes, Jean-Pierre Couteron, René Demeulemeester, Antoinette Desportes-Davonneau, Marc Duriez, Benoît Fleury, Pascale Gayraud, Dominique Grimaud, Geneviève Guérin, Nicole Guérin, Olivier Guye, Martine Lacoste, Hélène Martineau, Michel Massacret, Lucile Montestrucq, Alain Morel, Catherine Pequart, Patrick Peretti-Watel, Pierre Poloméni, Renée Pomarède, Alain Rigaud, Jean-Luc Roelandt, Jean-Louis San Marco, Jean-Jacques Santucci, Santiago Serrano, Béatrice Tran, Jean-François Vallette, Marc Valleur

adsp actualité et dossier en santé publique

est publiée par La Documentation française

Revue trimestrielle 13,80 euros

Abonnement annuel (4 numéros) 42,50 euros

En application de la loi du 11 mars 1957 (art. 41) et du Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992, toute reproduction partielle ou totale à usage collectif de la présente publication est strictement interdite sans autorisation expresse de l'éditeur.

© 2007 Haut Conseil de la santé publique.

Dépôt légal novembre 2007. ISSN 1771-7450.

Commission paritaire : 1008 B 05201.

Tourbillons : www.jlwdesign.com.

Imprimerie : Jouve, 53100 Mayenne.

éditorial

1 Les addictions, question sociale, enjeu de santé publique

Patrick Peretti-Watel

HCSP DIRECT

4 Répartition des objectifs au Haut Conseil de la santé publique

actualité

6 La vaccination par le BCG en France : historique et évolution jusqu'à la suspension de l'obligation vaccinale

Pourquoi a-t-on supprimé l'obligation de la vaccination par le BCG ?

Nicole Guérin

9 Vaincre les discriminations dans le domaine de la santé mentale : quelques recommandations

La stigmatisation des troubles psychiques a des effets délétères sur la vie des personnes qui en souffrent et retardent l'accès aux soins spécialisés.

Jean-Luc Roelandt, Aude Caria

rubriques

international

12 Prélèvements et greffes d'organes : éthique, droits et devoirs internationaux comparés

Présentations des réglementations et pratiques, au niveau international, en matière de prélèvements et greffes d'organes.

Dominique Grimaud

rubriques

régions

85 Tableau de bord régional santé-environnement : méthodologie et principaux constats

Quelles sont les relations entre l'environnement et la santé ? Présentation d'un outil, réalisé en Rhône-Alpes, pour éclairer les décideurs.

Lucile Montestrucq, Olivier Guye

repères

15 brèves européennes

16 organisme

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

90 recherche

Recherche en santé mentale et santé publique

92 lectures

93 en ligne

94 lois & réglementation

96 calendrier

prochain numéro

dossier n° 61

La prise en charge des maladies cardiaques

Prévenir les addictions

Quels sont les moyens de prévenir les addictions ? Depuis une dizaine d'années, la prévention s'intéresse davantage aux comportements qu'aux produits, sans nier leurs particularités. Cette approche s'est définie autour des notions d'usage, d'abus et de dépendance, laissant une large place aux stratégies de promotion de la santé, d'intervention précoce ou de réduction des risques. Ceci devrait se concrétiser dans une prévention plus cohérente, plus structurée et mieux financée.

dossier coordonné par **Alain Morel, Pierre Poloméni et Pascale Gayraud**

p. **17**

18 État des lieux et concepts

Les informations sur les consommations de substances psychoactives en France, les acteurs de la prévention et les axes conceptuels de cette prévention.

18 Vers une prise en compte effective des conduites addictives

Pascale Gayraud, Pierre Poloméni

20 Dangers et plaisirs : l'ubiquité des drogues en cubes

Alain Morel

22 Les consommations de substances psychoactives en France

Jean-Michel Costes, Hélène Martineau

26 Vers une nouvelle prévention ?

Alain Morel

32 Les acteurs de proximité de la prévention des addictions

36 Axes de la prévention

Éducation pour la santé, promotion de la santé, information, intervention précoce, réduction des risques sont les modalités utilisées pour prévenir les conduites addictives.

36 Éducation pour la santé et conduites de consommation à risque

René Demeulemeester

37 Comment la communication peut préparer et accompagner une mesure de santé publique ?

39 « Libre comme l'air » : un coffret d'éducation pour la santé et de prévention du tabagisme au collège

40 Promouvoir, initier et coordonner des actions de prévention du tabagisme et d'aide au sevrage tabagique en entreprise dans la région Limousin

41 Actions de prévention de proximité en addictologie

Alain Rigaud

43 L'aide à distance en addictologie

Baptiste Cohen

45 Le travail, un lieu où apprendre à gérer ensemble la réalité alcool

Jean-François Vallette, Pascale Gayraud

47 Conduites addictives et milieu professionnel

Michel Massacret

48 Un diaporama ouvert pour la formation et la prévention dans les écoles de police

Pierre Poloméni

49 L'intervention précoce : pourquoi et comment ?

Jean-Pierre Couteron, Jean-Jacques Santucci

52 Le repérage précoce de l'alcoolisation excessive et les interventions brèves

Benoît Fleury

54 Intervention précoce à partir des « consultations jeunes consommateurs »

Jean-Pierre Couteron, Jean-Jacques Santucci

55 Le dispositif des « consultations jeunes consommateurs »

56 La réduction des risques : aujourd'hui et demain

Catherine Pequart, Martine Lacoste

61 Questions actuelles

Comment agir auprès des populations précarisées ? Comment prendre en charge les phénomènes de « switch » ? Et comment organiser et financer un dispositif territorial de prévention ?

61 Prévention des conduites à risques et question sociale

Santiago Serrano

65 Passer d'une addiction à une autre

Marc Valleur, Pierre Poloméni

69 Vers la reconnaissance et le financement de la prévention

Alain Rigaud

72 Tribunes

72 Quelle efficacité attendre des mesures légales et réglementaires de prévention des conduites addictives ?

Jean-Louis San Marco

75 Recherche du bonheur et conduites addictives

Serge Boarini

78 La prévention des addictions : un modèle « écologique » pour une politique recentrée sur les jeunes

Baptiste Cohen

83 Bibliographie



L'une des missions du HCSP est la rédaction d'un rapport d'évaluation sur la réalisation des objectifs de la loi de santé publique. Pour ce faire, le HCSP a réparti ces 100 objectifs entre les 4 commissions spécialisées selon leur champ de compétence. Par ailleurs le HCSP a rendu plusieurs avis pour lesquels il avait été sollicité et prépare des propositions s'articulant avec les travaux du Grenelle de l'environnement.

Collège

Le président et la vice-présidente du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) ont été reçus par Mme Bachelot, ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Elle a fait part de l'importance qu'elle accordait aux avis du HCSP, notamment pour l'élaboration de la prochaine loi de santé publique qui sera mise en chantier en 2009. La ministre attend non seulement des avis sur saisine, notamment en urgence pour les questions de sécurité sanitaire, mais des travaux d'évaluation de la précédente loi et des préconisations pour la suivante et particulièrement en termes d'objectifs quantifiés. La ministre a accepté une rencontre avec l'ensemble des membres du HCSP pour exposer ses attentes.

Les travaux du Collège, dans ses deux séances estivales, ont consisté à mettre en place le programme d'évaluation que mènera le HCSP. L'analyse évaluative des 100 objectifs de santé publique a été distribuée aux quatre commissions spécialisées selon leur domaine de compétence. Le pilotage de l'évaluation du Plan maladies rares a été confié à Anne Tursz et celui de la régionalisation des politiques de santé publique à Anne Tallec. Ces travaux, qui commenceront par un état des lieux, devraient prendre corps en 2008.

Répartition des objectifs au Haut Conseil de la santé publique

CS1 Commission spécialisée Sécurité sanitaire

La commission Sécurité sanitaire s'est réunie en session plénière le 5 juillet et le 14 septembre 2007.

La première étape du travail d'analyse et d'évaluation de l'atteinte des objectifs annexés à la loi de santé publique du 9 août 2004 a été amorcée au cours de ces deux réunions. Une phase de cadrage méthodologique, préparée par la commission spécialisée 4 (Évaluation, stratégie et prospective) et le Collège a permis de mettre à la disposition des membres les premiers outils et le calendrier de travail.

Vingt-huit objectifs de santé publique, relatifs au champ de compétences de la Commission, ont été répartis et seront analysés au sein de quatre groupes thématiques : santé-environnement ; santé-travail ; maladies infectieuses et résistance aux antibiotiques ; iatrogénie.

Le groupe santé-travail sera transversal à la commission spécialisée 3 (Prévention et déterminants de la santé). Dans le cadre d'une cinquième thématique (Cancer de la thyroïde), la commission Sécurité sanitaire sera consultée par la commission spécialisée 2 (Maladies chroniques et incapacités), pour les aspects relatifs aux aspects iatrogènes de la radiothérapie.

L'objectif de ce travail est de réaliser, d'ici le mois de décembre 2007, un état des lieux de l'atteinte des vingt-huit objectifs de santé publique, notamment via le niveau de résultat des indicateurs associés, ainsi qu'une mise à plat des actions menées dans le cadre de l'ensemble des plans et programmes de santé publique pouvant avoir un impact sur l'atteinte de ces vingt-huit objectifs.

Des saisines, émanant essentiellement de la Direction générale de la santé, ont été examinées par la Commission spécialisée Sécurité sanitaire et ont donné lieu à des avis et rapports du HCSP, publiés sur le site www.hcsp.fr.

Avis adoptés le 5 juillet 2007

- Classification des tests au gaïac imprégnés de matières fécales, utilisés pour le dépistage du cancer du colon.
- Recommandations de vaccination contre la varicelle.
- Calendrier vaccinal 2007.
- Demande de prorogation du délai d'achèvement des travaux de désamiantage de la tour Mercure, Paris.
- Projet de décret fixant les règles d'hygiène et de salubrité à respecter lors de la pratique du tatouage par effraction cutanée et du perçage.
- Pertinence d'instaurer, pour la réalisation d'actes invasifs médico-chirurgicaux, un ordre de passage dans les programmes quotidiens d'interventions où figurent des patients porteurs de virus VIH, VHC ou VHB.

Avis adopté 14 septembre 2007

- Projet de décret relatif à la protection des personnes contre les dangers des rayonnements ionisants.

Les comités techniques permanents (Comité technique des vaccinations, Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation et Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins), dont les arrêtés de création et de nomination sont quasiment tous publiés, vont être installés avant la fin de l'année. Le CTV, compte tenu de délais de traitement courts et de saisines importantes en attente de traitement, sera le premier mis en place, en octobre.

Enfin, la commission spécialisée Sécurité sanitaire, soucieuse de l'imminence de l'aboutissement des travaux du Grenelle de l'environnement, a souhaité engager une démarche de propositions et d'analyse de santé publique s'articulant avec les travaux du Grenelle.

CS2 Commission spécialisée Maladies chroniques et incapacités

En juillet et septembre, les deux réunions plénières de la commission Maladies chroniques et incapacités (présidente : Dr Brigitte Sandrin-Berthon, vice-président : Pr Serge Briançon) ont été consacrées à la préparation de l'évaluation des trente-quatre objectifs de santé publique qui lui ont été assignés.

Cette phase préparatoire a débuté avec la présentation, par la Drees, d'un exposé sur « *La définition opérationnelle des indicateurs de suivi des 100 objectifs et des indicateurs transversaux, le suivi de ces indicateurs, le bilan 2006 et les perspectives* », synthèse de la démarche illustrée par les rapports DGS/Drees de juillet 2005¹ et Drees 2006².

Les objectifs ont ensuite été répartis entre six groupes de travail thématiques qui ont, pour la plupart, d'ores et déjà désigné leur rapporteur : 1 – Cancer (Pr François Boué), 2 – Psychiatrie et toxicomanie, 3 – Douleur et pathologies neurologiques (Pr Jean-François Mathé), 4 – Pathologies féminines (Dr Hélène Grandjean), 5 – Limitations fonctionnelles et pathologies ostéo-articulaires, 6 – Autres maladies chroniques (diabète, maladies respiratoires, insuffisance cardiaque, MICI, IRC) (Dr Laure Com-Ruelle).

Le groupe 3 organisera prochainement une audition publique des sociétés savantes sur l'atteinte de l'objectif 72 « Accidents vasculaires cérébraux ».

La séance plénière de novembre sera consacrée à la présentation des premiers résultats des groupes 1, 4 et 6.

CS3 Commission spécialisée Prévention et déterminants de santé

Une première réunion de rentrée a été consacrée à l'examen des 38 objectifs attribués à la commission et à leur répartition entre ses membres. À partir de cette liste de répartitions individuelles, des groupes de travail ont été constitués autour de thématiques fédérant plusieurs objectifs : addictions, nutrition, santé au travail, santé de la reproduction, cancers, maladies cardio-vasculaires, santé des personnes âgées, suicides. Cette démarche renvoie à la problématique des différents plans de santé publique. Elle implique un rapprochement avec les autres commissions. Elle doit permettre une homogénéisation des différentes démarches pour conduire à la synthèse finale.

● Avancée travaux des groupes autour des objectifs :

La seconde réunion, qui s'est tenue le 19 octobre avait pour but de procéder à une évaluation du degré d'appropriation, par les membres, des objectifs et de la démarche préconisée. Ce même jour la Drees faisait parvenir l'actualisation des données du rapport « L'état de la santé de la population en France en 2006 ».

Les groupes, « Addictions », « Santé de la reproduction » et « Nutrition » peuvent déjà envisager de se structurer sur la base de travaux antérieurs. Les derniers résultats (2006) de l'Enquête nationale nutrition santé ne pourront cependant être présentés que le 12 décembre 2007.

Comme il avait été envisagé, les groupes « Maladies cardiovasculaires » et « Cancer » se rapprocheront de leurs homologues de la CS2. Le champ de compétence de la CS3 sera circonscrit à la prévention primaire et au dépistage.

De même une collaboration entre les groupes « santé au travail » de CS1 et CS3 est en cours.

Les groupes « Vieillesse » et « Suicide » se mettent en place. Des auditions sont prévues pour le début novembre.

● La CS3, par ailleurs, s'inscrit dans le débat lancé sur le « Grenelle de l'environnement ».

● Enfin, pour soutenir la mise en œuvre de la 2^e partie du décret du 16 novembre 2006 interdisant de fumer dans tous les lieux publics au 1^{er} janvier 2008, la CS3 se propose d'émettre un avis partant de son groupe « Addictions » rappelant le contexte sanitaire actuel en France et l'effet de ce type de décisions dans les pays qui les ont adoptées (Irlande, Italie...).

CS4 Commission spécialisée Évaluation, stratégie et prospective

La commission spécialisée Évaluation, stratégie et prospective a tenu sa troisième réunion le 17 septembre dernier. À la suite d'un exposé de Véronique Mallet, chef du bureau Programmation, Synthèse et Évaluation de la DGS sur le rôle et les missions de son bureau, il a été décidé de créer un groupe de travail sur la définition du périmètre évaluable de la loi de santé publique et sur la méthodologie d'évaluation des plans nationaux de santé publique. Bernard Perret a été désigné président de ce groupe de travail. Annabelle Lapostolle, chercheur au sein de l'unité U8222 de l'Inserm, a présenté un rapport sur la faisabilité et la pertinence d'utiliser l'indicateur des Années de vie ajustées sur l'incapacité, développé par l'OMS, pour la description de l'état de santé en France et l'aide à la détermination des priorités de santé publique. Il en ressort qu'il subsiste de trop nombreux manques dans les systèmes d'information pour que cet indicateur soit produit à court terme. Suite à la discussion, un groupe de travail sur les indicateurs transversaux et synthétiques a été mis en place, avec Éric Jouglas comme président. La commission a procédé à la répartition entre ses membres des objectifs de la loi de santé publique dont l'évaluation lui incombe et a mis en place un groupe de travail animé par Chantal Cases pour impulser le développement des systèmes d'information nécessaires pour renseigner les indicateurs pour l'instant manquants. Il faut signaler comme dernier point le lancement d'un groupe de travail sur l'Europe, présidé par Yves Charpak, ayant comme mission d'anticiper l'intégration de l'évaluation des politiques de santé en France dans une perspective européenne.

Les groupes de travail ont tenu une première réunion le lundi 22 octobre le même jour que la commission. Au cours de celle-ci un autre groupe a été constitué sur le thème de la déclinaison géographique des indicateurs et de la mise en évidence de spécificités territoriales. La présidence en a été confiée à Emmanuel Vigneron.

Cette rubrique est rédigée par Béatrice Tran, Geneviève Guérin, Marc Duriez, Gérard Badéyan, coordonnateurs des commissions CS1, CS2, CS3, CS4, et par Renée Pomarède responsable du secrétariat général du HCSP.

1. DGS/Drees. Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, offset, juillet 2005, 554 p.

2. Drees. L'état de santé de la population en France en 2006 : indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique, La Documentation française, 2007, 254 p.

La vaccination par le BCG en France

Historique et évolution jusqu'à la suspension de l'obligation vaccinale

Nicole Guérin

Pédiatre, invitée d'honneur permanente du Comité technique des vaccinations

En juillet 2007, l'obligation de vaccination par BCG était supprimée. Sur quels faits et études les experts se sont-ils appuyés pour préconiser cette mesure ? Une recommandation de vaccination ciblée a accompagné cette suppression.

Le décret n° 2007-1111 du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG a substitué une recommandation forte de vaccination précoce des enfants à risque élevé de tuberculose à l'obligation vaccinale par le BCG pour les enfants et les adolescents.

Cette décision a été prise eu égard à la situation épidémiologique, au programme de lutte contre la tuberculose, aux bénéfices, aux risques et à la pratique actuelle de la vaccination par le BCG, ainsi qu'aux possibilités d'en évaluer l'impact à court et moyen terme.

La situation épidémiologique

En France, la tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire depuis 1964.

Les chiffres de l'incidence déclarée ont régulièrement diminué d'environ 10 % chaque année depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale. L'incidence déclarée a légèrement augmenté, transitoirement, en 1992 et 1993. Les explications possibles sont les conditions de vie de certains groupes de population, l'épidémie d'infections par le VIH et une certaine inadaptation des structures de prise en charge des malades, voire une plus grande sensibilisation des médecins à l'importance des déclarations. La diminution régulière a ensuite repris, le taux d'incidence pour 100 000 habitants passant de 17,2 à 14,6, puis à 13,2 à l'échelle nationale en 1994, 1995 et 1996. De 1997 à 2005, la diminution a ralenti (11,5 à 8,9 pour 100 000). Mais une tendance à la hausse est observée depuis 1998 pour les populations de nationalité

étrangère. L'Ile-de-France reste la région la plus touchée, avec un taux d'incidence de 19 cas pour 100 000 habitants en 2005, de même que la Guyane. Le taux d'incidence augmente avec l'âge, et en fonction de la nationalité (5 pour 100 000 personnes de nationalité française et 41,5 pour 100 000 personnes de nationalité étrangère).

Le programme de lutte contre la tuberculose

Le programme de lutte contre la tuberculose en France 2007-2009, publié en juillet 2007, est axé sur le diagnostic précoce et le traitement pour tous les cas de tuberculose maladie, l'amélioration du dépistage de la tuberculose, l'optimisation de la stratégie vaccinale par le BCG, le maintien de la résistance aux antibiotiques à un taux faible, l'amélioration de la surveillance épidémiologique et du pilotage de la lutte antituberculeuse. Sa mise en œuvre est une des conditions préalables à un changement de politique vaccinale.

Les bénéfices et les risques du BCG

L'efficacité du vaccin, démontrée par les premières observations, a été mise en doute à la suite d'une étude en Inde, à Chingleput. Différents auteurs ont procédé depuis à des méta-analyses dont les conclusions reconnues, y compris par l'OMS, sont que le pouvoir protecteur de la vaccination du nouveau-né par voie intradermique vis-à-vis des formes graves de tuberculose de l'enfant est estimé à 75-80 %, et vis-à-vis des formes pulmonaires, dans l'hypothèse favorable, de 50 %.

Les effets indésirables du BCG : parmi les complications locales et loco-régionales, on peut noter une ulcération au site de l'injection de taille supérieure à 1 cm, une adénite de taille supérieure à 1 cm de diamètre, évoluant parfois vers la caséification et la fistulisation.

Chez le sujet immunocompétent, les ulcérations locales post-BCG sont bien connues et surviendraient dans 1 à 2 % des cas (avec ou sans adénite satellite). Leur évolution peut se prolonger sur plusieurs mois, mais elles finissent par guérir sans séquelles, si ce n'est la cicatrice.

Parmi les réactions systémiques, des ostéites et des « bécégites infectieuses généralisées » ont été très rarement rapportées. Traditionnellement observée chez les enfants présentant un déficit immunitaire sévère, la bécégite généralisée a été signalée de deux à cinq fois pour un million de vaccinés (OMS), une fois pour 100 000 à 200 000 lors de l'expertise collective de l'Inserm.

Politique vaccinale

La réglementation, datant de 1950 et adaptée en 1965, a été modifiée par le décret 96-775 du 5 septembre 1996, puis par le décret du 30 juin 2004 et l'arrêté du 13 juillet 2004. Elle consistait en la vaccination obligatoire de tous les enfants à l'entrée en collectivité et au plus tard à l'âge de 6 ans.

La couverture vaccinale chez les enfants de 2 ans était de 84 % en 2004 et de 95 % chez les enfants de 6 ans nés en 1997 (source Drees).

Cependant, la disparition de la vaccination par multipuncture, fin 2005, a modifié considérablement les données du problème. En effet, l'enquête menée en 1997 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la Santé a montré que 92 % des primo-vaccinations étaient effectuées par multipuncture et des enquêtes menées en 2005 ont indiqué qu'une proportion importante des médecins vaccinateurs n'étaient pas prêts à vacciner les jeunes nourrissons par voie intradermique. De plus, les centres régionaux de pharmacovigilance rapportent un nombre important de mésusages, qui vont probablement diminuer avec l'expérience accrue des vaccinateurs.

Les bases des modifications

L'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (l'Union)

considère qu'il est permis d'envisager la cessation de la vaccination BCG systématique lorsque, soit l'incidence moyenne des cas présentant une expectoration positive à l'examen direct est inférieure à 5 cas pour 100 000 habitants, soit l'incidence moyenne des méningites de l'enfant est inférieure à 1 cas pour 10 millions d'habitants, soit le risque annuel infectieux est inférieur à 0,1 %. Ce dernier paramètre ne peut être estimé dans un pays où la vaccination BCG est largement pratiquée.

En France, les données de la déclaration obligatoire permettent de conclure que l'incidence annuelle des formes BAAR positif et celle des méningites tuberculeuses de l'enfant sont toutes deux proches des seuils proposés par l'Union. Dans le cadre de l'expertise collective menée par l'Inserm en 2004, l'Institut de veille sanitaire a estimé à 320 le nombre de cas de tuberculose de l'enfant qui surviendraient en excès en cas d'interruption de la vaccination, pour une efficacité du BCG de 75 % vis-à-vis des méningites et des miliaires tuberculeuses et de 50 % pour la prévention de l'ensemble des autres formes de tuberculose de l'enfant de moins de 15 ans.

Ces mêmes travaux ont montré qu'environ 75 % des cas de tuberculose de l'enfant de moins de 15 ans surviennent chez des enfants à risque élevé de tuberculose, défini par le fait d'être né dans un pays de forte prévalence de la maladie, ou d'une famille originaire d'un tel pays, ou par l'existence d'un antécédent de tuberculose familial. On estime à environ 100 000 le nombre d'enfants vivant en France répondant à au moins un de ces critères d'enfant à risque. Ainsi, la vaccination ciblée sur moins de 15 % des enfants permettrait d'éviter environ les trois quarts des cas de tuberculose qui sont actuellement évités par la vaccination généralisée des enfants, soit 240 des 320 cas. Elle permettrait de réduire de plus de 85 % la fréquence des effets secondaires de la vaccination et, en particulier, d'éviter 11 des 12 « bécégites » disséminées survenant en France chaque année. Mais l'importance de l'augmentation des infections à mycobactéries atypiques est difficile à prévoir.

Au vu de ces différents éléments, le maintien de la vaccination généralisée aurait pu apparaître comme l'option à privilégier. Mais les difficultés techniques de la vaccination par voie intradermique faisaient redouter une baisse massive de la couverture vaccinale.

Le passage à une stratégie de vaccination ciblée apparaît également acceptable, si les autres outils de lutte contre la tuberculose sont au préalable renforcés, afin de limiter l'augmentation d'incidence de la tuberculose de l'enfant qu'induirait une telle décision. Il s'agit en particulier de l'amélioration du dépistage précoce des cas de tuberculose, de leur investigation à la recherche du cas index ou de cas secondaires et du suivi de l'observance des traitements. Une vaccination sélective risque cependant d'avoir comme conséquence une diminution de la couverture vaccinale dans la population ciblée, ne serait-ce que par l'abrogation de l'obligation vaccinale. Enfin, la vaccination ciblée risque de rencontrer des difficultés en termes de mise en œuvre opérationnelle, d'acceptabilité sociale, éthique et politique.

La décision actuelle

Le décret n° 2007-1111 du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG substitue à l'obligation vaccinale par le BCG pour les enfants et les adolescents une recommandation forte de vaccination précoce des enfants à risque élevé de tuberculose.

Pour les enfants vivant dans un milieu à risque élevé de tuberculose, la vaccination par le BCG est recommandée dès le premier mois de vie. Les nourrissons de moins de 3 mois sont vaccinés par le BCG sans test tuberculinique préalable. Chez les enfants à risque non vaccinés, la vaccination peut être réalisée jusqu'à l'âge de 15 ans. L'intradermoréaction à la tuberculine préalable à la vaccination doit être réalisée à partir de l'âge de 3 mois, pour éviter de vacciner un enfant qui aurait déjà été infecté par le bacille de la tuberculose ou par une autre mycobactérie. Cette vaccination ne s'applique qu'aux personnes ayant une intradermoréaction à la tuberculine négative.

Sont considérés comme enfants à risque élevé de tuberculose (avis du CSHPF du 9 mars 2007), relevant donc de la recommandation forte de vaccination, les enfants qui répondent au moins à l'un des critères suivants :

- enfant né dans un pays de forte endémie tuberculeuse ;
- enfant dont au moins l'un des parents est originaire de l'un de ces pays ;
- enfant devant séjourner au moins un mois d'affilée dans l'un de ces pays ;

- enfant ayant des antécédents familiaux de tuberculose (collatéraux ou ascendants directs) ;
- enfant résidant en Ile-de-France ou en Guyane ;
- enfant dans toute situation jugée par le médecin à risque d'exposition au bacille tuberculeux.

La suspension de l'obligation vaccinale par le BCG ne concerne pas les professionnels soumis à cette obligation. Cependant, il n'y a pas lieu de revacciner une personne ayant eu une première vaccination, même en cas d'intradermo-réaction à la tuberculine négative (décret n° 2004-635 du 30 juin 2004 relatif à la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG).

Mode d'administration

Le vaccin BCG SSI® se présente en flacon multidose contenant une poudre lyophilisée, à reconstituer avec 1 ml de solvant. Après reconstitution, une dose de 0,1 ml contient 200 000 à 800 000 UFC (unités formant colonies).

Le vaccin reconstitué est injecté par voie intradermique à l'aide d'une seringue de 1 ml graduée au centième de millilitre et munie d'une aiguille de 26G/0,45 mm x 10 mm à biseau court, spéciale pour injections intradermiques. Cette aiguille plus fine et plus courte que celle actuellement distribuée sera fournie avec le vaccin dès fin 2007.

Chez l'enfant de plus de 1 an et les adultes, le volume à injecter est de 0,1 ml.

Chez le nourrisson de moins de 1 an, le volume de vaccin à injecter est de 0,05 ml.

On utilise bien entendu une seringue et une aiguille stériles différentes pour chaque injection.

Le site d'injection recommandé est la partie postéro-externe du bras, à l'union des tiers moyen et supérieur.

Suites normales

Le BCG intradermique Pasteur est remplacé par le BCG SSI® depuis août 2004.

L'administration intradermique du BCG, délicate quel que soit l'âge du sujet, l'est particulièrement chez le nouveau-né et le nourrisson.

L'évolution normale de la lésion vaccinale inclut l'apparition d'une papule au site de l'injection qui peut évoluer vers une ulcération de taille inférieure à 1 cm de diamètre et dont peut sourdre un écoulement pendant quelques semaines. La guérison survient au bout de un à deux mois. Il n'est pas nécessaire de protéger le site de l'injection, et bains et douches pour la toilette sont possibles. S'il existe une suppuration, il faut protéger le site de l'injection avec un pansement sec, sans pommade ni pansement occlusif. Un ganglion satellite, axillaire si la vaccination a été effectuée à l'union tiers moyen tiers supérieur du bras comme recommandé, peut apparaître.

Les effets indésirables doivent être déclarés au Réseau national des trente et un centres régionaux de pharmacovigilance.

Contre-indications

Le vaccin BCG SSI® ne doit pas être administré en cas d'hypersensibilité à l'un de ses composants.

La vaccination doit être différée en cas de fièvre ou de dermatose infectieuse généralisée.

Le vaccin BCG SSI® est également contre-indiqué pour les personnes recevant une corticothérapie par voie générale ou un traitement immunosuppresseur (y compris la radiothérapie), les personnes souffrant d'affections malignes (par exemple lymphome, leucémie, maladie de Hodgkin ou autres tumeurs du système réticulo-endothélial), les personnes atteintes d'immunodéficiences primaires ou secondaires, ainsi que les personnes infectées par le VIH (incluant les enfants nés de mère infectée par le VIH).

Conclusion

Quatre-vingts ans après la mise au point du BCG, et l'utilisation large de ce vaccin en France, la situation actuelle est en pleine évolution. L'obligation vaccinale a été prônée en 1950 alors que le bénéfice de la vaccination était indiscutable, compte tenu de l'importance de la maladie. La maladie a maintenant diminué, grâce à l'augmentation du niveau de vie et au dépistage et à la prise en charge des cas contagieux de tuberculose. La maladie persiste cependant dans certaines catégories socio-économiques défavorisées chez lesquelles la vaccination des nouveau-nés apporte une protection individuelle indéniable. La suspension en juillet 2007 de l'obligation vaccinale remplacée par une recommandation forte de vaccination des enfants à risque élevé de tuberculose va devoir être suivie de près dans sa mise en œuvre et ses résultats épidémiologiques. ■

Bibliographie

1. Antoine D., Che D. « Les cas de tuberculose déclarés en France en 2005 ». *BEH* 2007 ; 11 : 85-9.
2. Avis du Comité technique des vaccinations et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (section maladies transmissibles) relatif à la suspension de l'obligation de vaccination par le vaccin BCG chez les enfants et les adolescents. *BEH* 2007 ; 31-32 : 282-4.
3. Calendrier vaccinal 2007. Avis du Haut Conseil de la santé publique. *BEH* 2007 ; 31-32 : 269- 7.
4. Centre d'expertise collective Inserm. *Tuberculose, place de la vaccination dans la maîtrise de la maladie*. Paris : Inserm, 2004 : 282 p.
5. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. « Criteria for discontinuation of vaccination programmes using Bacille Calmette-Guérin (BCG) in countries with a low prevalence of tuberculosis ». *Tubercle Lung Dis* 1994 ; 75 : 179-80.
6. Lévy-Bruhl D. « Perspectives d'évolution de la politique vaccinale BCG en France ». *Bull Epidemiol Hebd* 2005 ; 17-18 : 83-4.
7. Lévy-Bruhl D., Denis F., Gaudelus J., Guérin N. *Le BCG : Quatre-vingts ans d'histoire*. Vaccinologie Doin Éd (à paraître).
8. Programme de lutte contre la tuberculose en France 2007-2009 Comité national d'élaboration du programme de lutte contre la tuberculose. Juillet 2007.
9. Rodrigues L.C., Diwan V.K., Wheeler J.G. « Protective effect of BCG against tuberculous meningitis and miliary tuberculosis : a meta-analysis ». *Int J Epidemiol* 1993 ; 22 : 1154-58.

Vaincre les discriminations dans le domaine de la santé mentale

Quelques recommandations

Jean-Luc Roelandt

Psychiatre, directeur du Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille, France)/EPSM Lille-Métropole

Aude Caria

Psychologue, chargée de mission au Centre collaborateur OMS, Centre hospitalier Sainte-Anne, Paris

Si la stigmatisation des troubles psychiques jette un discrédit sur les patients, elle est responsable de retards dans leur accès aux soins. Le centre collaborateur français de l'OMS émet des propositions.

Le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille, France)¹ a organisé ses troisièmes rencontres internationales à Nice en juin 2007, sur le thème : « Comment lutter contre la stigmatisation et les discriminations dans le domaine de la santé mentale ? » Pour répondre à cette question, ont été présentées les dernières recherches sur la stigmatisation en France et dans le monde, des expériences innovantes d'organisation des soins psychiatriques dans la cité et des actions de communication grand public à propos de la santé mentale.

La stigmatisation et la discrimination liées aux troubles psychiques retardent l'accès aux soins spécialisés et perturbent

1. Le Centre collaborateur français de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS Lille, France) est rattaché à l'EPSM Lille-Métropole et travaille en réseau avec :

Centres hospitaliers : Sainte-Anne (Paris), Edouard Toulouse (Marseille), Montéran (Saint Claude, Guadeloupe), Centre de santé mentale angevin (Angers), EPSM Saint Paul (La Réunion), Colson (Fort de France, Martinique), EPSM Maison-Blanche (Neuilly-sur-Marne), Université et centres de recherches : Centre national de recherches scientifiques (CNRS, Lille), Faculté de médecine (Lille), Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS), Institut fédératif de recherches sur les économies et les sociétés industrielles (IFRESI, Lille), Institut national de la santé et de la recherche médicale Unité 513 (Inserm, Lille), Institut de recherches et de documentation en économie de la santé (IRDES, Paris), Université Paris Créteil, Université Paris XIII (Bobigny)
Associations : Ascodocpsy, Fnapsy et Unafam.
Plus d'information (et le programme du colloque Stigma) sur : www.epsm-lille-metropole.fr

sérieusement la vie quotidienne des personnes qui en souffrent. Depuis quelques années, le regard de la société et des professionnels du champ sanitaire change peu à peu, mais beaucoup reste encore à faire. C'est ce que démontrent les résultats de l'enquête du CCOMS « La santé mentale en population générale : images et réalités ». En France, on pense que celui qui commet un meurtre, un inceste ou un viol est « fou » ou « malade mental ». Or les données du ministère de la Justice montrent qu'en 2003, sur 47 655 personnes mises en examen dans des affaires jugées (crime, délit ou contravention), il y a eu 285 non-lieux par application de l'article 122-1 du Code pénal (irresponsabilité pour cause psychiatrique), soit 0,6 % des personnes mises en examen².

De plus, les troubles psychiques sont fréquents : selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 20 à 25 % des personnes dans le monde auront un trouble mental au cours de leur vie. À l'horizon 2020, la dépression sera la deuxième cause de maladie et d'incapacité. En France, les dernières enquêtes du CCOMS montrent que les troubles psychiques³ sont fréquents [1]; ils représentent la première cause d'invalidité et la deuxième cause d'arrêt maladie. Enfin, l'organisation des soins est complexe et mal connue. Peu de personnes connaissent d'autres lieux de soins que l'hôpital psychiatrique, pourtant

2. Source : ministère de la Justice, Répertoire de l'instruction année 2002.

3. Troubles anxieux, troubles dépressifs, dépendance à l'alcool et aux drogues, troubles psychotiques.

les asiles psychiatriques n'existent plus et l'organisation des soins psychiatriques a beaucoup changé. Plus de 70 % des personnes suivies en psychiatrie ne sont jamais hospitalisées, mais prises en charge en ville [2].

Régulièrement, les faits divers plus ou moins directement liés à des problèmes de santé mentale dramatisent les questions sur les troubles psychiques, interrogent sur les modalités de soins et le suivi des personnes, et en définitive renforcent l'exclusion des patients. À la lecture de l'actualité judiciaire récente, on a l'impression que le discours politique, en accord avec les représentations sociales de la population, tiennent pour acquis un rôle répressif de la psychiatrie. Le discours repose alors la question de l'enfermement au nom de la prévention et rejoue sans états d'âme l'équivalence prison/hôpital et soins et enfermement.

Dans ce contexte, il nous semble important de valoriser les savoirs sur la stigmatisation et les discriminations, de faire connaître et promouvoir les actions concrètes de lutte contre celles-ci. Au-delà du constat des recherches sur la stigmatisation, les préjugés vis-à-vis des troubles psychiques et de la psychiatrie ne changeront que si les pratiques de soins elles-mêmes évoluent.

Partout en Europe, des réponses innovantes aux problèmes de santé mentale se développent. Il s'agit, pour éviter l'exclusion, de travailler en partenariat et d'intervenir au plus près de la personne, dans et avec son environnement quotidien : soins intensifs à domicile, équipes mobiles, réhabilitation et insertion sociales, coopération avec les associations d'usagers et les « pairs aidants », travail en réseau avec les médecins généralistes et les municipalités [3]. La psychiatrie dans la cité, partenaire des soins et acteur majeur contre l'exclusion des usagers, tel est le message de l'Organisation mondiale de la santé, dont la récente déclaration d'Helsinki⁴ précise les priorités pour la santé mentale en Europe :

- Mieux faire comprendre l'importance du bien-être mental.
- Lutter collectivement contre la stigmatisation, la discrimination et l'inégalité, et responsabiliser et soutenir les personnes

atteintes de problèmes de santé mentale et leur famille de manière à ce qu'elles puissent participer activement à ce processus.

- Concevoir et mettre en œuvre des systèmes de santé mentale complets intégrés et efficaces englobant la promotion, la prévention, le traitement, la réadaptation, les soins et la réinsertion sociale.

- Répondre au besoin de disposer d'un personnel soignant compétent et efficace dans tous ces domaines.

- Reconnaître l'expérience et l'expertise des patients et des aidants, et s'en inspirer largement dans la planification et l'élaboration des services de santé mentale.

Les Rencontres du CCOMS se sont terminées par un débat autour des recommandations, émises par les participants, pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination dans le domaine de la santé mentale. Ces recommandations sont résumées en sept orientations principales :

- Œuvrer pour une meilleure intégration des patients dans la cité, par le développement d'un suivi médico-social, de structures intermédiaires dans la cité et d'équipes de proximité.

- Travailler en partenariat, prôner l'alliance des usagers, familles, élus et professionnels sociaux et médicaux. Promouvoir les coopérations des services de psychiatrie avec les mairies, les maisons de retraite, les établissements scolaires, les clubs sportifs, la police, les pompiers... Développer les instances de concertation et de coopération dans la cité pour les soins et la prévention en santé mentale.

- Renforcer la place des associations d'usagers, favoriser le développement des pairs aidants, des groupes d'entraide mutuelle [4] (GEM), favoriser l'expression publique de personnes ayant des troubles psychiques, garantir les droits des personnes dans leur démarche de soins et l'intégration des personnes handicapées psychiques dans le monde du travail.

- Changer les pratiques de soins, en intégrant les services de psychiatrie dans les services de santé en général, passer de l'hôpital à l'hospitalité dans la cité ; désarticuler les soins psychiatriques de l'enfermement, la prison de l'hôpital, la justice de la psychiatrie ; cesser de confondre délinquance et troubles psychiques dans la loi. Faire appel à la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et l'exclusion

chaque fois que nécessaire. Améliorer le respect des droits des patients.

- Améliorer et transformer la formation initiale et continue des professionnels, en mettant en place des modules sur le travail en réseau, dans et avec la cité. Former les professionnels par les usagers et réciproquement. Développer la formation clinique en matière de psychiatrie médico-légale.

- Développer une information dynamique, pour faire connaître les troubles psychiques et leur possibilité de traitement, en diffusant des témoignages positifs, en faisant des réunions d'informations sur les pathologies mentales, en diffusant des informations écrites. Travailler avec les médias (ex : formation, charte éthique, coopération active, veille anti-stigma). Mettre en place un « bureau des porte-parole » constitué d'usagers qui puissent témoigner de leurs histoires, afin de faire comprendre les effets négatifs de la stigmatisation et de la discrimination sur leur processus de guérison.

- Soutenir la recherche, développer les recherches-actions dans le domaine des sciences humaines et sociales et celles sur les liens entre dangerosité et maladie mentale. Faire connaître les résultats des recherches sur les représentations sociales de la folie, de la maladie mentale et de la dépression, mais aussi des troubles psychiques. Développer les connaissances en s'entourant de toutes les garanties éthiques, mais en laissant aux chercheurs la responsabilité de leurs travaux.

À la lecture de ces recommandations, se dégagent deux axes essentiels :

- La nécessité d'affirmer et de reconnaître l'existence de la parole des usagers. Usagers en personne, mais aussi familles et soignants dans la même lutte pour les soins et contre l'exclusion. L'introduction d'usagers pairs aidants dans les équipes serait certainement une manière encore plus forte de leur rendre leur place et de reconnaître l'expérience de la maladie, et le bénéfice que l'on peut en tirer pour combattre les troubles psychiques.

- La nécessité absolue de sortir de l'enfermement, en développant une pratique psychiatrique intégrée dans la cité. Et pour cela, il faut bouger les bases mêmes de la création de la psychiatrie.

À sa création, l'asile était un remède à la prison – au point d'être dans bien des cas une prison modèle pour les fous ! Si aujourd'hui il existe des pratiques médi-

4. Déclaration d'Helsinki, OMS Europe janvier 2005
www.euro.who.int

cales et sociales intégrées dans la cité, c'est grâce à un travail considérable de transformation de la pratique psychiatrique depuis la guerre de 1945. La France a été la mère des asiles psychiatriques dans le monde – par séparation des fous des justiciables (gestes de Pinel et d'Esquirol). Aujourd'hui, la psychiatrie est partout et même en prison. Elle s'étonne dans ces lieux de voir autant de personnes qui souffrent. En réalité, pour que la psychiatrie s'émancipe radicalement de la justice, il faudra que la société gère autrement les prisons et gère autrement la pauvreté et

la précarité qui alimentent en permanence ces lieux d'enfermement. C'est-à-dire gère les causes plutôt que les conséquences. Pour résumer, disons qu'il peut y avoir des soins en prison, mais il ne peut y avoir d'enfermement à l'hôpital.

Il est temps de désarticuler folie et système judiciaire. De reposer autrement qu'en termes de sécurité la question des soins en psychiatrie. Il est temps de punir des personnes parce qu'elles ont commis un délit et non pas parce qu'elles sont malades. Sinon, l'amalgame verra toujours les psychiatres penser que les centres

fermés, les prisons psychiatriques seront mieux, pour les malades délinquants, que les prisons avec des soins.

Il s'agit de ne plus avoir honte, d'oser communiquer, de lutter contre les discriminations et d'en finir avec l'amalgame soins/enfermement, service de psychiatrie/prison. L'alliance des usagers, des familles, des professionnels et des élus locaux est certainement, grâce à une action partenariale volontariste, le meilleur moyen de lutter contre la stigmatisation et de vaincre les discriminations en santé mentale [5,6]. ■

Bibliographie

1. Bellamy V., Roelandt J.L., Caria A. « Troubles mentaux et représentations de la santé mentale – premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale ». *Études et Résultats* n° 347, octobre 2004. Bibliographie complète sur www.epsm-lille-metropole.fr rubrique CCOMS.
2. Anguis M., de Peretti C. « Les personnes suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux », *Études et Résultats*, n° 231, avril 2003, Drees.
3. Roelandt J.L., *La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale : la place des usagers et le travail en partenariat dans la Cité*, Paris, La Documentation française, 2002, 109 pages
4. Ministère de la Santé et des Solidarités, Circulaire n° DGAS/PHAN/3B 2005 du 29 août 2005 et ses annexes relatives aux modalités de conventionnement et de financement des groupes d'entraide mutuelle pour personnes souffrant de troubles psychiques (<http://www.legifrance.fr>).
5. *Les élus locaux face à la souffrance psychosociale : de la sollicitude au politique*. Actes du séminaire DIV/ONSMP-ORSPERE, Les éditions de la DIV, 2005.
6. Rhenter P. *La santé mentale comme champ politique : la mobilisation récente d'un groupe d'élus locaux*. Communication au colloque « Ville et Santé mentale » des 29 et 30 mai 2007.

Santé publique

Santé publique. Sommaire 2007/4

Éditorial

- Éducation thérapeutique du patient ou *disease management*, F. Bourdillon, A. Grimaldi

Dossier Éducation thérapeutique

- Introduction, R. Gagnayre
- Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique ? A. Lacroix

- Le développement de l'éducation thérapeutique en France : politiques publiques et offres de soins actuelles, B. Grenier, F. Bourdillon, R. Gagnayre
- Le développement de l'éducation thérapeutique en France : propositions pour une intégration durable dans le système de soins, B. Grenier, F. Bourdillon, R. Gagnayre
- Le développement de l'éducation thérapeutique du patient au sein des régions françaises, F. Baudier, A. Prigent, G. Leboube
- Associer des patients à la conception d'un programme d'éducation thérapeutique, B. Sandrin Berthon, P.H. Carpentier, I. Quéré, B. Satger

- Implantation de programmes d'éducation thérapeutique de patients vivant avec le VIH dans quatre pays à ressources limitées. Approche évaluative, J. Iguenane, C. Marchand, D. Bodelot et al.
- Éducation thérapeutique du patient et *disease management* : pour une 3^e voie « à la française » ? F. Baudier, G. Leboube

Lectures

Santé publique
BP 7
2, avenue du Doyen-J.-Parisot
54501 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex
Téléphone : 03 83 44 87 00

Prélèvements et greffes d'organes

Éthique, droits et devoirs internationaux comparés

Dominique Grimaud

Professeur des universités, praticien hospitalier d'anesthésie-réanimation du CHU de Nice ; membre du Haut Conseil de la santé publique

Patrick Jambou

Médecin coordinateur des prélèvements et greffes d'organes au CHU de Nice

Sources de progrès et d'espoir, les greffes d'organes se heurtent à une pénurie des dons. Cet article présente les réglementations et les pratiques, au niveau international, en matière de prélèvements et de greffes d'organes.

Dès 1959, deux médecins français, P. Mollaret et M. Goulon, ont introduit la notion de « coma dépassé » pour définir une corrélation clinico-électrique associant un coma profond et une activité électrique cérébrale nulle à l'électro-encéphalogramme (EEG) signant la mort définitive du cerveau, alors que le cœur continue de battre.

Cependant, le mot « coma » étant porteur en soi, pour le grand public, d'une possibilité de récupération, et pour éviter toute confusion avec le coma végétatif qui ne correspond pas du tout à une mort cérébrale, « coma dépassé » a bien vite été remplacé par « mort cérébrale » ou « mort encéphalique » à cœur battant, d'autant que la finalité presque première était de définir des patients potentiellement donneurs d'organes afin d'effectuer des greffes chez des receveurs malades.

On comprend donc que ce sujet concerne surtout les pays dont la culture et le niveau économique autorisent de telles interventions.

C'est ainsi que resteront liées, de façon quasi indissociable et conséquente, une définition de la mort centrée sur l'arrêt de l'activité cérébrale et son utilisation immédiate, les prélèvements d'organes, dont l'oxygénation et donc la viabilité seraient altérées si le cœur était arrêté.

Sans rentrer dans les détails, les critères cliniques et paracliniques (EEG plats, arrêt circulatoire à l'artériographie cérébrale) de mort encéphalique sont très précis et ne donnent quasiment lieu à aucune controverse.

Les organes peuvent également être prélevés sur donneur vivant volontaire, en général membre de la famille, en cas d'organe double (rein, poumon) ou sécable (foie).

En France, la « mort encéphalique », les dons et prélèvements d'organes et les greffes sont définis et réglementés par un décret publié en 1996 auquel a fait suite la loi de bioéthique de 2004 qui venait relayer celle de 1994.

Principes éthiques liés aux dons et prélèvements d'organes

Les principes éthiques fondamentaux de ces lois et décrets, sont clairs, simples et quasi universels, au moins dans la plupart des pays occidentaux :

- inviolabilité du corps humain ;
- absence de droit patrimonial ;
- gratuité absolue du don et de la greffe ;
- anonymat du donneur et de sa famille (sauf en cas de donneur vivant cf. ci-dessus) ;
- interdiction de publicité à but lucratif ;
- principe d'équité des citoyens vis-à-vis de la greffe ;
- respect de la sécurité sanitaire (biovigilance).

Dans la plupart de nos pays, le contrôle du respect de ces règles est placé sous l'autorité d'une « Agence de biomédecine » (France) ou de son équivalent, avec en plus, comme missions :

- le maintien d'une liste des priorités médicales des greffes, par organe, au

niveau national et européen (2003), plus rarement mondial ;

- le recensement continu informatisé, en cas de mort encéphalique possible de l'individu, *des refus de dons d'organe* pour les pays qui ont opté pour le « système de consentement présumé » (France, Espagne, Royaume-Uni, Suède, Italie...) ; et des *consentements exprès* pour les pays qui ont opté pour la solution inverse (Allemagne, Hollande, Suisse...).

Dans les deux cas, le Conseil de l'Europe (mars 2004) recommande l'instauration d'un registre de donneurs d'organes, permettant un accès médical national et international rapide, et pouvant être modifié par chaque individu, à tout moment, en toute liberté.

Il n'y a pas lieu d'engager, à nouveau, la discussion éthico-économique que tout comité d'éthique a eue au moment du choix entre « consentement présumé » et « consentement exprès » : les cultures, les croyances et les législations locales ont été déterminantes.

En général, le choix du mode « consentement présumé » a été guidé par l'efficacité. Mais la grande différence recensée entre les pays, portant sur les dons d'organes par million d'habitants, ne dépend pas uniquement de l'option prise. Elle repose surtout sur la qualité de l'organisation nationale des prélèvements et la prise de conscience individuelle et collective de la portée éthique et économique

des dons (statistiques internationales 2003-2005-2006).

Cela est illustré par le nombre comparé de prélèvements annuels par million d'habitants (p.m.h.) : Espagne (33 p.m.h.), France (20 p.m.h.), Allemagne (12 p.m.h.), Suède (11 p.m.h.), Suisse (10 p.m.h.).

La nécessité d'une information adaptée et nuancée

Tous les moyens sont-ils bons pour éveiller les consciences à l'importance du don d'organe ?

Campagnes de presse, enseignements dans les écoles et universités, journées nationales et internationales... N'en a-t-on pas beaucoup ou trop parlé, parfois mal ? N'a-t-on pas éveillé chez certains un climat de lassitude voire de suspicion (tout n'a pas toujours été ni très clair ni très net) ? N'a-t-on pas parfois remplacé le sujet par l'objet, c'est-à-dire détourné par la demande de don le vécu de la mort brutale du proche, et tout ce qu'il réclame d'intime, de temps en temps de révolte, bien souvent de recueillement et de spiritualité ? L'organe (l'objet) peut prendre le pas sur le mort (le sujet), surtout dans un espace culturel et spirituel mal préparé, alors que le don d'un organe peut représenter en soi l'abandon confiant et serein au créateur (qu'il soit fait selon ta volonté...).

Cependant, l'information et la préparation individuelle et collective au don d'organes sont bien sûr nécessaires. Elles doivent

s'adapter au contexte historique et géographique de chacun.

En cas de mort encéphalique, si les objectifs sont clairs — relier une mort clinique à une utilisation médicale immédiate et développer au maximum les greffes d'organes dans un impératif de santé publique — leur intégration dans notre contexte éthique et philosophique est l'objet de discussions très actuelles : l'aspect « utilitaire » du diagnostic de la mort, régi de plus par décret, est pour certains une erreur fondamentale qui fait courir le risque que l'utilitaire prenne le pas sur l'éthique dans la réflexion sur le sens de la vie et de la mort. D'autres y voient au contraire un cadre scientifique et réglementaire rigoureux, indispensable à l'intégration de l'homme (tout à la fois donneur et receveur potentiels), dans son espace sociétal et éthique en évolution.

Cette réflexion « essentielle » est partagée par la plupart des cultures et des croyances qui respectent les droits de l'homme.

On ne peut clore ce chapitre sur l'information sans faire allusion à l'émission de télé-réalité néerlandaise du 1^{er} juin 2007, qui avait fait l'objet d'un battage médiatique hors du commun au cours des semaines précédentes. Le « *Big Donor Show* » permettait à des donneurs potentiels, en public et en direct, de choisir leur receveur, en « attente » d'un organe. Avant la fin de l'émission, la supercherie a été dévoilée... Qu'importe, la question

Les prélèvements et greffes d'organes en quelques chiffres (sources internationales 2006-2007)

- En France, en 2006, pour une population de 62 millions d'habitants, 1 440 sujets en mort encéphalique ont été prélevés et 4 430 greffes ont été pratiquées (2 700 reins, 1 000 foies, 360 cœurs, ... et 8 intestins), sans tenir compte des tissus ni des cornées, et en y incluant les donneurs vivants, encore rares (5 %). Malgré cela, 7 276 patients sont en attente de greffe.

- Aux États-Unis, cette même année, on enregistre une proportion identique de prélèvements (8 000) et de greffes (29 000) rapportés aux millions d'habitants. Les différences résident dans le nombre de donneurs vivants (20 %) et le nombre de patients en attente de greffe : 95 000.

- En Chine, les données reposent sur des estimations : 2 millions de patients en attente, et 10 000 transplantations effectuées.

- Les chiffres concernant l'Amérique latine sont voisins de ceux des pays développés. Les transplantations d'organes à partir de sujets en mort encéphalique représentent 90 % des cas en Uruguay, à Cuba, au Chili.

- En Arabie Saoudite, 75 % des transplantations sont faites à partir de donneurs vivants et donc seulement 25 % à partir de morts encéphaliques. L'origine des organes prélevés sur donneurs vivants n'est pas spécifiée.

- En Israël, il existe une sévère pénurie d'organes en raison de l'oppo-

sition de certains rabbins. Le tiers des greffes de cœur chez les Israéliens est pratiqué en Chine, les autres en Europe ou en Turquie. C'est ce que l'on appelle le « tourisme de greffe », qui est jugé comme non éthique par les responsables israéliens eux-mêmes, et non couvert par les assurances.

- Dans les pays bouddhistes et/ou shintoïstes (Inde, Japon...), c'est la greffe à partir de donneurs vivants qui prédomine, mais reste peu pratiquée (le cas de la Chine est particulier) ; celle à partir de morts encéphaliques s'oppose encore aux notions d'intégrité du corps et de la date exacte de la mort. ■

se pose : s'agissait-il d'un canular choquant ou d'une exploitation habile et moderne des médias par eux-mêmes, de la perversion de notre société ? Bien sûr, il s'agissait de défendre une bonne cause. Dans le mois qui suivit l'émission, le nombre d'inscriptions sur les listes de donneurs potentiels (consentement exprès) a été multiplié par quatre aux Pays-Bas. À émission de choc, réponse de choc !

En attendant les résultats à long terme de ce succès médiatique immédiat, peut-on malgré tout faire une remarque : comment l'homme peut-il aujourd'hui, même pétri de bonnes intentions, patauger dans sa propre parodie, avec une telle vacuité spirituelle et avec si peu de dignité ? Ce mode de provocation, même au deuxième degré, devient-il nécessaire à notre mobilisation ?

La pénurie de don d'organes s'aggrave d'année en année

Sur 98 pays recensés, les 66 000 reins greffés en 2005 ne couvraient que 10 % des besoins estimés. Aujourd'hui, le temps d'attente moyen est de trois ans ; il serait de dix ans en 2010. Les causes de cette pénurie sont multiples. Pour n'en citer que quelques-unes :

- augmentation des indications de greffe et vieillissement de la population ;
- développement insuffisant des prélèvements sur donneurs vivants volontaires ;
- baisse de la traumatologie routière (en sachant que 85 % des cas de mort encéphalique surviennent lors d'une pathologie cérébrale aiguë traumatique ou vasculaire) ;
- stagnation du nombre de refus du donneur potentiel ou de sa famille (32 %) pour des raisons de manque ou de mauvaise information, de crainte de commercialisation, de baisse de la confiance envers le corps médical... ou encore expression du refus de la mort elle-même, dans ce contexte de douleur aiguë induite par la perte brutale d'un être cher.

Les solutions possibles, officielles et réglementaires à cette pénurie

- Développer l'information et l'incitation au don du citoyen.
- Développer les techniques de prélèvements sur donneur vivant d'organes doubles ou sécables (rein, poumon, foie) dans un contexte juridique et psychologique encadré.

- Développer les prélèvements sur « donneur limite » : recul de la limite d'âge (en particulier pour le foie), et adaptation à la notion de « receveur limite ».

- Développer les prélèvements sur donneur à cœur arrêté qui nécessitent une coordination parfaite et rapide entre la médecine pré-hospitalière (Samu), la réanimation hospitalière et la chirurgie d'urgence. Les expériences espagnoles (Barcelone, Madrid) sont prometteuses.

- Créer une carte européenne de donneur (Bruxelles, mai 2007).

- Développer la xéno-transplantation, bien qu'elle se trouve aujourd'hui confrontée à des problèmes de sécurité sanitaire et immunologiques.

- Jouer peut-être l'avenir sur la thérapie cellulaire qui traiterait les organes malades par régénération cellulaire.

Le trafic d'organes et le tourisme médical de greffe

- Dès 1980 les Asiatiques riches sont allés en Inde, ou dans un autre pays d'Asie du Sud-Est, pour se faire greffer des organes pris sur des pauvres. D'autres circuits se sont ensuite constitués au Brésil et aux Philippines.

- Depuis 1984, aux États-Unis comme en Europe, la vente d'organes est interdite... malgré quelques avis contraires émis par des économistes américains voyant là une solution pour réduire les listes d'attente.

En Europe, le trafic est resté relativement modeste, ne concernant que quelques prélèvements de reins en Europe de l'Est.

- En 2006, l'Iran a été le seul pays à autoriser la vente de reins par les Iraniens, à raison de 2 000 à 4 000 dollars pièce.

- Au Pakistan, près de 50 % des habitants de petits villages n'ont qu'un rein, ayant vendu l'autre pour 2 500 dollars à un circuit étranger. Après le passage des intermédiaires, il ne leur reste que 1 000 dollars.

- Après le tsunami d'il y a deux ans, beaucoup de femmes d'Inde du Sud ont vendu, pour subsister, un de leurs reins pour 1 000 dollars. Le commerce d'organes y est cependant illégal.

La disparité du prix d'un rein d'un pays à l'autre est considérable : 1 000 à 2 000 dollars à Manille, 10 000 dans une grande ville d'Amérique latine, 20 000 en Afrique du Sud. *The Lancet* estime que le prix d'un rein demandé (illégalement) est d'environ

15 000 dollars, alors que seulement 10 % reviennent au donneur.

Pour *The Lancet*, le tourisme de transplantation représente 10 % des transplantations effectuées dans le monde... Et 85 % des transplantations rénales réalisées au Pakistan le seraient pour raisons commerciales.

Les réseaux de trafic international concernent aussi le Brésil, l'Inde et la Moldavie, où les reins sont prélevés et greffés en Afrique du Sud, principalement sur des Israéliens.

La Chine représente à elle seule un cas très particulier : les demandes de greffe sont de 1,5 million par an et seulement 10 000 sont satisfaites. La Chine occupe le 2^e rang mondial, après les États-Unis, quant au nombre de greffes pratiquées par an. Jusqu'à ce jour, les prélèvements sur mort encéphalique étaient peu développés. La solution de substitution, sous couvert des organismes gouvernementaux, a été de prélever des organes sur les condamnés à mort, appartenant en particulier à la secte Falun Gong, vivants, emprisonnés, en dehors de tout consentement, et achevés à la fin du processus de prélèvement (rapport D. Matas et D. Kilgour, Ottawa, janvier 2007). Les organes étaient greffés sur des Chinois ou revendus par trafic à l'étranger. Bien que les preuves formelles aient été difficiles à réunir, le rapport, faisant état d'une quasi-certitude, n'a suscité aucun démenti médical local ni gouvernemental. Par contre, dès avril 2007, le Conseil d'État chinois adoptait une loi interdisant la commercialisation des organes, définissant clairement le consentement et favorisant le développement des prélèvements sur sujets en état de mort encéphalique.

Les problèmes médicaux et éthiques soulevés par ces « solutions commerciales » à la pénurie d'organes sont évidents et de portée internationale :

- mauvaises conditions de sécurité sanitaire et absence de traçabilité des organes ;
- mauvaise maîtrise des compatibilités immunologiques des organes et risque de transmission d'agents pathogènes non détectés ;
- gros risques encourus par les sujets prélevés dans des conditions précaires ;
- suivi médical des « touristes de greffe », de retour dans leur pays, difficile sur le plan

médical et discutable sur les plans économique et moral par rapport à la couverture sociale imposée à leur pays ;

- d'une façon générale, bien plus que l'inégalité des chances face à la santé, c'est la caution du fait que les pauvres doivent ou peuvent pourvoir à la santé des riches ;

- absence, bien souvent, de consentement éclairé, présumé, exprès...

Une coopération internationale pour encadrer et développer le don et les greffes

Dans un contexte de santé publique, la greffe d'organes a aujourd'hui fait la preuve de sa grande efficacité médicale et de ses avantages économiques considérables, en évitant certains décès et en limitant le traitement au long cours de certaines maladies chroniques.

Les chiffres sont éloquentes : le taux de survie à un an, tous organes confondus, est de 80 % ; pour le rein, il est de 90 % à cinq ans.

Les limites à la greffe sont le plus souvent liées aux prélèvements et aux dons d'organes.

Les limites aux prélèvements et aux dons ne sont que rarement d'origine religieuse, (en dehors de certaines religions asiatiques et de quelques obédiences juives et musulmanes très ponctuelles). La notion de « service rendu à l'autre » l'emporte pratiquement toujours.

Les limites sont par contre souvent liées aux barrières culturelles, à une mauvaise information du public et à l'existence de certaines pratiques médicalement et éthiquement « hors la loi » qui flétrissent l'image et du don et de la greffe.

Seule une coopération internationale, tant au niveau européen qu'occidental et, pourquoi pas, mondial, en réunissant les pays attachés au strict respect des droits de l'homme, permettra une harmonisation des pratiques et des réglementations, de même qu'une mise en commun des moyens et des techniques.

C'est l'objet de la recommandation 1611 (2003) du Parlement européen et des dernières propositions du Conseil des ministres européens (Rec/2004/7). Il est temps de les concrétiser. ■

BRÈVES EUROPÉENNES

13 au 15 juin 2007

Menaces environnementales sur la santé

Sur la base d'un rapport de l'OMS, les premières données concernant les effets de l'environnement sur la santé ont été présentées à Vienne : la morbidité due à l'environnement varie d'un pays à l'autre et les interventions sanitaires sur l'environnement pourraient faire diminuer de 20 % le nombre de décès dans la région européenne. Depuis trois ans, les pays se sont engagés à réduire le nombre de maladies et de décès chez les enfants (la proportion de décès dus aux dangers de l'environnement est de 34 % chez les enfants et jeunes de moins de 19 ans).

6 juillet 2007

Tuberculose : vers une déclaration européenne

Une réunion s'est tenue à La Haye, qui a rassemblé des experts de 32 pays pour réfléchir à la rédaction d'une déclaration européenne face au problème croissant que pose la tuberculose. En 2005, il y a eu plus de 445 000 nouveaux cas de cette maladie responsables de près de 66 000 décès dans la région européenne. Dans l'Europe de l'Est (hors Commonwealth des États indépendants (CIS), qui rassemble les onze anciennes républiques soviétiques), le développement de la tuberculose multirésistante aux antibiotiques est le plus fort du monde.

16 août 2007

MediSys : un nouveau système d'information médicale

La Commission européenne a mis au point un système d'information médicale qui recueille et trie en permanence par catégories (maladies, bioterrorisme et autres menaces) des informations en 32 langues provenant de plus de 1 000 sites d'actualités et de 120 sites Internet consacrés à la santé publique. Les articles sont ensuite répartis en sous-catégories : sida-VIH, infections respiratoires, grippe aviaire... MediSys doit informer les autorités sanitaires en temps réel pour réagir sur les nouveaux foyers de maladie ou les accidents du travail.

<http://medusa.jrc.it/medisys/homeedition/fr/home.html>

12 septembre 2007

Pesticides : réglementation plus sévère

En visant à améliorer la protection de la santé humaine ou animale et celle de l'environnement, la Commission de l'environnement du Parlement européen a adopté un projet de règlement plus sévère pour la mise sur le marché des pesticides. Ce projet renforce les propositions de règles en révisant les critères et les procédures d'approbation des nouveaux pesticides. À la liste des substances interdites, ont été ajoutées les substances ayant des effets endocriniens, neurotoxiques ou immunotoxiques.

13 septembre 2007

Réduction de la consommation tabagique

La Commission de l'environnement, de la santé publique et de la sécurité alimentaire envisage différentes mesures de restrictions concernant la consommation de tabac : interdiction de fumer dans tous les lieux de travail fermés, y compris dans les restaurants, dans les établissements publics fermés et dans les transports ; utilisation d'étiquettes par avertissement visuel sur tous les produits de tabac... Elle envisage également d'autres mesures pour protéger les jeunes, telles que l'interdiction de vente de produits du tabac aux jeunes de moins de 18 ans, et invite les États membres à s'engager à « réduire la consommation de tabac chez les jeunes de 50 % d'ici à 2025 »...

22 octobre 2007

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) d'origine professionnelle

Eurogip a organisé un débat à Paris avec des représentants de la Commission européenne et des partenaires sociaux sur les TMS d'origine professionnelle. En effet, les TMS constituent la première cause de maladie professionnelle reconnue dans la plupart des pays européens (40 millions de personnes sont concernées par ces maladies inflammatoires et dégénératives) ; ils représentent près de 86 % des cas en Espagne et 76 % en France...

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé



Sigle

INPES

Création

Anciennement Comité français d'éducation pour la santé (CFES), devenu INPES, établissement public administratif créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Son fonctionnement est régi par le décret du 29 avril 2002.

Structure

Équipe de 140 personnes

Quatre directions techniques

- La Direction des affaires scientifiques (comprenant un centre de documentation ouvert au grand public, aux associations et aux professionnels)
- La Direction de la communication et des outils pédagogiques
- La Direction du développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique
- La Direction des éditions et des stratégies de diffusion
- Le Secrétariat général
- Un service comptable et financier

Coordonnées

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex
Téléphone : 01 49 33 22 22
Télécopie : 01 49 33 23 90
Site : www.inpes.sante.fr

Missions

Placé sous la tutelle du ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, l'INPES a pour missions :

- de mettre en œuvre, pour le compte de l'État et de ses établissements publics, les programmes de santé publique prévus par l'article L1411-6,
- d'exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé,
- d'assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire,
- de participer, à la demande du ministre chargé de la Santé, à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives, notamment en participant à la diffusion de messages sanitaires en situation d'urgence,
- d'établir les programmes de formation à l'éducation à la santé, selon des modalités définies par décret.

Les programmes de l'INPES

En lien avec ses principaux partenaires — le ministère de la Santé, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, le Service d'information du gouvernement, l'Institut national du cancer — l'INPES conduit des programmes de prévention et d'éducation pour la santé qui s'inscrivent dans le cadre plus général des politiques de santé publique.

L'Institut développe une expertise propre dans le champ de la promotion de la santé.

Le fonctionnement de l'INPES s'organise autour de programmes établis en fonction des grandes priorités de santé publique définies par le ministère de la Santé.

Onze programmes, dont neuf sont thématiques et deux populationnels, structurent les activités de l'INPES. Chacun prend en compte de façon explicite les personnes fragiles ou en situation précaire.

- Consommations à risque
 - Alcool
 - Tabac
 - Toxicomanie
- Modes de vie
 - Nutrition
 - Santé mentale
- Santé environnement
 - Environnement et accidents de la vie courante
- Maladies infectieuses
 - Sida (VIH) et infections sexuellement transmissibles (IST)
 - Autres maladies infectieuses
- Qualité de vie
 - Maladies chroniques
 - Enfants et jeunes
 - Personnes âgées

Des experts extérieurs sont associés à la réflexion au sein de groupes de travail qui contribuent à l'élaboration et au suivi de ces différents programmes.

Prévenir les addictions

Lorsque nous nous sommes mis à la tâche pour coordonner ce dossier, nous savions que nous aurions une difficulté : mettre de la cohérence dans un domaine qui en manque singulièrement. Mais nous n'imaginions pas à quel point nous serions confrontés à ce paradoxe français entre une foison d'expériences petites ou grandes, de réflexions larges ou très ciblées, et un manque de « pilotage », une absence totale de politique publique permettant d'organiser et de coordonner tant la définition des objectifs que les actions sur le terrain.

Les nombreux auteurs que nous avons sollicités dans un temps relativement court ont pratiquement tous répondu favorablement et apporté des contributions actualisées et souvent novatrices. Qu'ils en soient tous remerciés.

À commencer par l'OFDT, qui présente des données épidémiologiques indispensables et trop souvent méconnues par le grand public et ceux qui légifèrent sur ces questions. Ces données indiquent un certain nombre d'enjeux actuels de la prévention, notamment chez les jeunes où l'on observe des consommations élevées (mais dans la moyenne européenne) de tabac, d'alcool et de cannabis, et dans la population générale où les consommations de médicaments psychotropes viennent juste après celles d'alcool et de tabac.

Un aperçu des évolutions historiques met en évidence les fondements sur lesquels, depuis une dizaine d'années, l'ensemble des acteurs se retrouvent pour s'intéresser davantage aux conduites qu'aux différents produits, sans pour autant effacer les particularités de ceux-ci. Si l'addiction se définit comme un comportement d'une personne dans un contexte donné, cela signifie que ce comportement ne peut se modifier sans tenir compte de son inscription dans une histoire et un mode de vie, et de ce qu'il est animé d'une recherche propre à tous les êtres humains : celle du bien-être et du bonheur. L'exemple du tabac montre les avancées réalisées, mais aussi les limites de mesures à court terme.

Le parcours est souvent long entre les premiers usages et une éventuelle dépendance, ce qui donne une large place aux stratégies d'intervention précoce et à des actions de promotion de la santé ou de réduction des risques visant, avec les usagers, à rechercher des comportements alternatifs et à éviter les dommages individuels et sociaux. Plusieurs domaines spécifiques sont examinés sous cet angle, comme la promotion de la santé que développe l'INPES ou la réduction des risques telle que la préconisent les acteurs de ce secteur, ou encore la prévention des conduites à risques telle que la mènent ceux qui sont engagés auprès de populations subissant de lourdes difficultés économiques et sociales.

Un certain nombre de contributions analysent les difficultés actuelles et font d'utiles propositions pour une prévention plus cohérente selon une approche plus globale, plus « écologique », plus structurée et mieux financée, et, finalement, plus efficace.

Au total, en associant des réflexions de fond et des analyses d'expériences, ce dossier propose un état des lieux tourné vers des perspectives nouvelles qui, nous l'espérons, servira à une meilleure visibilité de ce qui se fait et des idées. Un état des lieux qui, nous le souhaitons aussi, suscitera la prise de conscience des autorités en charge de la santé publique de la nécessité que notre pays dispose d'une instance politique où toutes ces énergies et ces compétences puissent contribuer à l'élaboration d'une politique nationale de prévention des conduites addictives. **AM** 

Dossier coordonné par

Alain Morel

Psychiatre, directeur médical du
Trait d'Union, secrétaire général
de la Fédération française
d'addictologie

Pierre Poloméni

Psychiatre,
hôpital Jean Verdier, Bondy,
membre du Haut Conseil
de la santé publique

Pascale Gayraud

Médecin de santé publique,
consultante

État des lieux et concepts

En matière de prévention des addictions, sur quels concepts s'appuie-t-on aujourd'hui ? Que sait-on des consommations de produits psychoactifs en France ? Quels sont les acteurs de ce champ mal délimité ? Comment réfléchir la prévention dans le contexte actuel, quels objectifs se donner et sur quels axes s'appuyer pour développer une nouvelle prévention ?

Vers une prise en compte effective des conduites addictives

« Voici la séquence basique : le sujet humain est sujet à la souffrance, qui le menace sur trois fronts : celui du monde extérieur — qui lui impose la dure loi du besoin et les frustrations quotidiennes —, du corps propre — éminemment vulnérable —, et des autres hommes — source de nuisances à laquelle il est spécialement sensible. La souffrance est incompatible avec le bonheur auquel il aspire. L'intoxication est en tête des techniques de bonheur dont se sert l'homme, la plus grossière, la plus active » (Paul-Laurent Assoun).

Pascale Gayraud
Médecin de santé
publique, consultante
Pierre Poloméni
Psychiatre,
hôpital Jean Verdier,
Bondy, membre
du Haut Conseil
de la santé publique

Le champ des addictions est ainsi dessiné plutôt que délimité. Comment ce champ s'est-il construit, sur quels concepts, quelles sont les avancées notables et quel chemin reste-t-il à parcourir ?

Alcool, héroïne, tabac, cannabis, anxiolytiques... des points communs

Pendant longtemps, les problèmes liés à la consommation de substances psychoactives ont été abordés essentiellement à travers les produits et leurs effets. Ainsi, à partir des années cinquante, les mondes associatif et

médical se renforçaient pour lutter contre l'alcoolisme. Vingt ans plus tard, la société se confrontait à la toxicomanie ou plus spécifiquement à l'héroïnomanie et, dans les années quatre-vingt, la notion de tabagisme était introduite. Le produit consommé définissait – pratiquement à lui tout seul – le type de conduite voire l'individu dans son ensemble. Les substances illicites et licites occupaient des champs bien séparés, elles intéressaient des professionnels aux formations et profils différents. En termes thérapeutiques, la dépendance était le principal objet d'attention et la rupture avec le produit était visée. En prévention, l'objectif était la non-consommation pour la plupart des produits, sauf pour l'alcool pour lequel la modération était recommandée.

Progressivement, à partir des années quatre-vingt-dix, les substances psychoactives ont été envisagées ensemble et le concept de comportements addictifs s'est imposé face à l'approche produit. Les substances psychoactives, quel que soit leur statut légal, ont été mises sur le même plan. Leurs modalités d'action, en particulier au niveau cérébral, sont apparues avoir de

nombreux points communs. Leurs toxicités aiguës, chroniques et leurs risques relatifs ont été comparés en intégrant la notion de dose et de fréquence (cf. par exemple le rapport Roques sur la dangerosité des drogues, 1999). Les itinéraires des usagers (depuis l'expérimentation jusqu'à la dépendance) se sont révélés proches.

Les « cubes » d'Alain Morel (voir encadré) qui positionnent les produits d'une part selon le type de satisfaction recherchée par leurs utilisateurs et d'autre part selon leur profil en termes de dangerosité, permettent de comprendre ce qui réunit des produits à l'image très différente tels que l'héroïne, l'alcool ou le tabac. L'intérêt de cette représentation réside aussi dans ce qu'elle souligne les bénéfices que cherche (et souvent trouve) l'utilisateur dans la prise de produit.

La fréquence des conduites de polyconsommation et de déplacement d'un produit vers un autre apporte un argument supplémentaire provenant des utilisateurs eux-mêmes, invitant à considérer ensemble les différents produits.

Des produits, des usages, des comportements

À partir de quand la consommation d'un produit psychoactif devient-elle inquiétante et nécessite-t-elle une intervention ? Sortir de l'équation « drogué/pas drogué » et observer les comportements amène à une analyse des situations utile aux soins et à la prévention. Ainsi, la communauté scientifique reconnaît quatre comportements de consommation des substances psychoactives : l'usage simple, l'usage à risque, l'usage nocif et la dépendance.

- L'usage simple : expérimental, occasionnel, récréatif. Il n'est pas synonyme de risque nul, mais celui-ci est considéré comme acceptable pour l'individu ou la société.

- L'usage à risque : la consommation est susceptible de provoquer des dommages. En effet, la quantité consommée et/ou la modalité de consommation (précocité de l'initiation, conduites d'excès, autotraitement, association à d'autres substances, grossesse, conduite de véhicule...) représentent un risque particulier.

- L'usage nocif : la consommation est répétée et induit l'apparition de dommages sanitaires, professionnels, familiaux ou sociaux.

- La dépendance : elle se traduit par l'impossibilité de s'abstenir de consommer, également souvent par une tolérance au produit (obligation d'augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets) et, lorsqu'il existe une dépendance physique, par l'existence d'un syndrome de sevrage à l'arrêt de la consommation. Ce trouble est répertorié dans les classifications internationales des pathologies en santé mentale.

Les principaux caractères d'une addiction sont les efforts répétés par le sujet pour réduire, contrôler ou arrêter le rituel, le temps considérable passé à le préparer, le réaliser, ou récupérer de ses effets, le besoin d'augmenter la fréquence ou l'intensité des prises,

l'abandon ou la réduction d'importantes activités sociales ou de loisirs... À côté de cela, ce comportement est aussi moteur, avec des aspects positifs pour le sujet, ce qui l'amène à devoir négocier, avec lui-même et avec les autres, pour accéder peu ou prou à un « contrôle ». Le parallèle avec les passions amoureuses nous en donne une représentation.

À l'instar des produits psychoactifs, de nombreuses composantes de la vie moderne, objets de plaisir, d'apaisement, de fuite ou d'enfermement, comme le jeu, les conduites alimentaires, le travail..., peuvent donner lieu à une conduite addictive. Il s'agit des addictions sans produit, qui comportent aussi le sexe, le travail, la télévision, Internet, le téléphone portable, les achats compulsifs, le sport... L'existence de ces conduites permet de poser autrement la responsabilité des produits psychoactifs dans l'installation d'une addiction.

Les avancées permises par l'approche conduites addictives

En France, c'est la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) qui a consacré en 1999 l'approche conduites addictives, à travers le plan triennal de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Le rapport Rascas¹, en 2001, a synthétisé et mis en perspective l'ensemble des aspects communs et des aspects spécifiques aux différentes addictions.

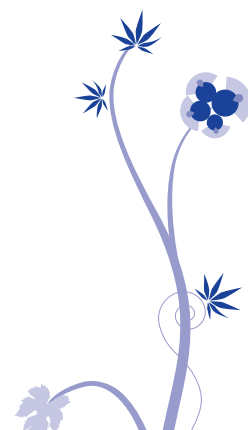
Le plan triennal a grandement contribué, au travers de sa mise en œuvre (et notamment de l'information diffusée), à une évolution de la culture des professionnels et du public. À son actif, un nouveau regard sur les produits, les comportements et les usagers, une meilleure connaissance des risques, le rapprochement des acteurs ou du moins une meilleure compréhension entre eux, que ces acteurs appartiennent à la santé ou à d'autres secteurs (justice, social...).

Au-delà de la dépendance à l'alcool et aux drogues, seul sujet de préoccupation des soignants pendant longtemps, l'approche conduites addictives a permis de s'intéresser à l'ensemble des comportements de consommation posant problème et ainsi d'intervenir plus tôt (lors d'usages à risque ou d'usages nocifs), avec des chances de succès plus grandes.

Les conceptions thérapeutiques utilisées pour les différents produits se sont enrichies au contact les unes des autres : médicaliser/démédicaliser, substitution (héroïne puis tabac), thérapeutiques associées, prise en compte des comorbidités... Dans le domaine de la prévention, la stratégie de réduction des risques et des dommages initialement développée pour les usagers d'héroïne au moment de l'épidémie de sida a été appliquée à d'autres produits : alcool (pédagogie autour du nombre de verres par jour...), tabac (alternance possible patch et cigarettes...).

C'est sur cette approche globale que le « plan gouver-

1. Rapport de la MILDT « Réflexions sur les aspects communs et les aspects spécifiques aux différentes addictions » sept. 2001.



Dangereusités et plaisirs : l'ubiquité des drogues en cubes

L'ubiquité est la faculté d'être présent à plusieurs endroits en même temps, et c'est bien là une propriété que possèdent toutes les drogues, à la fois « remèdes et poisons », « portes du paradis et de l'enfer »... Nous pouvons en tirer en effet de grands bienfaits, mais elles peuvent également avoir de graves conséquences sanitaires et sociales. Comment se représenter ce double visage et définir aussi simplement que possible la dangerosité des substances psychoactives et les satisfactions qu'elles peuvent apporter ?

C'est pour répondre à cette question qu'est proposé un modèle en deux cubes [33] : celui des « profils pharmacologiques de dangerosité » et celui des « profils de satisfactions recherchées ». Un modèle qui permet à la fois d'intégrer toutes les substances et de décrire chacune d'elles sur leurs deux versants.

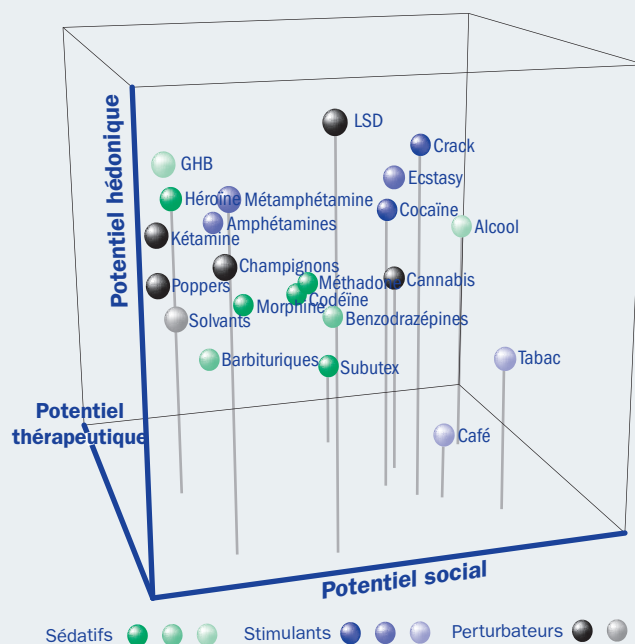
Le profil pharmacologique de dangerosité est un modèle commun à toutes les substances psychoactives qui permet de caractériser les effets négatifs sur la santé de chacune selon trois axes :

- la toxicité somatique, c'est-à-dire sa capacité à provoquer des atteintes cellulaires ;
- le pouvoir de modification psychique, c'est-à-dire sa faculté de perturber les perceptions, les cognitions, l'humeur, la motivation, etc. ;
- la capacité de la substance à

créer une dépendance (ou potentiel addictif), qui dépend de l'impact de la substance sur le système intracérébral de récompense.

Cette représentation en trois axes permet de figurer les différentes substances dans un cube où chacune est placée en

fonction de ses niveaux de dangerosité propre. Par exemple, le tabac et l'héroïne sont placés tous deux au niveau le plus élevé sur l'axe du potentiel addictif, mais si l'héroïne est très haut sur l'échelle de l'action psychomodificatrice et très bas sur le potentiel de toxicité somatique, le



Les attraites : profil de satisfaction recherchée

Alain Morel
Psychiatre,
directeur médical
du Trait d'union,
secrétaire général
de la Fédération
française
d'addictologie

nemental de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011», paru en novembre 2006, s'appuie pour adapter l'offre hospitalière et médico-sociale. À l'hôpital, celui-ci prévoit le regroupement d'activités de tabacologie, d'alcoologie, de toxicomanie et d'addictions sans produit à travers la mise en place de consultations, de services, d'équipes de liaison et de pôles d'addictologie. Il crée dans le secteur médico-social des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa), structure ouverte à toutes les addictions et réunissant les centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). Il souhaite également développer la formation et la recherche en addictologie et la mobilisation des médecins généralistes à travers le développement de réseaux. Le plan ne développe pas d'axe spécifiquement préventif.

Enfin, le concept d'addiction offre un cadre de com-

préhension aux comportements sans produit tels que le jeu pathologique ou l'addiction à Internet. Le début de ces troubles survenant le plus souvent à l'adolescence, on peut imaginer un axe d'intervention en matière de prévention commun aux autres comportements addictifs.

De l'intérêt aussi de l'approche « produit »

À côté de l'approche globale addiction, l'approche produit reste pourtant utile sur un plan opérationnel. Elle seule peut tenir compte du poids de la culture qui s'est construite autour de chaque produit, de la non-cohérence du statut légal des substances par rapport à leur dangerosité et des différences d'accès qui en découlent, de l'histoire et du cloisonnement de la prise en charge, des différences épidémiologiques entre les consommations des substances et celles de leurs conséquences sanitaires.

tabac est en position inverse, car peu psychomodificateur, mais fortement somatotoxique.

Mais ce modèle sur la dangerosité des substances n'apporterait rien de très nouveau s'il n'était mis en rapport avec un autre : celui des satisfactions

apportées par ces mêmes substances psychoactives ; c'est le *profil de satisfactions recherchées*.

Trois types d'effets recherchés résument les effets produits, peu ou prou, par toutes les substances psychoactives. des effets positifs qui peuvent se définir

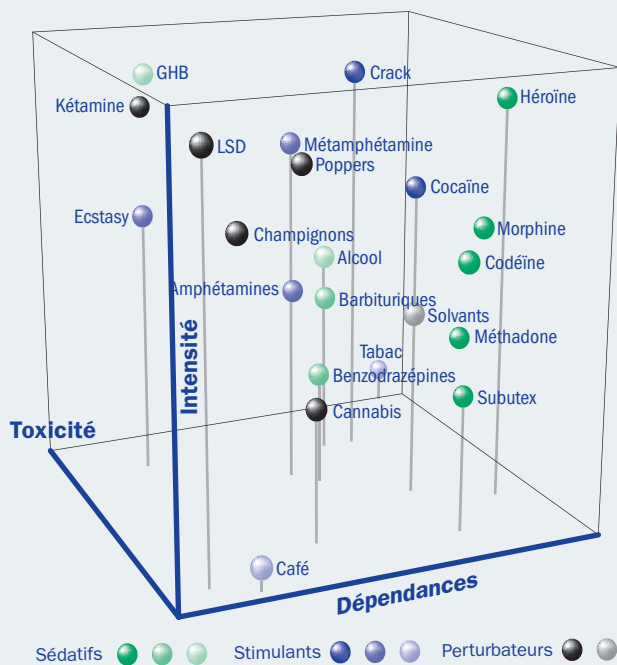
schématiquement par trois « potentiels de satisfactions » très liés entre eux :

- le potentiel hédonique déterminé par la production de sensations psychocorporelles agréables du fait de leur propriété de stimuler certaines voies du système dopaminergique ;
- le potentiel de socialisation par l'inscription dans des codes sociaux de leur usage et par les éléments de posture et d'identité qu'elles fournissent ;
- le potentiel thérapeutique du fait de leurs propriétés apaisantes et anesthésiantes, voire euphorisantes.

Sur chacun de ces axes, les pratiques de consommation génèrent des systèmes propres de régulation, des normes visant à l'obtention maximale de la satisfaction recherchée et à la minimisation des effets non désirés ou nocifs.

Le double profil de dangerosité pharmacologique et de satisfactions recherchées permet pour chaque substance de situer la notion de « risque relatif » et sa marge d'acceptabilité. Entre plaisirs et dangers, chacun se conduit en fonction d'une attente et de limites qui renvoient à l'acceptation de risques. Cette acceptabilité du risque est fortement déterminée par la culture, la société, la pression du groupe d'appartenance, mais aussi par l'histoire et l'expérience personnelle. 🔄

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 83.



Réalisation adsp d'après www.acet.fr/alpa.

Les dangers : profil pharmacologique de dangerosité

Ainsi, le plan de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008, sans renier l'approche addiction, a fait de la consommation du cannabis un axe prioritaire de prévention chez les jeunes.

Le décret mettant en place les Csapa a prévu une possibilité de spécialisation : « Art. D. 3411-2. - Les centres peuvent spécialiser leur activité de prise en charge en direction de personnes consommant des substances psychoactives illicites ou de l'alcool. »

Des démarches spécifiques par produit sont menées (états généraux de l'alcool, conférence de consensus « traitement de substitution »...).

De même, certaines prises en charge médicamenteuses restent spécifiques aux produits en cause (antalgiques, benzodiazépines...).

En matière de prévention, à côté des campagnes menées sur l'ensemble des substances psychoactives (« Tout savoir sur les addictions : drogues, alcool, tabac... »),

les produits les plus consommés font l'objet de communications particulières (« Le tabac tue un fumeur sur deux ; l'industrie du tabac compte sur vous pour les remplacer ; le cannabis est une réalité ; êtes vous sûrs de tout connaître sur les risques liés à l'alcool ? »).

En milieu du travail, des démarches prévention centrées sur l'alcool sont menées, justifiées par la consommation d'alcool qui s'y est installée et la culture qui s'est développée par rapport au produit. Elles sont parfois élargies à d'autres produits comme le cannabis lorsque des consommations sont soupçonnées ou observées.

Un autre abord est nécessaire lorsque les produits utilisés répondent à la quête de performance, comme dans des situations professionnelles où l'exigence de résultats est forte ou dans certains sports où le dopage s'est développé.

Dans les structures de prise en charge en addictologie comme les Csapa, l'entrée produit devra certainement

être envisagée pour résoudre les questions pratiques posées par le mélange de patients et de professionnels aux cultures différentes. Comment organiser en un même lieu la cohabitation des patients qui se reconnaissent davantage par rapport à un produit, à un groupe de pairs, voire à un mode de vie que par rapport à un comportement addictif ? Comment permettre la collaboration de professionnels aux orientations, formation et savoir-faire « propres » ? En miroir de l'identification des patients à leur produit, les soignants sont souvent fidèles à un savoir-faire spécifique. Comment tenir compte de leurs peurs, de leur ennui ou de leur désir, devant les nouveaux patients à rencontrer ? Comment garantir la fluidité de la prise en charge ? Comment prendre en compte les nombreux et différents symptômes, expression d'une maladie qui se révèle unique ?

En conclusion, les enjeux ?

Dans les années quatre-vingt/quatre-vingt-dix, les professionnels ont alerté les pouvoirs publics sur l'évolution des problématiques rencontrées avec des substances psychoactives et sur l'apparition de nouveaux comporte-

ments pathologiques s'apparentant aux toxicomanies : polytoxicomanie associant alcool et tabac, nouveaux produits, développement du jeu pathologique. Un temps de réflexion, alimenté par des nombreuses contributions (épidémiologiques, neurobiologiques...) a permis de faire émerger le concept d'addictions.

Dans le même temps, l'idée d'un « monde sans drogue », voire « sans addiction », était abandonnée au profit d'une limitation des risques, d'une amélioration de la prévention et des traitements.

Une organisation des soins cohérente avec l'approche addiction se dessine aujourd'hui à travers le dernier plan addiction. L'enjeu est de taille, les difficultés des soignants (plutôt que leurs résistances) sont encore fortes. Mais elle seule devrait permettre de répondre correctement à l'évolution prévisible des addictions (nouveaux produits, nouveaux comportements, déplacements entre conduites). Enfin, un autre enjeu existe en amont, celui d'une prévention précoce à l'égard de toutes les conduites addictives, prochaine étape dans l'utilisation du concept d'addiction ? 

Les consommations de substances psychoactives en France

Jean-Michel Costes

Directeur

Hélène Martineau

Attachée de direction
*Observatoire français
des drogues et des
toxicomanies (OFDT)*

Les niveaux de consommation

... de l'ensemble de la population française

Le tabac et l'alcool sont les substances psychoactives les plus consommées en France. L'alcool est consommé, au moins occasionnellement, par une très large majorité de Français : en 2005, seuls 7 % des 18-75 ans déclarent n'en avoir jamais bu. Il est consommé au moins une fois par semaine par 35 % et quotidiennement par 15 % de la population de cet âge. Le tabac est lui aussi largement expérimenté. Mais, compte tenu de son fort pouvoir addictif, sa consommation est très souvent quotidienne. En 2005, 34 % des Français âgés de 18-75 ans se déclarent fumeurs, dont 29 % de fumeurs quotidiens. Les médicaments psychotropes, principalement consommés dans le cadre d'une prescription médicale, occupent la troisième place en fréquence de consommation de substances psychoactives (tableau 1) [9, 25, 36].

Le cannabis est le produit illicite le plus fréquemment consommé. En 2005, 27 % des Français âgés de 18-75 ans l'ont expérimenté, dont 7 % qui en ont consommé dans l'année. Parmi ces derniers, un peu plus d'un tiers en consomment régulièrement. Les autres drogues illicites sont expérimentées de manière beaucoup plus marginale : 3 % de la population française dans le cas de la cocaïne et des champignons hallucinogènes, 2 % pour les amphétamines et l'ecstasy et 1 % pour l'héroïne. La consommation au cours de

l'année passée de ces différents produits est encore plus rare [9, 19].

... des jeunes

Les consommations des jeunes se différencient de celles de leurs aînés sur deux points principaux : la place primordiale qu'occupe le tabac et l'importance du rôle tenu par le cannabis. En effet, à 17 ans plus de 9 jeunes sur 10 ont expérimenté l'alcool, 7 sur 10 le tabac et 5 sur 10 le cannabis. Mais la hiérarchie de ces trois produits change lorsque la fréquence de la consommation augmente. Ainsi, la prévalence de la consommation quotidienne est de 33 % pour le tabac, 4 % pour le cannabis et 1 % pour l'alcool.

À 17 ans, 1 jeune sur 5 déclare avoir déjà pris un « médicament pour les nerfs, pour dormir », dont 1 sur 10 au cours du dernier mois. Dans 1 cas sur 2, il s'agit de médicaments psychotropes proprement dits : anxiolytiques, hypnotiques ou antidépresseurs dont l'obtention est soumise à prescription médicale.

L'expérimentation des drogues illicites autres que le cannabis est un phénomène assez rare, qui est constaté au plus pour 5 % des jeunes (âgés de 17 ans) (figure 1). La consommation récente de tels produits est encore plus rare : elle n'est rencontrée chez plus de 1 % de ces jeunes que dans le cas des poppers, de l'ecstasy, des champignons hallucinogènes et de la cocaïne [10, 31].

*Les références
entre crochets renvoient
à la bibliographie p. 83.*

Comparaisons européennes

Dans la plupart des pays européens, alcool, tabac et cannabis sont les principaux produits expérimentés et consommés [22, 23, 27, 37, 57].

La France se situe dans la moyenne européenne en ce qui concerne la consommation de tabac, aussi bien chez les adultes (33 % de fumeurs de 15 ans et plus fin 2006 contre 32 % en Europe [23]) que chez les jeunes (33 % de fumeurs récents – au cours du mois – âgés de 15-16 ans contre 35 % en Europe [27]). En matière d'alcool, la situation est plus contrastée : les adultes français (de 15 ans et plus) occupent une position intermédiaire haute pour la consommation d'alcool au cours du mois précédant l'enquête (88 % contre 87 % des Européens), alors que les jeunes Français enregistrent, en 2003, un niveau intermédiaire pour l'usage au moins occasionnel d'alcool (80 % des jeunes Français déclarent un usage d'alcool au cours des douze derniers mois, contre 83 % en moyenne en Europe) et un niveau bas, par rapport à leurs voisins européens, pour l'ivresse (29 % des jeunes Français ont été ivres dans l'année contre 53 % en moyenne en Europe) [22, 27]. Les prévalences pour la consommation de cannabis des Français sont parmi les plus importantes d'Europe : 26 % d'expérimentateurs chez les adultes pour la première moitié de la décennie 2000 [37] et 22 % de consommateurs récents (au moins un usage au cours des trente derniers jours) chez les 15-16 ans en 2003 [27].

Comme en France, l'expérimentation des autres produits illicites se révèle plus marginale. La France, avec des prévalences comprises entre 1 et 1,5 % pour l'expérimentation de cocaïne, d'amphétamines ou d'ecstasy, se situe dans les pays les moins consommateurs de ces produits [27]. Mais certains pays se distinguent par des niveaux de consommation nettement plus importants, comme par exemple le Royaume-Uni où 6 % des adultes ont fait l'expérience de la cocaïne, 11 % des amphétamines et 7 % de l'ecstasy (contre 3 % en moyenne en Europe pour chacun de ces produits). Chez les jeunes, les produits à inhaler (colles, éther ou protoxyde d'azote) sont parfois plus fréquemment expérimentés, jusqu'à 15-18 % en Irlande, à Chypre, à Malte ou encore en Slovaquie [27, 57].

Démographie des consommations

Sexes

La consommation de drogues est globalement un comportement plutôt masculin, et cela d'autant plus que cette consommation est régulière. Les usages réguliers d'alcool et surtout de cannabis concernent nettement plus les hommes que les femmes. De même, l'expérimentation des drogues illicites autres que le cannabis est un comportement plutôt masculin. Le tabagisme est en revanche un phénomène peu différencié suivant le sexe, alors que l'usage de médicaments psychotropes s'observe beaucoup plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes. On note les mêmes

différences par sexe chez les jeunes (figure 2), avec quelques nuances : les écarts entre les sexes sont plus importants que chez les adultes pour l'alcool et les psychotropes, moins importants pour le cannabis et inexistant pour le tabac.

Âges

La consommation régulière d'alcool et de médicaments psychotropes s'accroît fortement avec l'âge. À l'inverse, celle de tabac et de cannabis est plus fréquente chez les jeunes et diminue ensuite au cours de la vie.

L'expérimentation des principaux produits consommés régulièrement par les Français se fait au cours de l'adolescence, pour certains très tôt mais en majorité aux âges de fréquentation du collège. Hormis l'alcool, pour lequel il est difficile de déterminer le moment précis du premier verre, le tabac est le produit expérimenté le plus précocement par les jeunes : entre 13 et 14 ans en moyenne pour la première cigarette et avant 15 ans pour son usage quotidien. Le premier joint est fumé à

tableau 1

Estimation du nombre de consommateurs des principaux produits psychoactifs parmi la population française (en millions)

	Expérimentateurs ¹	Dans l'année ²	Réguliers ³	Quotidiens
Alcool	42,50	39,40	9,70	6,40
Tabac	34,80	14,90	11,80	11,80
Médicaments psychotropes	15,10	8,70	/	/
Cannabis	12,40	3,90	1,20	0,55
Cocaïne	1,10	0,25		
Ecstasy	0,90	0,20		
Héroïne	0,35			

1. Au moins un usage au cours de la vie.

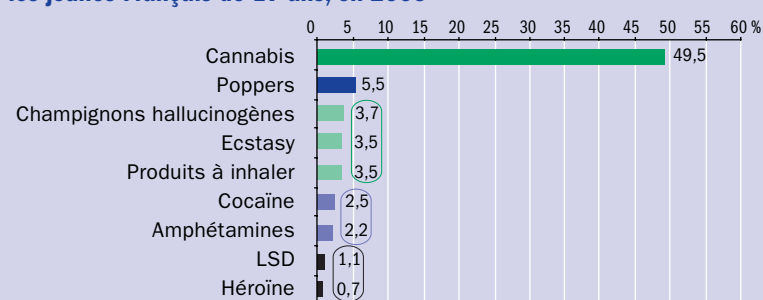
2. Au moins un usage dans l'année (ou fumeurs actuels).

3. 10 usages ou plus au cours des trente derniers jours (ou au moins 3 consommations d'alcool dans la semaine pour les 19-75 ans et fumeurs quotidiens).

Sources : Escapad 2003, OFDT ; Espad 2003, Inserm/OFDT/MJENR ; Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT.

figure 1

Fréquence d'expérimentation des principales drogues illicites chez les jeunes Français de 17 ans, en 2005



Sources : Escapad 2005, OFDT.

15 ans, âge moyen également de la première ivresse et de la première prise d'un médicament psychotrope. La première consommation de poppers, de champignons hallucinogènes, d'ecstasy, d'amphétamines ou de cocaïne, si elle survient, se situe en général entre 16 et 16 ans et demi. Pour les trois principaux produits consommés par les jeunes (tabac, cannabis et alcool), la diffusion des consommations au sein d'une génération est maximale entre 13 et 15 ans, âges stratégiques pour la prévention (figure 3) [6].

Statuts scolaire et socioprofessionnel

Les comportements d'usage sont souvent différenciés suivant le statut socioprofessionnel et scolaire des usagers (ou de leurs parents pour les plus jeunes).

Comme pour le tabac, la consommation d'alcool des élèves et des étudiants est moins fréquente que celle des actifs du même âge, alors que les chômeurs en font un usage plus fréquent et plus à risque (usage problématique d'alcool suivant les critères du test Deta — voir ci-dessous — et ivresses alcooliques) par rapport aux actifs du même âge. Cette surconsommation des

chômeurs se retrouve également pour le cannabis. Pour ce produit, en revanche, les étudiants sont plutôt sous-expérimentateurs par rapport aux actifs du même âge et autant consommateurs à des fréquences plus importantes. Entre les différentes catégories d'emploi, les différences sont moindres quel que soit le produit considéré [26].

La consommation des jeunes apparaît aussi dépendante de la situation sociale des parents. À l'exception de l'héroïne, les usages de substances psychoactives sont plus répandus parmi les jeunes issus de milieux familiaux privilégiés. Cela se vérifie pour le tabac, l'alcool (y compris les ivresses), le cannabis consommé régulièrement ainsi que pour l'expérimentation d'ecstasy et de cocaïne, même si ces produits sont moins fréquents [31].

Du point de vue du statut scolaire, les consommations de tabac, d'alcool, de cannabis, de cocaïne et d'ecstasy sont plus fréquentes chez les adolescents dont le parcours scolaire est difficile (jeunes sortis du système scolaire, ayant redoublé, en apprentissage ou en formation alternée par rapport aux élèves des filières générales classiques) [31]. Pour les plus âgés, si l'expérimentation du cannabis s'avère plus fréquente chez les personnes possédant au moins le bac, l'élévation du diplôme serait plutôt de nature à décourager l'usage régulier de cannabis [26].

Disparités régionales

Les consommations de substances psychoactives sont plus ou moins inégalement réparties dans les régions de France métropolitaine. Les différences régionales sont relativement plus marquées pour l'alcool et le cannabis que pour le tabac. Ainsi, en 2005, la consommation quotidienne d'alcool est plus fréquente dans le Sud et dans la région Nord-Pas-de-Calais, et l'ivresse plus fréquente en Bretagne. L'usage de cannabis est plus fréquent en Bretagne et dans le Sud-Est. Cette même localisation est aussi rencontrée avec l'expérimentation de cocaïne et d'ecstasy [10].

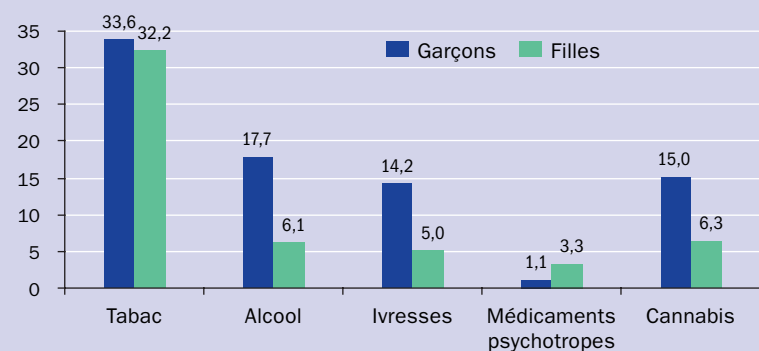
Chez les jeunes âgés de 17 ans, les différences régionales semblent plus marquées. Le tabagisme est plus fréquent dans l'ouest et le nord de la France, plus rare en Ile-de-France et dans une moindre mesure l'Est (Alsace, Rhône-Alpes). La consommation régulière d'alcool est plus fréquente dans l'ouest et le sud de la France ; cette différence étant encore plus marquée en ce qui concerne les ivresses. L'usage de cannabis est plus fréquent en Bretagne et dans le sud-est de la France. Ces différences sont également observées globalement pour les autres drogues illicites, même s'il faudrait apporter quelques nuances [7].

Les évolutions

Les tendances d'évolution des consommations de drogues par l'ensemble des Français sont divergentes en fonction du produit considéré et de la tranche d'âges étudiée. Une tendance à la baisse est constatée pour

figure 2

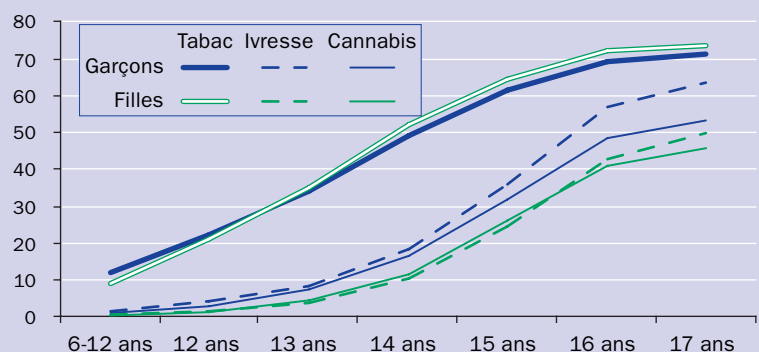
Fréquence de l'usage régulier (au moins 10 fois au cours du mois) chez les jeunes Français de 17 ans en 2005, selon le sexe (en pourcentage)



Source : Escapad 2005, OFDT.

figure 3

Diffusion de l'expérimentation du tabac, de l'ivresse et du cannabis pour la génération âgée de 17 ans en 2005



Source : Escapad 2005, OFDT.

les deux produits les plus fréquemment consommés : le tabac et l'alcool.

La baisse des quantités d'alcool consommé est très ancienne. En quarante-cinq ans, la consommation d'alcool pur par habitant a été réduite de moitié (12,9 litres par habitant âgé de plus de 15 ans en 2006). Cette réduction résulte quasi exclusivement de la diminution de la consommation de vin, les consommations de bière et spiritueux restant relativement stables sur cette période. Cette baisse continue fait perdre à la France la position si singulière qu'elle avait en Europe, bien qu'elle reste dans le groupe des pays à forte consommation globale d'alcool. Corrélativement à la baisse des quantités moyennes consommées, la proportion de consommateurs réguliers ou quotidiens d'alcool a aussi diminué [17, 25, 36].

La tendance sur la consommation d'alcool chez les jeunes, plus complexe à établir, semble être en légère augmentation en ce qui concerne les ivresses [10, 27].

La baisse de la consommation de tabac est plus récente, une vingtaine d'années. Constatée dès les années 1980 chez les hommes, cette tendance est aussi relevée dans les années récentes chez les femmes. Chez les jeunes, on constate une tendance similaire à la baisse, notamment au cours des années récentes (figure 4). Alors qu'en 1999 ils étaient parmi les plus gros consommateurs en Europe, aujourd'hui les jeunes Français se situent dans la moyenne européenne en matière de tabagisme [10, 27].

D'autres consommations sont à la hausse. C'est le cas des médicaments psychotropes, notamment des antidépresseurs dont les ventes ont doublé entre 1990 et 2003. La fréquence d'utilisation de médicaments psychotropes est élevée en France, comme l'est plus globalement la consommation de médicaments. Chez les jeunes, le niveau de ces consommations, qui ne se situent pas toujours dans le cadre d'une prescription médicale, semble récemment se stabiliser [10, 36].

La consommation du cannabis est également à la hausse. Néanmoins, après une décennie (1990) de forte hausse régulière, qui a conduit les jeunes Français à figurer parmi les plus gros consommateurs de cannabis en Europe, les données les plus récentes indiquent une stabilisation voire l'amorce d'une inversion de tendance. Pour les autres drogues illicites, rarement consommées, on relève une diffusion croissante pour les hallucinogènes et les stimulants, notamment la cocaïne et l'ecstasy [9, 10, 27, 37].

Les consommations problématiques

Selon des critères portant sur les quantités consommées et le délai entre le réveil et la première cigarette de la journée, la moitié des fumeurs quotidiens de 26-75 ans présentent des signes de dépendance. En 2003, 12 % des jeunes Français âgés de 17-18 ans fument et présentent des signes de dépendance forte caractérisée par une consommation quotidienne de plus de 20 cigarettes et une première cigarette fumée dès le réveil ou avant de quitter leur domicile [8, 38].

Les consommations excessives d'alcool sont abordées dans les enquêtes par une question portant sur le cumul du nombre de verres lors d'une même occasion de boire. Ainsi, en 2005, 22 % des hommes et 6 % des femmes (âgés de 15-75 ans) déclarent avoir consommé 6 verres ou plus lors d'une même occasion au cours du mois passé. Ce comportement est encore plus fréquent chez les jeunes ; 56 % des garçons et 36 % des filles âgés de 17 ans ont consommé au moins une fois au cours du mois passé 5 verres ou plus lors d'une même occasion. Différents indicateurs permettent également d'approcher les consommations problématiques d'alcool. En 2005, on estime que 9,4 % des personnes de 12-75 ans présentent des signes d'usage problématique selon le test Deta. Selon le test Audit-C (figure 5), 7,9 % de cette même population aurait un risque élevé d'alcoolisation

figure 4

Évolution de l'usage régulier de tabac, alcool et cannabis à 17 ans entre 2000 et 2005

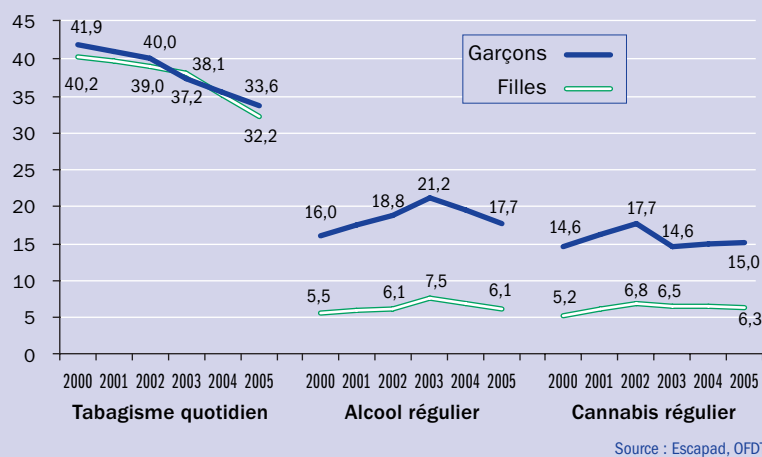
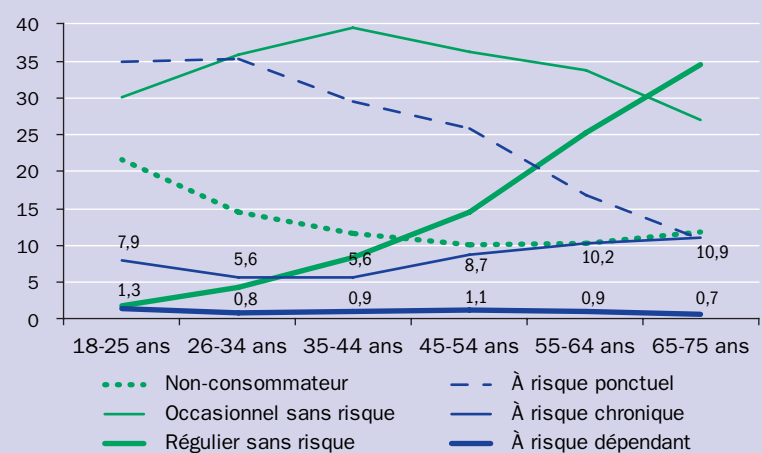


figure 5

Classification des buveurs selon l'Audit-C suivant l'âge (en pourcentage)



chronique et 0,9 % un risque élevé de dépendance alcoolique [10, 25].

La consommation de cannabis est surtout une consommation de type « occasionnelle » rencontrée principalement chez les adolescents et les jeunes adultes, mais son usage régulier concerne une population importante (1,2 million de personnes, estimation 2005). Une grande part des problèmes sanitaires et sociaux liés à la consommation de cannabis concerne les consommateurs réguliers. À 17-18 ans, la moitié des usagers réguliers sont considérés comme « problématiques » par le Cast, test statistique de repérage des « usages problématiques » de cannabis. Les principaux problèmes relevés sont : la perception de troubles de la mémoire, un manque d'énergie, une certaine dégradation des relations avec ses proches, les amis ou la famille, la conduite d'un véhicule après avoir consommé du cannabis. Enfin, un quart des usagers réguliers montrent des signes qui pourraient suggérer une potentielle dépendance. Les conséquences sociales négatives de l'usage de cannabis sont majorées pour des personnes déjà en difficulté sur le plan social [19].

Les conséquences problématiques des usages de

drogues illicites restent largement dominées par la consommation d'héroïne en France comme dans la plupart des pays de l'Union européenne. Il s'agit du principal produit à l'origine des prises en charge sanitaires et sociales d'usagers de drogues illicites, la cocaïne, souvent consommée en association avec les opiacés, intervenant dans une moindre part. On estime (dernière estimation disponible : 1999) entre 150 000 et 180 000 le nombre d'usagers d'opiacés ou de cocaïne « à problèmes ». C'est une population relativement jeune (autour de 30 ans) mais vieillissante, très fortement masculine (4 hommes pour 1 femme), souffrant fréquemment de troubles psychiatriques et souvent en difficulté sociale. L'observation des usages et des usagers de ces produits montre que au cours des dernières années, parmi les usagers problématiques, la consommation de cocaïne, mais aussi d'autres stimulants tels que l'ecstasy et les amphétamines, est en progression quel que soit le mode d'usage (injectée, sniffée, fumée) tandis que celui de l'héroïne se stabilise après avoir diminué. Des consommations d'autres produits, notamment d'alcool, de médicaments psychotropes et de cannabis, sont fréquemment associées [36]. 

Vers une nouvelle prévention ?

Alain Morel

Psychiatre, directeur
médical du Trait
d'union, secrétaire
général de la
Fédération française
d'addictologie

La prévention des conduites addictives est un champ fort riche. Riche d'initiatives et de créativité. Riche aussi de discours, de confusions et de malentendus.

Il faut dire que, par strates successives, depuis un peu plus d'un siècle, les approches, les idées, les politiques se sont accumulées et contredites, modifiées ou renforcées, mais que le problème ne cesse de se poser... et de croître.

Il faut dire aussi que, sur la planète, le problème s'est « mondialisé », mais que les approches prennent des directions pour le moins divergentes : ici on exécute les trafiquants, ici on légalise des commerces spécialisés ou des distributions contrôlées, ici on pourchasse la consommation d'alcool, là on en fait la publicité, ici on combat le tabac et là on augmente les profits en développant les marchés...

Il faut dire également que l'élargissement du champ couvert par l'addiction à des substances licites et illicites, à des « addictions sans drogue » et à toutes sortes d'activités courantes en a encore rajouté côté richesse et côté confusion. Indéniablement, la question de l'addiction devient de plus en plus permanente et s'est étendue à tous les secteurs de la société et de nos vies quotidiennes : fêtes, jeux, alimentation, sommeil, travail, convivialité, sport, traitements, Internet, économie, délinquance...

Notre société moderne a un problème avec les addic-

tions. C'est si évident que cela devrait nous obliger à nous demander en priorité en quoi cette société moderne, libérale, capitaliste et démocratique, cette société qui s'impose de plus en plus sur tous les continents, secrète ces comportements, et pourquoi ils deviennent des objets de politiques qui visent à les « combattre ». C'est évident, mais nous nous posons finalement assez peu la question, car ce qui nous préoccupe ce sont les méthodes pour changer les comportements individuels. Pour être heureux, nous devons avoir des comportements plus sains, on ne cesse de nous le dire...

Mais, apparemment, les gens ne comprennent pas tout le mal qu'ils se font. Et nous voilà bien embarrassés car les problèmes sont complexes et les solutions préconisées très diverses, pour ne pas dire contradictoires. Les efforts et les dépenses se montrent peu rentables, excepté les mesures de contrôle¹, toujours plus pressantes sur les individus, mais dont les résultats enregistrés ne portent en réalité que sur le court terme.

Alors que faut-il faire ?

Réfléchir, essayer de comprendre, élargir notre approche, réviser notre vision conventionnelle et tirer profit de nos expériences déjà pleines d'enseignements. Et puis expérimenter des voies différentes dont la nou-

1. En tout cas à en croire des « méta-analyses » de programmes de prévention comme celle portant sur le risque alcool, publiée par l'équipe britannique de Babor, et qui a eu de larges échos [5].

*Les références
entre crochets renvoient
à la bibliographie p. 83.*

veauté ne tient pas seulement à des améliorations techniques (dans les méthodes de communication par exemple) mais à des réorientations plus fondamentales. Propositions qui n'intéressent malheureusement que peu les décideurs politiques, toujours en manque de mesures à visibilité immédiate. Mais elles peuvent intéresser, nous l'espérons, les professionnels et les citoyens qui perçoivent de plus en plus le hiatus entre les messages de la prévention et la vie réelle.

Quel(s) objectif(s) ?

Qui peut dire aujourd'hui ce que doit être l'objectif de la prévention : diminuer les niveaux de consommations ? Empêcher certaines de ces consommations (mais lesquelles ?) ou toutes ? Diminuer les dommages induits ? Responsabiliser les usagers ?

Prévenir peut en effet se décliner dans de très nombreuses directions :

- par stade de la consommation ou pour tout type d'usage,
- par produit ou par comportement,
- pour développer l'abstinence ou pour réduire les risques,
- par l'éducation à l'autodétermination ou par les lois et le contrôle,
- par l'action envers les facteurs prédictifs ou par la modification des comportements de consommation,
- par l'action sur les substances pour améliorer leur qualité ou pour les éradiquer,
- par populations spécifiquement à risque ou de façon générale,
- par l'individu ou par les liens communautaires...

Cette multiplicité des choix et des objectifs possibles indique plusieurs choses.

La première est que les drogues (les psychotropes en général) ont de multiples facettes et que les addictions ont de multiples sources. Il ne faut jamais perdre de vue, dans ce champ, la célèbre formule du professeur Olievenstein : « *La toxicomanie est la rencontre entre une personne, un produit et un moment socioculturel.* » Elle nous rappelle que les facteurs sociaux, psychologiques et biologiques qui concourent aux usages de drogues et aux addictions le font par un ensemble d'interactions complexes. C'est en comprenant ce système d'interactions que l'on peut trouver les clés pour prévenir ses dérégulations.

La deuxième, c'est que la prévention elle-même est un domaine complexe et flou, un domaine où les représentations et les attitudes dépendent des valeurs individuelles et collectives, un domaine où vouloir le bien d'autrui fait oublier parfois que les individus sont les ultimes propriétaires de leur corps et de leur vie. Car il nous faut observer, au risque de choquer, que l'addiction en soi n'est pas un problème. Toutes nos dépendances ne sont pas nuisibles, et la question de ce que chacun en fait, la question de la limite, appartient *in fine...* à chacun.

La troisième chose, c'est que, dans notre société où

les risques se multiplient en même temps qu'ils sont l'objet d'une préoccupation croissante, les objectifs de prévention sont nécessairement divers, s'entrecroisent, se chevauchent et peuvent facilement devenir confus si ce n'est contradictoires. Prévenir la « maladie addictive », ce n'est pas pareil que de prévenir ses complications ou de prévenir l'évolution addictive d'une conduite, et pourtant ce sont trois objectifs qui doivent s'articuler. Prévenir les conduites addictives, ce n'est pas pareil que de prévenir l'ensemble des conduites à risque, et pourtant ce sont deux problématiques qui se recoupent fortement.

Devant un champ aussi complexe, comment faire l'économie de réflexions sur l'essence même de la prévention : Au nom de quoi prévenir ? Selon quelles valeurs et quelles finalités ? Qu'est-ce que l'on veut prévenir exactement ?

Cette réflexion n'est pas détachée d'un objectif aussi concret qu'impératif : définir collectivement (démocratiquement) une politique qui ordonne et articule les objectifs entre eux, et qui permette le déploiement d'une diversité d'actions cohérentes.

Chaque action n'a en effet de pertinence que si elle se fixe un objectif spécifique et si elle s'inscrit dans une stratégie d'ensemble. Encore faut-il que cette politique existe et qu'elle soit repérable. Le problème de la prévention des conduites addictives semble justement celui de l'absence d'une stratégie d'ensemble suffisamment consensuelle pour permettre à chacun et à chaque action de savoir en quoi et comment il participe à une entreprise nécessairement collective et globale pour toucher aux fondements du problème.

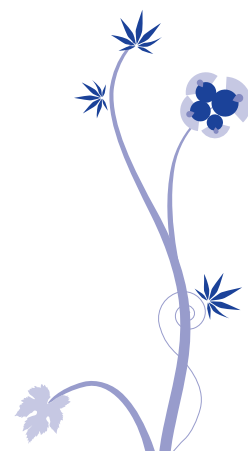
Pourquoi cette absence de cohérence ?

Il y a certainement une part d'« aveuglement » de la société, peu prompte à réviser ses propres tendances « addictogènes ». Nous y voyons aussi une difficulté conceptuelle pour appréhender le problème dans sa globalité et non sous le seul angle légal et/ou médical. Car, certes, les addictions sont un enjeu de santé et, dans une certaine mesure, un enjeu de sécurité, mais c'est surtout un enjeu de société qui soulève la question du rapport de l'individu à sa recherche de bien-être dans le contexte d'aujourd'hui.

Comment progresser dans la cohérence ?

Dans le cadre de cet article, nous répondrons en proposant cinq axes.

- Élaborer une nouvelle « culture commune » en réinterrogeant les postulats conventionnels et en s'appuyant sur de nouvelles approches davantage soucieuses des réalités actuelles.
- Remettre en relation les conduites addictives et le contexte socioculturel, celui de la modernité.
- Redéfinir la place de l'individu et de l'« usager » face à son éventuel « problème » d'addiction.
- Tenir compte de l'expérience pour fixer les principes généraux des actions de prévention.
- Organiser l'architecture d'une politique globale de prévention.



L'approche conventionnelle : contrôler et dissuader

Confrontée à cette passion des toxiques apparue quelques décennies plus tôt, la « défense sociale » a consisté au début du xx^e siècle à installer un « socle » législatif traçant les contours d'interdits et de modes de contrôle. Dans cette phase, le contrôle ne visait pas les consommateurs, mais plutôt l'exposition au produit. Des prohibitions ciblées ont été mises en place ; certaines seront des échecs retentissants (comme celle envers l'alcool en Amérique du Nord), d'autres seront couronnées d'un certain succès (comme celle de l'absinthe en France).

Les choses seront maintenues ainsi quelques décennies, jusqu'à ce que, dans les années soixante, de « nouvelles toxicomanies » donnent une visibilité sans précédent au phénomène, qui est perçu alors comme une menace sur la jeunesse et, par-là même, sur toute la société. L'urgence sociale est décrétée. L'alcoolisme puis la toxicomanie sont élevés au rang de « fléau social » et il n'est plus question que de renforcer la législation. Afin de légitimer ce renforcement du contrôle, l'heure est à une information sur les dangers des drogues, jusque-là considérée comme allant de soi voire contre-productive (« moins on en parle, moins on fait de publicité »). Législations et informations poursuivent un même objectif simple : faire adopter l'abstinence pour les drogues illicites et une certaine « modération » pour les drogues légales (alcool, tabac, médicaments). La notion de modération posera quelque peu problème et sa définition va évoluer dans le temps. En revanche, l'abstinence, objectif plus simple à comprendre, semble faire consensus pour « éradiquer » les drogues illicites.

Mais, comme l'explique le Canadien Ken Low, l'un des tout premiers analystes critiques de la prévention, ces « apprentissages conventionnels » sont en réalité basés sur « une politique de l'ignorance ». « L'apprentissage conventionnel des comportements sociaux, dit-il, est une technique rapide et aisée dont l'atout majeur est de disposer déjà de la bonne façon de faire. [...] C'est grâce à [cet] apprentissage conventionnel, qui nous permet de mettre à profit l'expérience des autres, que notre civilisation a pu atteindre un tel niveau de complexité » [32]. Toutefois, cette transmission de modèles simples de comportements acculturés fonctionne beaucoup moins bien face à des problèmes nouveaux en lien avec l'avancée de la société. Car si les « apprentissages conventionnels » permettent de reproduire des modèles, ils ne permettent pas d'acquérir le sens et les outils pour en concevoir de nouveaux et se les approprier. Ainsi, l'adoption de « comportements sains » vis-à-vis des psychotropes n'est pas aussi généralisée que souhaité, d'autant que ces « bons » comportements sont difficiles à déterminer pour tous et à tous moments de la vie, et que les comportements « à risque » se renouvellent (nouvelles drogues, nouveaux usages...).

C'est pourquoi les approches conventionnelles qui associent interdits et information sur les dangers sont en grande partie insuffisantes et inopérantes. Pourtant,

curieusement, loin d'être complétées ou supplantées par de nouvelles, on assiste à leur renforcement et à leur élargissement aux substances légales. Alcool et tabac sont l'objet de restrictions d'accès croissantes et passent du statut de produits inoffensifs à celui de « drogues dures ».

Beaucoup d'énergies sont ainsi déployées pour faire admettre que les méfaits de ces produits sont majeurs et pour « débanaliser », « délégitimer » leur consommation. Avec quelques résultats non sans intérêt (comme la baisse récente de consommation de tabac), mais avec aussi beaucoup de déception : le nombre de buveurs excessifs ne diminue guère, les consommations massives chez les jeunes tendent au contraire à augmenter, le contrôle social très sévère envers le cannabis n'a pas empêché les niveaux de consommation d'augmenter, le nombre de grands dépendants du tabac ne se réduit pas, les mésusages de médicaments psychoactifs non plus...

Des approches nouvelles : éduquer, réduire les risques et accompagner

En marge des approches conventionnelles, d'autres ont vu le jour qui, sans avoir pu donner encore pleinement leur potentiel, apportent de nouvelles directions sans doute plus fécondes pour l'avenir de la prévention. Trois nouvelles stratégies sont ainsi apparues, basées sur des données scientifiquement valides mais peu ou pas valorisées par les politiques publiques : la promotion de la santé, la réduction des risques et l'éducation expérientielle.

La promotion de la santé vise, au-delà de la valorisation de comportements favorables à la santé, à renforcer les compétences individuelles (estime de soi, compétences sociales, habiletés à la résolution des problèmes, alternatives à la consommation, gestion du stress,...), c'est-à-dire à influencer positivement sur les facteurs de protection et de risques quant à l'attitude individuelle envers sa santé.

Pour la réduction des risques, l'objectif est en priorité de prévenir les dommages occasionnés par les consommations de substances psychoactives. Il ne s'agit pas de s'attaquer aux drogues ni à la consommation en soi, mais d'en maîtriser les effets nuisibles. Ses résultats ont été indiscutables pour diminuer les overdoses et pour enrayer considérablement l'épidémie de sida chez les usagers de drogues.

Ces deux stratégies contribuent à renforcer les compétences des individus pour diminuer l'« appétence » et pour favoriser des consommations plus réfléchies et mieux gérées par les usagers eux-mêmes².

2. « Une prévention élargie comprenant la protection de la santé, la promotion de la santé et la détection précoce est le moyen d'éviter les conséquences néfastes de la consommation sur les plans sanitaire et social. Jeunes et adultes doivent posséder les connaissances nécessaires pour vivre sans consommer ou sans avoir une consommation problématique. » Telle est l'une des conclusions du récent rapport de la Commission fédérale suisse sur les problèmes liés aux drogues [16].

Mais elles se confrontent néanmoins à des limites. La logique qu'elles poursuivent de responsabiliser les usagers sans chercher *a priori* à définir et contrôler leur comportement s'avère difficilement compatible avec l'approche conventionnelle. Cela explique probablement pourquoi ces deux approches, pourtant bien accueillies par les populations, ne trouvent que peu de crédit dans les politiques publiques. La promotion de la santé est reléguée dans la prévention primaire, et la réduction des risques dans des services spéciaux tolérés par compassion envers les usagers de drogues pour « limiter la casse ». Il est en effet difficile de vouloir à la fois, d'un côté faire la « guerre à la drogue » (ce qui, peu ou prou, conduit à faire la guerre aux « drogués ») et imposer des normes qui est une politique basée, on l'a vu, en grande partie sur l'ignorance, et, d'un autre côté, vouloir que les personnes apprennent des attitudes favorables à leur santé même si elles consomment des drogues et parfois « en excès ». Cette seconde hypothèse suppose en effet de ne pas considérer les usagers comme fautifs, mais capables de faire bon usage de toutes les informations, tant sur les risques que sur les bienfaits que l'on peut trouver dans les drogues. Mais sommes-nous tous « capables » d'une telle maîtrise ?

Une autre approche, moins connue que les précédentes, devrait permettre de dépasser ce hiatus. Il s'agit de la mise en évidence de ce que des auteurs anglo-saxons ont appelé le « self-change » et qui démontre que, dans la mesure où l'on en crée les conditions, la grande majorité des personnes adaptent d'elles-mêmes leur consommation pour trouver du bien être et réduire les risques. Elle intègre aussi le fait qu'aucun type de comportement idéal ne peut être défini et imposé à tous les individus et à tous les moments de sa vie. La question est donc en grande partie individuelle et repose sur l'expérience propre de la personne afin de l'aider à utiliser au mieux ses ressources. Mais la réflexion sur cette expérience et sur les décisions à prendre pour en changer éventuellement ne vient pas toujours de soi ; une *éducation expérientielle* est en conséquence à développer et nécessite des conditions pour se réaliser. Conditions qui permettent la rencontre, le respect de la vie d'autrui, le dialogue et la recherche de solutions à d'éventuels problèmes, bref, un *accompagnement*. C'est sur cette logique que s'appuient des programmes nouveaux tels que ceux d'intervention précoce qui s'intéressent aux situations où apparaissent des usages « excessifs » et « à risque ». Les personnes en grave difficulté avec leur consommation peuvent ainsi être « repérées » plus précocement et trouver les soins adaptés pour réaliser les changements nécessaires. Mais cela doit également se faire en tenant compte de l'expérience propre du sujet et dans un accompagnement. L'éducation à la santé, la réduction des risques induits et la gestion de l'expérience font aussi partie des soins. Les programmes d'« éducation thérapeutique » devraient aller également dans ce sens.

Il ne s'agit donc en aucune manière d'opposer les

différentes approches (par exemple, le contrôle et l'éducation, l'un ayant besoin de l'autre et réciproquement), mais de les rendre complémentaires afin de les adapter aux réalités d'aujourd'hui.

Le risque addictif et la modernité

La société de ce XXI^e siècle n'a plus grand-chose à voir avec celle d'il y a trente ou quarante ans, et la place des substances psychoactives est devenue tout autre : elles sont aujourd'hui des assistants possibles dans tous les domaines et à tous les instants de nos vies.

Nous avons d'ailleurs découvert que les substances psychoactives sont en réalité des instruments nous permettant d'agir sur les substances endogènes de notre organisme, ces neuro-hormones et autres ligands et médiateurs qui inscrivent dans la physiologie de notre cerveau notre propre relation au monde. Ces substances nous permettent ainsi d'intervenir dans l'intimité de nos émotions et de nos perceptions. Peut-on rêver mieux ?

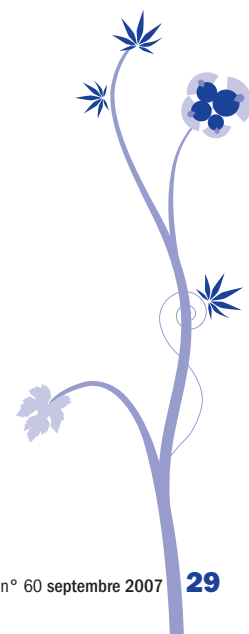
De nombreux sociologues et anthropologues ont analysé de façon convergente les mouvements de nos modes de vie, de nos représentations et de ce qui anime nos comportements comme nos systèmes économiques, sociaux et politiques.

En premier lieu, il apparaît que *l'individu* — aussi souverain qu'incertain — a pris une place sans précédent dans nos façons de penser le monde et nos existences.

Nul ne peut en effet nier « *la montée des valeurs qui favorisent le droit à réaliser les besoins de l'expérience de soi* », comme l'a écrit Helmut Klages [29]. Cette société nous permet et nous enjoint même d'être « *le constructeur flexible de sa propre vie* », le plasticien de son existence, du vécu des événements rencontrés et de ses émotions. Ce faisant, en passant de valeurs comme « une vie de famille heureuse » à celles de « l'épanouissement de l'individualité », des tensions nouvelles apparaissent entre l'individu et l'éthique sociale, les libertés nouvelles créent des incertitudes nouvelles, et les contraintes sociales et économiques qui font obstacle à cette autodétermination provoquent des tensions pour les individus, dans les familles et dans les groupes sociaux les moins favorisés.

Pris dans de tels mouvements de l'histoire, nous manquons de certitudes et nos croyances sont éphémères, aussi sommes-nous en recherche de *nouvelles régulations*, de nouveaux liens entre nous et de maîtrise face à l'immense diversification et la puissance de nos moyens pour modifier, modeler notre vécu, notre expérience.

C'est le deuxième élément marquant de notre évolution culturelle et de nos comportements modernes : puissance, intensité, performance, vitesse et immédiateté sont les caractéristiques principales des comportements les plus valorisés. Nos modes de vie sont en ce sens « *maximalistes* », et à tel point que, comme le « drogué », nous puisons sans compter dans nos ressources et



que, face au danger que représente la poursuite de cette « fuite en avant » pour la planète, nous préférons fermer les yeux et croire que nous trouverons une issue sans rien changer à nos façons de vivre...

Le *risque psychotrope* est une illustration du risque de la modernité : celle-ci ne fait qu'accroître l'accessibilité rapide à un nombre grandissant d'objets et de techniques dont les avantages et les inconvénients sont sans cesse plus prononcés... Ainsi, l'addiction est un produit de la pression sociale qui s'exerce sur le sujet moderne. Parmi ces pressions du social, celle qui concerne l'idéal de bonheur et d'indépendance individuelle joue probablement un rôle puissant : plus il y a une valorisation du sujet autonome et sans dépendance, plus celui-ci recherche des substituts de liens sociaux et plus on « pathologise » toutes les formes de dépendances.

Cela ne retire rien à la réalité de ces souffrances. Mais cela démonte à l'avance toute vision réductrice, en particulier biomédicale, de cette réalité. Car si le fonctionnement cérébral comporte un potentiel à entrer dans une compulsion (un « renforcement positif », disent les neurobiologistes), il possède aussi des freins et ses dysfonctionnements éventuels mettent du temps à s'installer et n'interviennent que comme un facteur secondaire.

Quelle conception de l'usager et de son « problème » d'addiction ?

Notre civilisation, nous le disions, est celle de l'individu : l'individu comme acteur du système politique, l'individu comme agent de consommation, l'individu comme concepteur et opérateur de sa propre vie (de son corps, de sa famille, de sa santé, de sa carrière, et même de sa mort...). Remarquons bien sûr que la liberté de l'individu dans ces trois domaines essentiels est toute relative. Ce qui indique que l'affirmation d'un individu libre est un principe fondamental qui a valeur de sens, de paradigme organisateur des représentations, mais qui ne fait pas pour autant disparaître le besoin de cadres collectifs, d'aspirations communes et de normes. Ajoutons aussi que les valeurs d'autodétermination priment sur celles de conformité à « la masse » jusqu'à la limite où l'autodétermination et les comportements individuels peuvent porter atteinte à l'autre ou aller à l'encontre des intérêts collectifs.

Quoi qu'il en soit, cette primauté de l'individu a plusieurs conséquences capitales. La première est que le sujet doit rechercher son bien-être en fonction de lui-même et non d'un principe collectif, contrairement à ce que font généralement les membres d'une communauté fondée sur des principes de vie énoncés de l'extérieur. Et il le fait en « consommant » ce qui peut lui procurer du bien-être ou amplifier celui qu'il trouve, car la libre consommation est une autre valeur essentielle de notre système collectif. Cette démarche, dans notre société en tout cas, n'est en rien « antisociale ». Au contraire, elle est en pleine conformité avec les

valeurs de la modernité. Or c'est exactement celle qui préside à l'usage de substances psychotropes (comme à l'adoption de comportements déclencheurs d'expériences intenses).

Cela signifie que des politiques envers les drogues seront en porte à faux tant qu'elles se donneront comme objectif essentiel le contrôle des comportements des individus. Elles sont d'ailleurs toutes portées, en réalité, vers une autre logique, même avec les drogues réputées les plus « dures » : « si vous y touchez, faites-le en tenant compte des dangers ». Le « si » ouvre un espace de compromis, un espace de liberté. Ce n'est pas une question d'idéologie, c'est une simple question de cohérence avec ce qui fonde notre vie ensemble, aujourd'hui dans ce monde, ou en tout cas sa partie acquise à la démocratie.

Voilà le paradoxe qui est certainement à l'origine d'un grave malentendu, en particulier avec les jeunes : *la consommation de substances psychoactives répond à une recherche de bien-être*, et n'est pas un « mal » en soi. C'est une conduite sociale qui est en grande partie adaptative : elle aide ou donne l'illusion d'aider à vivre dans la société telle qu'elle est. L'addiction pathologique, celle qui plonge le sujet dans la souffrance, les complications et dans l'impuissance pour en sortir, n'est que l'échec de cette démarche. Il existe donc un espace d'expérience à borner, à maîtriser et à limiter, mais qui ne saurait être réduit à néant. Cela rend la consommation de substances psychoactives inassimilable à des actes contre lesquels la « tolérance zéro » est la seule attitude sociale légitime. Cela ne permet pas non plus de réduire la question des addictions à un problème de santé, encore moins à un problème médical, ni de laisser les individus « se débrouiller » avec cette question qui traverse de toute façon leur existence. S'il n'est pas question de minimiser les dommages que peuvent occasionner ces usages, il nous faut admettre que ces conduites s'inscrivent dans des modes de vie et qu'elles ne sont aucunement réductibles à des actes purement nuisibles (pour soi ou pour autrui), sauf à les amputer d'une part essentielle de leur motivation et de leur signification.

C'est sans doute cela que Jean-François Toussaint a résumé dans son rapport sur la prévention en écrivant qu'elle vise à « *donner à chacun les moyens de participer activement à son propre équilibre* » [58].

Les principes généraux de l'intervention préventive

La culture commune en prévention ne s'arrête pas à des définitions et à des positions éthiques. L'expérience accumulée apporte aussi des savoirs sur ce qui crée ou pas des conditions d'évolution des comportements. L'Office of National Drug Control Policy aux États-Unis a adopté il y a quelques années une position proche de celle de l'Evidence Based Medicine (EBM) qui part du principe que ce qui est efficace est avant tout ce qui a fait preuve de ses résultats. La traduction exacte est la prévention « basée sur la preuve » (et non sur les évi-

dences...). Dans cette logique, les organismes officiels américains en charge de la politique des drogues ont produit 15 principes [34].

En résumé, ces principes d'une prévention « basée sur la preuve », au-delà de ses terminologies parfois simplistes pour un lecteur de culture latine (en tout cas français) et du fait que ces données proviennent pratiquement toujours de pays anglo-saxons (ce qui ne garantit pas leur totale applicabilité dans toute autre culture), confirment bon nombre de conclusions fournies par la plupart des méta-analyses réalisées en Amérique du Nord ou en Europe depuis une ou deux décennies. Il en ressort le peu d'effet de mesures ponctuelles de type « vaccination » (comme les conférences aux élèves) et d'interventions centrées uniquement sur les dangers des produits. En revanche, des critères de meilleure efficacité sont soulignés :

- les interventions répétées se centrant sur les compétences de vie, et animées par des professionnels dûment formés et/ou des pairs également formés,
- des programmes qui ciblent les comportements de consommation de façon globale, qui proposent des regards variés et des pédagogies participatives et qui sont sous-tendus par un modèle théorique cohérent,
- des actions qui prennent en compte le contexte économique, social et culturel et qui mobilisent les ressources de la personne elle-même.

Des principes que nous retrouvons pour l'essentiel dans le rapport Toussaint déjà cité, qui souligne notamment que « l'action de prévention ne saurait être ponctuelle ; elle doit être continue » et que « l'acteur principal de la prévention est le citoyen ». On peut espérer que les groupements régionaux de santé publique (GRSP), qui sont chargés aujourd'hui du financement et de l'évaluation de la plupart des actions de prévention « de terrain », aident les porteurs de projet à respecter ces principes. Les collectivités locales ont également sur ce point un rôle important à jouer. On peut espérer aussi que l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) s'attache à réaliser, sur ces mêmes principes, des articulations entre les campagnes nationales qu'il lance et ces actions partant de préoccupations et de ressources locales.

Les différents niveaux d'intervention préventive

Outre son manque d'objectifs partagés, la prévention des conduites addictives dans notre pays manque d'une organisation claire et de moyens. Pour tenter de remédier à cette déficience, les auteurs d'un autre rapport récent, intitulé *Propositions pour une politique de prévention et de prise en charge des addictions* [50], ont suggéré d'organiser la prévention selon quatre niveaux et axes stratégiques.

① Dans la mesure où il existe une continuité entre les consommations « banales » et les consommations « problématiques » déterminant des complications, diminuer globalement les niveaux de consommation est un objectif pertinent de prévention. Cela passe par la

baisse globale de la demande et de l'offre. C'est le rôle de la « *prévention universelle* » (les campagnes générales d'information), et des mesures de réglementation et de « *contrôle social* » (contrôles au volant, réglementations de l'accès aux produits, taxation, etc.). Mais il serait illusoire de croire que cette diminution des niveaux moyens de consommation puisse aller jusqu'à une abstinence généralisée ou aboutir à l'absence de prise de risques et à la disparition des complications.

② Les usages de substances psychoactives, même s'ils comportent des risques, correspondent en effet à une recherche de bien-être et s'inscrivent dans des modes de vie, des contextes culturels et communautaires. Il convient en conséquence de développer les capacités de choix et de réflexion de chacun. Cette responsabilisation est le rôle de « *l'éducation pour la santé et la citoyenneté* » et de l'« *éducation expérientielle* » qui sont à promouvoir au moyen d'une « *prévention de proximité* ».

③ Les problèmes liés aux usages de substances psychoactives, que ce soit la dépendance ou d'autres types de complications, sont étroitement liés aux modes de consommation que les usagers sont les premiers à pouvoir changer eux-mêmes. Le troisième axe stratégique devrait donc viser à accroître les capacités d'auto-changement et à diminuer les conséquences nocives des consommations. C'est un des rôles de l'« *intervention précoce* » en début de consommation et c'est celui de la « *réduction des risques* » aux stades de l'addiction.

④ Les complications et les dépendances provoquent des souffrances physiques, psychiques et sociales qui nécessitent des traitements souvent longs et parfois contraignants, difficiles souvent à maintenir. Il faut donc que la prévention à ce stade s'intègre aux soins pour diminuer les risques de rechute et augmenter les durées de rétablissement. C'est le rôle de l'« *éducation thérapeutique* » associée aux soins.

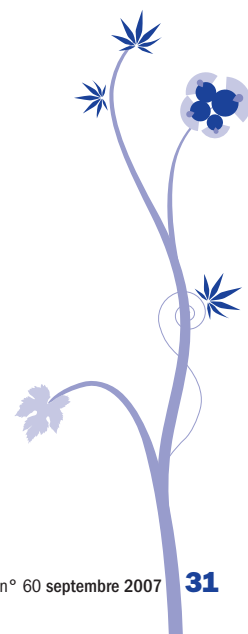
Ces quatre axes stratégiques se complètent et n'ont d'efficacité que coordonnés et conduits dans la durée.

Des objectifs ou des secteurs plus spécifiques devraient être mis en priorité pour appliquer ces différentes stratégies : notamment la prévention vers les adolescents, la prévention routière, la prévention en milieu de travail et la prévention de l'exposition prénatale auprès des femmes enceintes.

Force est de constater qu'en France (mais aussi dans nombre de pays), seul le premier niveau est privilégié et qu'aucune instance publique nationale de coordination n'existe à ce jour.

Conclusion

La plupart des individus consomment des substances psychoactives, et le font pour se procurer du plaisir et du soulagement. Ils agrémentent ainsi leur vie de tous les jours sans éprouver, le plus souvent, de problème avec cette consommation.



Grèvent-ils leur capital santé ? Certains, c'est un fait indéniable, mais pas dans tous les cas. Prennent-ils des risques ? Certains plus que d'autres, et à certains moments de leur vie plus qu'à d'autres. Comme pour toute conduite à risque, le problème n'est pas le risque, mais le moment où il devient excessif, non maîtrisé. Les usagers doivent être avertis de ces risques et éventuellement aidés afin de se protéger des problèmes qui pourraient survenir. Pour certains, la meilleure façon de se protéger sera de rester abstinents, pour d'autres cela passera par une consommation mieux contrôlée ou « modérée ». D'autres encore ne voudront pas diminuer les risques qu'ils prennent, soit qu'ils jugent ne pas en avoir les ressources, soit qu'ils tirent du mieux-être de leur mode de vie et qu'ils n'envisagent pas d'en changer. Vis-à-vis de ceux-ci, la société a la responsabilité de leur proposer une aide pour réduire les méfaits et éventuellement pour rechercher des solutions alternatives avec eux. Elle doit, en tout état de cause, établir les règles empêchant de mettre en danger autrui, comme pour la

conduite automobile, et protégeant les plus vulnérables, comme pour les mineurs.

L'existence d'une consommation inscrite dans la vie des gens et leur apportant des satisfactions plus que des inconvénients est un fait. Prendre en compte cette réalité et le sens de ces pratiques ne signifie pas vouloir en minimiser les risques. Pourtant on n'en trouve aucune trace dans les stratégies traditionnelles de la prévention focalisées qu'elles sont sur le seul versant du danger nous menaçant.

Une prévention est à inventer qui saura aborder les expériences vécues avec les substances psychoactives dès les stades précoces, dans leur globalité, tenant compte à la fois de leurs dimensions de plaisir et de satisfaction comme de déplaisir et de souffrance, et des relations entre les deux. Et une prévention qui respecte un fondement de notre vie en société : la liberté de choix de chacun de décider de sa façon de vivre. C'est dans cette liberté que la prévention trouvera toute sa légitimité et toute sa force. 

Les acteurs de proximité de la prévention des addictions

Un champ peu structuré et des acteurs multiples

Le champ des acteurs de la prévention des addictions, à l'image de celui de la prévention en général, est peu structuré et difficile à délimiter. On trouve au niveau local de nombreuses structures associatives aux ressources précaires, certaines spécialisées en addictologie, d'autres généralistes en éducation pour la santé, d'autres encore travaillant auprès des jeunes.

Les raisons de cette diversité et de ce manque de cohérence sont multiples. Elles tiennent aux statuts différents des substances psychoactives, que ce soit au plan réglementaire (les lois), social (les représentations) et économique. Elles tiennent aussi à une absence de cadrage par des politiques publiques. Elles tiennent enfin à la diversité des champs d'intervention concernés :

- éducation à la santé, citoyenneté, santé publique ;
- prévention de la délinquance et sécurité publique ;
- politique de la ville, etc..

Pour tenter de sortir de cette confusion, néfaste à l'objectif recherché, les pouvoirs publics ont élaboré différentes planifications ces dernières années :

- les priorités nationales énoncées dans les plans pluriannuels de la MILDT ;
- la mise en place de schémas territoriaux, avec des plans départementaux drogues et dépendances, des contrats urbains de cohésion sociale, et des priorités émises par les conférences régionales de santé.

Mais ces différentes tentatives de structuration visent rarement la prévention en tant que telle et manquent d'un pilotage national clair.

Les principaux territoires d'intervention des acteurs de prévention sont :

- le milieu scolaire ;
- l'entreprise ;
- la politique de la ville ;
- les territoires ruraux ;
- sans omettre toutes les initiatives quotidiennes de proximité mises en chantier à partir des sites locaux.

Selon les niveaux de prévention, différents types d'acteurs interviennent :

- Des associations nationales, comme l'Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie (Anpaa) et ses comités départementaux et régionaux (cf. encadré 1) ou l'Association nationale des intervenants en toxicomanie (Anit) (cf. encadré 2) qui regroupent ou fédèrent de nombreux établissements médico-sociaux spécialisés en addictologie, et des services de prévention. Leur action préventive est double :

- ◆ réalisation de programmes de prévention (appui technique/actions partenariales),
- ◆ interventions précoces, à l'interface du soin et de la prévention.

- En éducation à la santé, les acteurs sont en particulier les comités départementaux d'éducation à la santé (Codes/Ades) qui développent des programmes

Merci pour leur
collaboration à
cette présentation à
Michel Boulanger (Anit),
Olivier Chazy (DGAS),
Pascale Gayraud,
Michel Massacret (Mildt),
Joseph Osman (OFT),
Alain Rigaud (Anpaa),
Nicole Chaussin (Fnes)

de prévention sur différentes thématiques de santé, dont les addictions. Ces comités sont fédérés au plan régional et national (Fnes) (cf. encadré 3).

- D'autres acteurs de santé généralistes sont les services de promotion de la santé scolaire et universitaire, les services communaux d'hygiène et de santé, les services de promotion de la santé des caisses primaires d'assurance maladie, les mutuelles, les services de médecine du travail, les réseaux de médecins généralistes et de pharmaciens.

- De même, les acteurs sociaux, centres communaux d'action sociale, conseils de prévention de la délinquance, missions locales jeunes, points d'accueil et d'écoute jeunes (cf. encadré 4), prévention spécialisée, services de la protection judiciaire de la jeunesse... interviennent dans le champ de la prévention des addictions.

La plupart des actions sont réalisées avec une approche partenariale associant souvent des acteurs généralistes et des acteurs spécialisés vis-à-vis des conduites addictives.

- Les centres d'information régionaux sur les drogues et les dépendances (CIRDD) (cf. encadré 5) sont des organismes ressources apportant des soutiens, notamment documentaires et parfois méthodologiques aux acteurs de terrain.

- Les services nationaux d'accueil téléphonique et par Internet, tels Datis (cf. article B. Cohen) ou Fil santé jeunes, compte tenu de leur mode d'accès, sont

des recours facilement accessibles individuellement de quelque endroit du territoire.

- La police et la gendarmerie possèdent des intervenants spécialisés qui mènent des actions auprès des jeunes en milieu scolaire et auprès de leurs adultes référents.

- Dans certains départements, des associations spécialisées, nées à l'initiative de professionnels, d'associations familiales, de mutuelles, d'étudiants, sont très actives et ont acquis une reconnaissance locale. Elles ne sont pas fédérées au plan national. D'autres, comme l'Office français de prévention du tabagisme, outre leur action nationale, ont des programmes d'intervention en entreprises (cf. encadré 6).

- Des associations nationales d'usagers, comme Alcooliques anonymes, Narcotiques anonymes, Croix d'or, Vie libre..., sont présentes sur le terrain, via leurs réseaux locaux.

- Enfin, d'autres associations s'intéressent aux addictions par le biais de la sécurité routière, comme la Prévention routière, la Ligue contre la violence routière, ou par le biais du cancer comme la Ligue contre le cancer, et différents centres anticancéreux locaux...

Bien que déjà très large, ce tableau des acteurs de prévention n'est sans doute pas exhaustif.

Cela témoigne de la richesse et de la vitalité, mais aussi de la précarité et de la complexité des dispositifs existants. 

1 L'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie, les CRPA et les CDPA

L'Anpaa a trois missions principales :

- Une représentation « politique » et un fonctionnement institutionnel dans le champ de l'alcoologie et l'addictologie ;

- Une animation de son réseau composé de 11 délégations interrégionales et de 90 comités départementaux ;

- Une communication vers le grand public et les médias assurée par des actions d'information et des activités directes auprès des publics : manifestations, formations, matériels de prévention, etc.

Ses objectifs sont :

- Développer dans tous les milieux une stratégie globale de prévention des risques et des dommages liés à la consommation d'alcool et des autres substances psychoactives de plus en plus souvent associées à l'alcoolisation.

- Promouvoir la formation de groupes relais dans tous les milieux afin de permettre à chacun de s'approprier la démarche préventive.

- Réduire les risques d'inadaptation sociale inhérents aux phénomènes d'alcoolisation, chez les jeunes comme chez les adultes.

- Favoriser l'accès aux soins, au suivi thérapeutique et à la réinsertion pour toute personne en difficulté avec l'alcool.

- Créer les conditions juridiques et socio-économiques favorisant pour chacun l'autonomie, les possibilités d'expression et d'épanouissement grâce à une meilleure qualité de vie et de respect de l'individu.

- Jouer un rôle promoteur et novateur en alcoologie et en addictologie.

Ses actions :

- Une prévention interactive pour tout public.

- La formation des relais professionnels : médecins et professionnels de santé, travailleurs sociaux, éducateurs, etc.

Des actions ciblées : sécurité routière, entreprises, lieux de loisirs, programme « Boire moins, c'est mieux » de prévention secondaire pour le repérage précoce et intervention brève (RPIB)...

- Un accompagnement des personnes : CCAA, tabacologie, CSST et CAARUD ;

- Des partenariats ;

- Des actions en justice ;

- Des interventions auprès des décideurs publics...

Dans chaque département, l'Anpaa dispose d'un comité Anpaa (CDPA), bien souvent gestionnaire d'un ou de plusieurs centres de cure ambulatoire en alcoologie.

Chaque comité Anpaa est administré par une commission exécutive, qui élit un bureau départemental. Les membres de la commission exécutive (12 au maximum) sont élus par les adhérents résidant dans le département réunis en assemblée plénière. Dans chaque région administrative a été mis en place un conseil régional regroupant les comités Anpaa de la région (CRPA), dont le secrétariat général est assuré par le délégué régional (qui couvre plusieurs régions administratives) représentant le directeur national. 

<http://www.anpaa.asso.fr>

2

L'Association nationale des intervenants en toxicomanie (Anit)

L'Anit regroupe la grande majorité des intervenants et des structures en toxicomanie : centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud), services de prévention.

La prévention des conduites addictives est une priorité pour l'Anit. Une commission permanente regroupe une dizaine d'administrateurs et formule des propositions au conseil d'administration, qui sont relayées par les unions régionales. Les travaux de l'Anit dans ce champ sont nombreux :

- formations sur la prévention (Ufanit),

- colloques,
- études (avec la Délégation interministérielle à la ville sur « Les consommations de substances psychoactives et les problématiques urbaines », 2001),

- enquêtes auprès des adhérents, élaboration d'un dossier sur « La prévention des conduites addictives » (2005), d'une charte Prévention (2006).

Sans oublier les nombreuses actions quotidiennes menées par les adhérents, dans la proximité¹.

La priorité de l'Anit est de militer pour un

statut de la prévention. La reconnaissance de ce statut implique d'élaborer une démarche qualifiée en prévention et de définir une programmation pluriannuelle des actions, permettant à des équipes professionnalisées de travailler dans la durée, temps de la prévention. Pour atteindre cet objectif, l'Anit œuvre auprès des services de l'État, dans une mobilisation commune avec des grandes associations nationales comme l'Anpaa et la Fnes. 

1. La plupart de ces travaux sont disponibles sur www.anit.asso.fr ou auprès du siège (9 passage Gatbois, 75012 Paris).

3

La Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé : réseau des Cres et Codes

La Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé (Fnes) rassemble 110 comités départementaux et régionaux d'éducation pour la santé, structures associatives travaillant en réseau et ayant notamment en commun :

- L'approche « généraliste » de la santé. La Fnes s'intéresse à la santé considérée comme un tout, ce qui n'exclut pas des approches thématiques (par exemple, maladies cardio-vasculaires, addictions, santé des personnes âgées, sécurité routière, etc.) ;

- L'approche « globale » de la santé ne dissociant pas santé physique et santé mentale, considérant l'ensemble des déterminants de la santé, intégrant la prévention des maladies et la promotion du développement harmonieux et du bien-être des personnes et des groupes ;

- L'approche de santé publique qui concerne tous les secteurs de l'activité sociale, dont le système de soins dans ses dimensions à la fois curative et préventive ;

- La référence au concept de la promotion de la santé tel que défini par la charte d'Ottawa.

Le réseau des comités d'éducation pour la santé accompagne la mise en œuvre d'une politique d'éducation et de promotion de la santé adaptée aux milieux de vie et aux thématiques spécifiques.

Il s'inscrit dans la totalité du territoire français. Il est un véritable appui, en matière de promotion et d'éducation pour la santé, aux professionnels sociaux, médicaux, sanitaires et éducatifs. Il développe des actions en direction de publics très variés : jeunes, personnes âgées, personnes en situation de précarité, salariés en entreprise...

Les activités développées par le réseau des comités au plus proche des professionnels et des populations visent à :

- Participer à la définition des politiques de santé publique ;

- Contribuer à la coordination, l'animation, la concertation et la communication des projets et des politiques de santé publique ;

- Développer des programmes en réponse aux priorités de santé locales, départementales et régionales ;

- Développer la recherche, l'expertise et l'enseignement en éducation pour la santé ;

- Proposer un accompagnement méthodologique aux porteurs de projets ;

- Diffuser et actualiser les ressources documentaires ;

- Amplifier localement les programmes nationaux.

La Fnes en quelques chiffres

- Près de 800 professionnels salariés d'origines variées (sciences humaines, médecine, santé publique, économie, communication...).

- Plus de 2 000 administrateurs bénévoles de tous les secteurs de la société civile.

- 21 Cres : comités régionaux.

- 89 Codes : comités départementaux. 

Immeuble Étoile—Pleyel
42 boulevard de la Libération
93200 Saint-Denis
Tél. 01 42 43 77 23
<http://www.fnes.fr>

4

Les points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ)

Il s'agit de structures de prévention de proximité créées en subsidiarité et en renfort des offres de droit commun existantes, ciblant les adolescents et les jeunes adultes en situation de mal-être ou de prise de risque (prévention primo-secondaire), ou en situation de rupture ou de dépendance (prévention tertiaire). Elles

peuvent également s'adresser au tout-venant des jeunes (prévention primaire).

Ces structures, au nombre de 286, accueillent, aujourd'hui environ 80 000 jeunes et 40 000 parents.

Elles organisent une offre d'écoute, de soutien, d'orientation et de médiation dans des

conditions particulièrement adaptées au profil du public (inconditionnalité, gratuité, confidentialité, accueil chaleureux et sans rendez-vous, accueil individuel et en groupe).

Elles exercent leur mission en réseau, prenant appui sur des antennes de proximité permettant d'aller à la rencontre des jeunes des secteurs

péri-urbains et ruraux qui souffrent particulièrement d'un manque de réponse.

Leur activité est définie par deux circulaires du 12 mars 2002 du ministère de l'Emploi et de la Solidarité et du 6 janvier 2005 du ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale,

Il existe également une trentaine d'espaces santé jeunes qui répondent à une définition proche.

Les usagers des PAEJ sont massivement consommateurs de produits psychoactifs et la

mission des PAEJ comporte une sensibilisation aux risques associés et une orientation vers les structures de soins.

Les PAEJ sont amenés à travailler avec l'ensemble des acteurs œuvrant auprès d'adolescents et de jeunes adultes (collèges et lycées, missions locales, clubs de prévention, services sociaux, hôpitaux, secteurs pédopsychiatriques, maisons de l'adolescent, REAPP...)

Ils sont placés sous l'autorité conjointe des préfets (Ddass) et des conseils généraux, en

raison de leur approche généraliste et transversale.

Les professionnels des PAEJ forment des équipes pluridisciplinaires comportant principalement des psychologues et des travailleurs sociaux.

L'État a accordé, en 2007, 10,7 millions d'euros à ce dispositif, soit un coût moyen de 35 860 euros par structure, les conseils généraux et les villes contribuant pour un tiers au financement. 

5 Les centres d'information régionaux sur les drogues et les dépendances (CIRDD)

Refondés dans le cadre du Plan gouvernemental 2004-2008, des centres d'information régionaux sur les drogues et les dépendances se constituent progressivement depuis janvier 2005. Le nouveau maillage territorial du dispositif vise à faire de ces CIRDD de seconde génération, implantés dans des capitales régionales et à proximité de pôles universitaires et de recherche, les maillons d'un réseau national de haut niveau piloté selon les principes de l'interministérialité et de la prise en compte de la dimension régionale. Ouverts aux institutionnels (services déconcentrés de l'État, collectivités locales) et aux professionnels spécialisés (universitaires, chercheurs, personnels des services déconcentrés de l'État, étudiants de 3^e cycle...), ces CIRDD se positionnent comme outil au service des chefs de projets départementaux, des acteurs de la politique publique de lutte contre la drogue, des professionnels de la prévention, de la lutte contre le trafic, de l'application de la loi et de la prise en charge sanitaire. Pour remplir cette mission d'appui

et d'aide aux choix politiques, les CIRDD sont organisés autour de trois fonctions :

- Documentation et information : l'objectif est de mettre à disposition, sous forme de synthèses, des données actualisées et validées sur les réalités locales, les institutions publiques, la littérature européenne. Les CIRDD développent des fonds spécialisés garantissant un haut niveau de documentation répondant aux orientations des politiques publiques. La structuration en réseau de l'ensemble des CIRDD et son pilotage au niveau national par la MILDT facilitent la mutualisation des ressources et le développement de services communs.

- L'observation, en prenant appui sur les relevés opérés par les échelons statistiques territoriaux des différents ministères (Éducation, Jeunesse et Sports, Ville, Santé, Justice, Intérieur, Défense nationale, Budget, Affaires étrangères), a pour objet de permettre de porter un diagnostic régional et départemental partagé et de donner de la visibilité à la politique de prévention conduite,

à l'identification des structures spécialisées en charge de conseiller, d'accueillir, de soigner, à la réalité de l'offre, de la consommation, du trafic au sein du territoire.

- Le conseil méthodologique, articulé à des dispositifs connexes telles notamment la prévention de la délinquance, la promotion d'actions en direction des publics scolarisés, des étudiants, des jeunes en milieu de loisirs, vise à la professionnalisation des acteurs intervenant sur ces champs. Il apporte, en lien avec la documentation et l'information qui le nourrissent, expertise et soutien aux actions de formation, d'analyse d'outils de prévention, d'évaluation de l'impact des programmes proposés. De par cette fonction, les CIRDD peuvent aider à la réalisation d'un plan régional de formation pour les intervenants, professionnels et bénévoles, de la lutte contre les drogues et les dépendances. 

<http://www.drogues.gouv.fr>

6 L'Office français de prévention du tabagisme (OFT)

Depuis 1999, l'Office français de prévention du tabagisme (OFT) assure une mission d'intérêt général en collaboration avec les autres acteurs de la lutte contre le tabagisme.

Son but : construire un environnement sans fumée.

Sa vocation : promouvoir la prévention et l'aide à l'arrêt du tabac.

L'OFT intervient dans les entreprises et les établissements publics, à la demande des directions et des services de santé au travail, pour aider les fumeurs à comprendre les raisons de leurs

dépendances, susciter leur motivation à l'arrêt du tabac et les accompagner aussi loin que possible dans leurs démarches pour se défaire de leurs habitudes tabagiques. L'OFT associe toujours les non-fumeurs à ses actions au sein de l'entreprise. Pour faciliter la prise en charge des fumeurs, l'association gère un annuaire national des consultations de tabacologie, qu'elle met à jour en ligne, et dont elle édite une version papier chaque année.

Ses programmes d'intervention dans les entreprises sont assurés par des professionnels

du sevrage tabagique, médecins tabacologues ou psychologues tabacologues qui utilisent les outils de prévention validés par les autorités de santé, dont l'efficacité a été reconnue pour la sensibilisation et l'aide à l'arrêt du tabac. 

66 boulevard Saint-Michel
75006 Paris
Tél. 01 43 25 19 65
Fax 01 43 25 18 27
<http://www.oft-asso.fr>

Axes de la prévention

Éducation pour la santé, promotion de la santé, information, écoute, intervention précoce, réduction des risques, telles sont les modalités utilisées aujourd'hui pour la prévention des conduites addictives. En quoi consistent-elles plus précisément ? Le milieu du travail est-il aussi à investir pour la prévention des addictions ?

Éducation pour la santé et conduites de consommation à risque

René Demeulemeester
Médecin inspecteur
de santé publique,
Institut national
de prévention et
d'éducation pour la
santé (INPES)

Parmi les comportements liés à la santé, les consommations de substances psychoactives sont probablement celles qui ont les conséquences les plus lourdes en termes de décès prématurés, de maladies et de souffrances sociales. Elles occupent donc, à juste titre, une place prépondérante dans le champ de l'éducation et de la promotion de la santé. Ces comportements sont au moins aussi anciens que l'histoire de l'humanité, mais les produits consommés et leurs modes de consommation sont en constante évolution ; ils sont fortement influencés par le contexte culturel, et sont au centre d'importants enjeux économiques. La prévention de ces comportements complexes s'accommode mal de modèles simplistes.

Trois modèles pour comprendre les comportements de consommation et leurs modalités de changement

Le présent article sera centré sur les concepts et les principes d'action qui fondent explicitement ou implicitement les activités engagées au niveau national par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Cet exposé de la méthode sera illustré des exemples concrets empruntés aux activités de l'Institut.

Les comportements de consommation de substances

L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1999) distingue trois types de comportements de consommation de substances : l'usage, l'usage nocif et la dépendance.

L'usage : il est défini comme une consommation de substances psychoactives n'entraînant ni complication ni dommage. L'existence d'un comportement régulier ou non de consommation de substances psychoactives qui n'entraînerait aucun dommage fait encore l'objet de controverse. On parlera plutôt d'usage réglé, dès lors que cet usage ne comporte qu'un risque faible pour la santé et qu'il est socialement acceptable.

L'usage nocif : dans ce cas, la consommation génère des dommages somatiques, psychologiques, sociaux pour l'individu, son entourage, la société, alors même que l'état de dépendance n'est pas constitué.

La dépendance : elle est définie comme un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques survenant à la suite d'une consommation répétée d'une substance psychoactive, associés à un désir puissant de prendre de la drogue, à une difficulté à contrôler la consommation, à une poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives, à un désinvestissement progressif des autres activités et obligations au profit de

la consommation de cette drogue, à une tolérance accrue, et, parfois, à un syndrome de sevrage physique.

Les modèle et processus de changement de comportement

Le modèle actuellement le mieux adapté aux interventions sur les comportements de consommation à risque est issu des travaux de Prochaska et DiClemente (1983). Il postule qu'un changement durable de comportement passe par cinq stades successifs :

L'indifférence : je ne sais pas que fumer est dangereux pour ma santé, ou bien je le sais mais ça m'est égal.

L'intention : j'ai envie d'arrêter de fumer.

La programmation : je vais profiter des vacances

pour arrêter, je me suis procuré des substituts nicotiques.

L'action : j'arrête de fumer.

Le maintien : je ne fume plus depuis 2 ans.

La progression dans ces différents stades met en jeu des processus différents (figure 1).

Des processus cognitifs seront mis en œuvre dans les premiers stades : augmentation des connaissances, prise de conscience des risques (rappel des conséquences du tabagisme), compréhension des bénéfices d'un changement de comportement, sentiment de responsabilité vis-à-vis de soi-même et des autres (tabagisme passif).

Comment la communication peut préparer et accompagner une mesure de santé publique ?

Dans le domaine de la santé publique, la communication peut jouer un rôle essentiel quand elle remplit différentes conditions. La première est de lui assigner des objectifs cohérents et atteignables. La deuxième est de la doter des moyens adaptés pour lui permettre de remplir sa mission. Enfin et surtout, la communication doit s'inscrire dans une action plus globale qui comprend d'autres stratégies d'action.

En effet, si la communication peut agir sur les représentations, interpellé les individus sur leurs propres comportements, ou encore informer sur une maladie ou un risque et les moyens de le prévenir, elle ne peut à elle seule créer toutes les conditions favorables à l'adoption de comportements de prévention.

D'autres interventions sont nécessaires, impliquant différents acteurs (associations, enseignants, professionnels de santé, élus, entreprises, etc.). Ces interventions peuvent aussi être d'ordre réglementaire, la communication pouvant alors contribuer à préparer et accompagner l'évolution de la réglementation.

Le tabagisme passif : une communication en trois actes

Premier acte de la communication

Une campagne en 2004 alertant pour la première fois sur le fait qu'un non-fumeur exposé régulièrement à la fumée de cigarette fume aussi. Deux spots TV illustrent la quantité de cigarettes inhalées par un non-fumeur lorsqu'il vit ou travaille en présence de fumeurs. L'objectif est d'inciter les fumeurs à respecter les non-fumeurs, mais aussi de faire prendre conscience aux non-fumeurs de la réalité du tabagisme passif.

Cette campagne, largement diffusée, et à plusieurs reprises entre 2004 et 2006, a eu un fort impact. Elle a également contribué à faire

évoluer la perception de la fumée de cigarette qui, d'une gêne, est devenue un risque pour la santé des non-fumeurs.

Deuxième acte

L'accompagnement du décret du 15 novembre 2006 relatif à l'interdiction de fumer dans les lieux publics, avec différents temps de communication.

Tout d'abord, une campagne TV diffusée du 16 novembre au 6 décembre, dénonçant, plus précisément qu'en 2004, les risques du tabagisme passif pour les non-fumeurs. Cette campagne a permis de renforcer la perception positive de cette interdiction qui vise à protéger les non-fumeurs dans les lieux publics. Elle aide aussi les fumeurs réticents à mieux accepter cette future interdiction (71 %). Enfin, bien que n'étant pas un objectif direct, elle incite ou conforte 34 % des fumeurs à arrêter.

Pour inciter et aider les fumeurs à s'arrêter de fumer pendant la période de bonnes résolutions, une campagne de promotion du dispositif Tabac info service (TIS) a été diffusée du 26 décembre au 6 janvier à la radio, sur Internet et via l'envoi de 70 000 MMS. Tabac info service délivre, par téléphone et par Internet, des informations sur le tabac et le sevrage, et accompagne les démarches d'arrêt. Un volet d'information sur la loi a été ajouté en décembre pour répondre aux questions des professionnels et des particuliers sur les modalités d'application de l'interdiction prévue pour le 1^{er} février 2007.

Une nouvelle campagne radio d'incitation à l'arrêt et de promotion de TIS a été diffusée du 8 au 25 février, déclinant l'axe suivant : « Être dans un lieu non fumeur, c'est mieux pour arrêter de fumer ».

En parallèle des communications grand public, des supports d'information ont été mis à la dispo-

sition des professionnels pour les accompagner dans la mise en place de l'interdiction : affichettes (près de 200 000 affichettes commandées par les entreprises, établissements scolaires et hospitaliers), dépliants (près d'un million d'exemplaires commandés), signalétique.

Un e-mailing et des insertions dans la presse professionnelle diffusés en janvier ont permis par ailleurs de mobiliser et de présenter aux professionnels de santé les ressources à leur disposition pour traiter la question du tabac avec leurs patients.

Les effets conjugués de la communication publicitaire, de la diffusion des supports d'information sur lesquels figurent les coordonnées de Tabac info service, mais aussi des articles et émissions sur l'entrée en vigueur de l'interdiction se sont notamment traduits par une progression constante du trafic vers TIS entre décembre 2006 et février 2007. La semaine du 1^{er} février, avec plus de 4 600 appels traités, a ainsi représenté le plus fort volume d'appels jamais enregistré depuis l'ouverture du numéro. Plus de 60 % des appels sur la période concernaient l'arrêt de tabac, les autres ayant trait à la loi. Les connexions au site Tabac-info-service.fr ont également fortement augmenté, avec plus de 270 000 visites entre décembre 2006 et février 2007 et 4,6 millions de pages vues.

Le dernier acte

Le dernier acte sera la mise en œuvre d'une nouvelle communication pour accompagner la dernière phase d'application de l'interdiction de fumer dans les cafés, hôtels, restaurants, discothèques et casinos. Outre un nouveau spot TV sur les dangers du tabagisme passif, un nouveau dispositif d'incitation et d'aide à l'arrêt, s'appuyant sur Tabac info service, sera réalisé. 

Les stades suivants vont mettre en jeu des processus comportementaux : adoption de comportements alternatifs (prise de substituts), recherche de support dans l'entourage, auto-récompense, rappels (substituts dans la voiture...).

Ce modèle explique pourquoi, contrairement à une croyance encore très répandue, la connaissance des risques et même des moyens d'y faire face ne suffit pas à modifier les comportements. Cela est particulièrement vrai s'agissant de comportements dont les plaisirs ou les avantages sont immédiats, les complications le plus souvent différées et qui, au stade d'addiction, privent la personne d'une grande part de sa liberté d'agir.

L'approche écologique

De nombreux travaux ont montré comment les contextes physique et social influencent la santé et les comportements individuels. L'approche écologique prend en compte à la fois les caractéristiques personnelles et les caractéristiques d'environnement qui vont favoriser ou entretenir les conduites de consommation à risque, ou au contraire aider les individus à maîtriser ces comportements. Ces caractéristiques, même si elles ne sont pas directement la cause d'un comportement, vont en quelque sorte « déterminer » son adoption. C'est ainsi que, s'agissant par exemple des conduites de consommation à risque des enfants et des adolescents, l'approche écologique prend en compte les déterminants qui suivent (Refips à paraître).

Les facteurs individuels

Certaines caractéristiques personnelles ont été identifiées comme favorisant les conduites de consommation à risque. Avoir une faible estime de soi, souffrir d'autodépréciation, être timide, présenter des réactions émotionnelles excessives, des difficultés à faire face aux événements, des difficultés à établir des relations stables et satisfaisantes et des difficultés à résoudre les problèmes sont au nombre de ces caractéristiques.

Les relations avec la famille

L'attitude des parents à l'égard de l'alcool et des substances psychoactives en général peut jouer un rôle incitateur et favoriser la survenue d'un abus ou d'une dépendance ultérieure. Le risque est corrélé au degré de disponibilité des substances psychoactives au sein du milieu familial, à l'importance des conduites d'usage chez les parents et dans la fratrie, ainsi qu'à la précocité de l'exposition de l'enfant à ces conduites. L'ambiance familiale et la survenue d'événements de vie familiaux difficiles (telle la séparation des parents) au moment de l'adolescence constituent aussi des facteurs de risque. La précocité de l'initiation et de la consommation apparaît comme le facteur le plus prédictif d'un abus ou d'une dépendance à la fin de l'adolescence.

Les relations avec les pairs

Les pairs jouent un rôle important dans l'initiation et la consommation de substances psychoactives. Par la suite, ils peuvent avoir un rôle renforçateur, dans la mesure où l'adolescent consommateur abusif de substances

psychoactives a tendance à choisir des groupes au sein desquels circulent ces substances.

Les facteurs de société

La culture dominante, la pression à la surconsommation et les stéréotypes véhiculés par les médias peuvent constituer des facteurs de risque de consommation de substances psychoactives licites ou illicites.

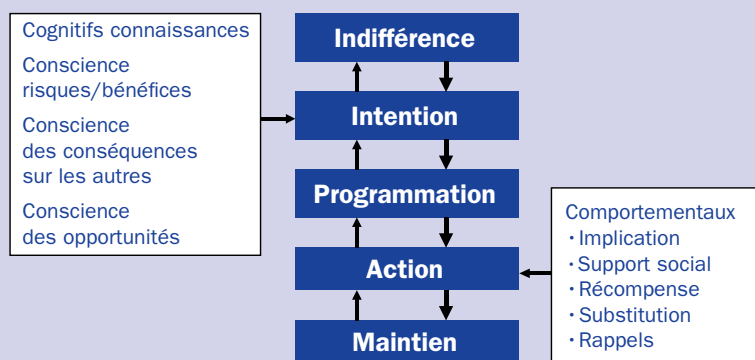
L'approche écologique (OMS, 2002) considère qu'à chaque niveau les facteurs peuvent être modifiés par un autre niveau. Ainsi, une évolution de la norme sociale peut faciliter, ou faire obstacle à l'adoption ou au maintien d'un comportement. Cette approche aide à élucider les facteurs qui interviennent à différents niveaux et à repérer ceux sur lesquels il est possible d'intervenir plutôt que de faire de l'individu l'unique cible d'intervention. Elle nous aide à comprendre pourquoi une action portant à la fois sur les éléments d'environnement qui favorisent un mode de consommation et sur la consolidation du potentiel des individus est plus prometteuse qu'une série d'efforts isolés s'adressant uniquement aux individus (figure 2).

De l'éducation pour la santé à la promotion de la santé, des principes d'action qui évoluent

L'éducation pour la santé se donne pour but de permettre à chacun d'acquérir les compétences nécessaires pour

figure 1

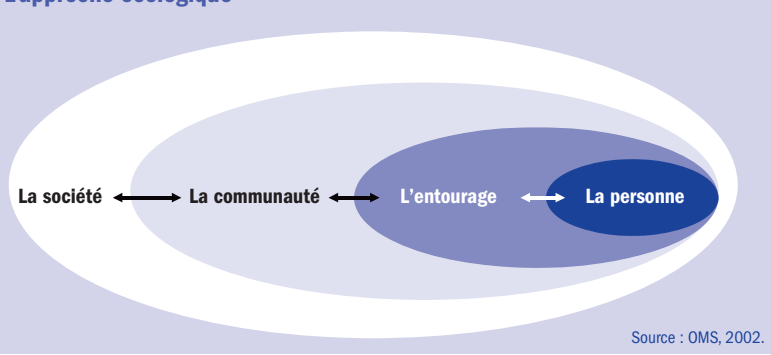
Modèle et processus de changement de comportements



D'après Prochaska et DiClemente, 1983.

figure 2

L'approche écologique



Source : OMS, 2002.

« Libre comme l'air » : un coffret d'éducation pour la santé et de prévention du tabagisme au collège

Une approche globale de la santé

« Libre comme l'air » est un coffret pédagogique destiné aux classes de collège. Il s'inscrit dans une perspective globale de promotion de la santé des adolescents et entend se construire à partir des préoccupations des jeunes eux-mêmes et de leur vie quotidienne, approche qui semble la plus pertinente au regard de la complexité des déterminants des comportements de santé. Cette volonté de partir du comportement des jeunes et de leurs préoccupations quotidiennes s'appuie sur plusieurs arguments.

- Le phénomène de dépendance à l'œuvre dans la consommation de substances psychoactives est de même nature, qu'il s'agisse du tabac, de l'alcool ou d'une autre « drogue ». Les comportements de dépendance ont globalement les mêmes caractéristiques cliniques et les mêmes mécanismes neurobiologiques. Il est donc important, en plus de transmettre des connaissances sur les produits, de travailler avec les jeunes sur les facteurs déclenchants de cette consommation [53].

- Les recherches mettent en avant l'importance de l'interaction entre le jeune et son environnement familial et social pour expliquer la rencontre avec une substance : le milieu d'origine, les pratiques culturelles, le réseau de sociabilité influencent le type de consommation en termes de produits. Développer chez les jeunes une certaine habileté sociale à gérer leur intégration dans l'environnement semble être un facteur de protection important (savoir résoudre un problème, savoir résister à l'influence sociale, avoir une pensée critique...).

- Enfin, il existe des facteurs individuels de vulnérabilité qui vont contribuer à l'amorce de ces comportements à risque. Tous les jeunes ne vont pas essayer toutes les drogues et, à

consommation égale, deux personnes n'ont pas les mêmes risques de devenir dépendantes.

Il existe donc une multiplicité de déterminants environnementaux, sociaux, psychologiques et biologiques qui vont interférer dans la rencontre d'un individu avec un produit. L'approche globale semble ainsi être la plus à même de répondre à ce foisonnement de facteurs.

Une approche éducative

Le coffret « Libre comme l'air » cible la prévention du tabagisme et plus largement celle des dépendances, en apportant non seulement des connaissances sur ce sujet mais aussi en développant le savoir-être et le savoir-faire des élèves, ou ce que l'on appelle leurs compétences psychosociales, en référence aux travaux édités par l'Organisation mondiale de la santé en 1993. Elles recouvrent la capacité à se connaître, à gérer ses émotions, à communiquer, à résoudre un problème, à prendre des décisions, et à analyser les informations et les expériences de façon critique. Appliquées au champ de la promotion de la santé, ces compétences jouent un rôle déterminant. Il s'agit en effet de leur permettre de mieux comprendre la complexité de l'environnement dans lequel ils évoluent, et donc de mieux réagir aux exigences et aux pressions de la vie quotidienne, dans la relation à eux-mêmes et aux autres. Les leviers sur lesquels l'outil se propose d'agir sont les représentations, les attitudes et les compétences développées par les jeunes [43].

Une utilisation « à la carte »

La santé, telle qu'elle est ici approchée, est un aspect à considérer de façon transversale dans le collège, et dont tout le monde peut se saisir à condition de s'être familiarisé avec l'approche éducative de la promotion de la santé.

« Libre comme l'air » peut être à l'origine de la mise en place d'un projet d'établissement centré sur les dépendances, développé au niveau de l'ensemble du collège, regroupant plusieurs activités et s'échelonnant sur une année scolaire.

Il peut être utilisé de façon plus ponctuelle avec une seule classe pour approfondir un thème proposé. Néanmoins, dans une perspective d'éducation pour la santé, on privilégiera des actions sur le long terme.

Sept fiches d'animation sont proposées. Elles sont indépendantes et peuvent être utilisées isolément selon l'intérêt de l'animateur.

- Moi, ma bande et les autres : tabac et relations aux autres
- Assume tes choix : tabac, liberté individuelle et dépendance
- Citoyen, à tes marques ! : tabac, rapport à la loi et citoyenneté
- Des sous pour faire ce qu'il te plaît : le tabac et l'argent
- Le fumeur, il assure ? : tabac et représentations sociales
- Respirer dans un environnement sain : tabac et environnement
- Avoir du souffle pour s'éclater : tabac et souffle

Chaque coffret contient :

- 1 livret pédagogique présentant les objectifs, la méthodologie et le cadre d'utilisation du coffret
- 7 fiches d'animation
- 16 cartes de mise en situation
- 1 Cd-rom
- 2 affichettes
- 30 brochures élèves. 

Coffret actualisé par l'INPES en 2007.

promouvoir sa santé et celle de la collectivité. Ces compétences sont non seulement d'être informé des risques et des moyens de s'en protéger ou d'être pris en charge en cas de problème grave, mais aussi de faire des choix d'abstinence ou de modes de consommation, et enfin d'être apte à réaliser ces choix (être capable d'arrêter de fumer ou de réguler sa consommation d'alcool...). La reconnaissance de l'influence de l'environnement sur les comportements a conduit à y ajouter des interventions qui vont viser à créer un environnement favorable à la mise en application des connaissances et des compétences acquises par les personnes ainsi qu'à l'adoption de comportements de santé. C'est ainsi que l'éducation pour la santé

s'intègre désormais dans le champ plus large de la promotion de la santé.

Le concept de promotion de la santé a lui-même progressé, donnant lieu à des applications extrêmement concrètes. La philosophie de santé publique : « *Processus qui confère aux populations les moyens s'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci* » (charte d'Ottawa, 1986) a inspiré une démarche professionnelle : « *Ensemble de pratiques spécialisées visant le changement des comportements humains et des environnements sociaux liés à la santé* » (O'Neill, 1998). Cette démarche est particulièrement bien adaptée aux conduites de consommation à risque.

Des travaux récents ont identifié les différents types

Les références
entre crochets renvoient
à la bibliographie p. 83.

d'activités de promotion de la santé ainsi que les résultats que l'on pouvait en attendre à court ou à moyen terme (Promotion santé Suisse, 2005)¹. Le modèle distingue quatre types d'activités qui seront illustrées par des exemples empruntés aux programmes de l'institut.

Le développement d'offres de promotion de la santé. Cette catégorie d'activités englobe la réalisation de prestations de promotion de la santé destinées tant à la population qu'à des professionnels, ainsi que la création d'infrastructures permettant d'offrir ces prestations.

Il peut s'agir d'activités aussi diverses que la réalisation et la mise à disposition des Baromètres santé,

1. Outil de catégorisation des résultats des projets de promotion de la santé et de prévention accessible sur le site de l'INPES : <http://www.inpes.sante.fr/>

la diffusion d'outils professionnels (voir encadré « Libre comme l'air... »), l'appel à projets visant à doter chaque région d'un pôle régional de compétence en éducation pour la santé au service des professionnels et bénévoles, le dispositif de soutien et de diffusion du repérage précoce et de l'intervention brève auprès des buveurs à risque ou encore le soutien à une expérimentation de terrain visant à réduire les risques d'infection par le VHC.

La représentation d'intérêts, la collaboration entre organisations. Il s'agit ici d'activités de diffusion et d'ancrage de questions de promotion de la santé dans les organisations et leurs politiques. Ce type d'activités est développé grâce à des conventions de collaboration, par exemple les accords en préparation entre l'INPES et les groupements régionaux de santé publique (GRSP).

Promouvoir, initier et coordonner des actions de prévention du tabagisme et d'aide au sevrage tabagique en entreprise dans la région Limousin

En 2000, des entreprises ont fait appel aux partenaires de prévention des trois départements de la région Limousin pour amorcer des projets introduisant l'interdiction de fumer. Les partenaires, en collaboration avec les entreprises, ont donc construit une méthodologie de projet adaptée aux attentes des entreprises et accompagnant au mieux les salariés. En 2003, ils ont échangé leurs expériences en région. En 2004, grâce à l'impulsion du financement de l'INPES pour soutenir des projets de prévention cancer (tabac et alcool), et à la volonté des acteurs de terrain, a été mise en place une structuration régionale pour développer des actions de prévention et de sevrage du tabac.

À ce jour, elle regroupe : les Codes 23, 87 et 19, la CDPAA 87, les Ligues contre le cancer 19 et 23, les caisses primaires d'assurance maladie 23 et 87, le CIRDD du Limousin, le Centre d'aide au sevrage tabagique CMN MGEN 23, le Centre régional d'examen et de santé 87, le CHU de Limoges, la Mutualité française du Limousin.

Trois axes sont développés par l'ensemble de ces partenaires.

Axe 1 : Valoriser la structuration régionale

L'organisation d'une structuration régionale a été la première étape indispensable au bon fonctionnement du projet. Cette organisation est passée par des temps d'échanges pour :

- mettre en mouvement la coordination des acteurs ;
- organiser des rencontres et des échanges de pratiques entre les partenaires ;
- poursuivre la création et valider une

charte d'intervention commune au sein des entreprises ;

- valider des protocoles, créer des outils communs, notamment dans le cadre de l'évaluation ;
- communiquer annuellement sur ses travaux auprès des instances régionales.

Pour rassembler tous les éléments de ces réflexions régulières, un ouvrage dénommé *Guide de prévention du tabagisme en entreprise de la région Limousin* a été élaboré en 2006. Cet outil destiné aux partenaires et aux entreprises évolue constamment suivant la conjoncture (constats du terrain, les nouvelles législations, le travail des partenaires sur de nouveaux outils tels que des tableaux de bords sur l'évaluation,...). Ainsi la version 2007 vient d'être éditée.

Axe 2 : Mener des actions de prévention et de sevrage dans les entreprises de la région

Les partenaires et les entreprises s'attachent à développer la méthodologie validée et décrite dans le guide dont les objectifs s'articulent autour de la mobilisation de l'entreprise, l'identification des attentes et des besoins, la diminution de 20 % du nombre de fumeurs et la diminution de 40 % de la quantité de tabac consommé. Le projet tient compte également de la protection du personnel en lien avec le tabagisme passif, de l'information en direction du personnel et de l'aide aux fumeurs qui souhaitent s'arrêter.

La méthodologie est ajustable à chaque entreprise en fonction du temps et de la progression du projet. En voici les grandes lignes :

- Communiquer, informer et mobiliser les instances de l'entreprise.
- Constituer un groupe de pilotage pour chaque entreprise.
- Faire un état des lieux de l'entreprise.
- Mener des actions d'information et de sensibilisation auprès de tous les salariés.
- Adapter les locaux, la signalétique et la réglementation de l'entreprise.
- Aider à l'arrêt du tabac les salariés qui le souhaitent.
- Évaluer l'action réalisée au sein de chaque entreprise.

Lors de ces quatre dernières années, les partenaires de la région sont intervenus dans des structures très diverses : entreprises privées, structures hospitalières, associations pour l'emploi de travailleurs handicapés,...

Cela représente 25 projets d'entreprises et concerne environ 12 000 salariés.

Axe 3 : Organiser des formations

Sur l'axe formation, les partenaires se sont concentrés sur deux actions :

- la première a été de former en interne à la gestion et à l'animation de groupes de motivation à l'arrêt du tabac ;
- la deuxième est de former les médecins du travail à la méthodologie afin qu'ils puissent au maximum mettre en place le projet en autonomie.

Ces projets ont permis aux entreprises d'ouvrir leurs portes aux acteurs de prévention. La thématique tabac a été le déclencheur d'actions dans ces entreprises, mais a souvent permis de faire des actions autour de la santé globale. 

La mobilisation des réseaux autour de la thématique fixée par l'OMS le 31 mai 2007 : « Smokefree environnement », avec la fourniture des supports de communication nécessaires, en est un autre exemple.

La mobilisation sociale. À la différence des activités précédentes, ces activités ne concernent pas des organisations formelles, mais la population ou certains groupes de population bénéficiaires des activités de promotion de la santé. La campagne Toxicorps sur les manipulations de l'industrie du tabac, mais aussi l'organisation des états généraux de l'alcool sont des exemples de ce type d'activités.

Le développement de compétences personnelles. Ces activités s'adressent directement aux personnes. Elles comprennent des informations sur la santé, des conseils, l'apprentissage de compétences de vie relatives à la santé... L'INPES a développé un savoir-faire reconnu dans ce domaine. Le dispositif de communication visant à débanaliser la consommation de cannabis en diffusant des informations claires aux parents et aux jeunes sur les risques de consommation participait à cette catégorie d'activités.

Le plus souvent, les programmes développés par l'institut sont liés aux mesures législatives et réglementaires mises en œuvre par le ministère de la Santé et vont combiner plusieurs modalités d'intervention. C'est ainsi, par exemple, que le dispositif visant à aider les fumeurs à s'arrêter de fumer vient compléter les mesures relatives à la prévention du tabagisme passif et qu'il est décliné en quatre modalités complémentaires (voir encadré « Comment la communication peut-elle préparer et accompagner une mesure de santé publique ? ») : des campagnes de communication destinées à agir sur l'image du tabac et à inciter à l'arrêt, un service pour aider les fumeurs à s'arrêter, le soutien à des actions de proximité permettant d'agir en affinité avec le public

(voir encadré « Promouvoir, initier et coordonner des actions de prévention du tabagisme et d'aide au sevrage tabagique en entreprise dans la région Limousin »), un suivi permettant d'étudier « en temps réel » l'état de l'opinion et la prévalence du tabagisme.

En perspective pour les années à venir

Les perspectives pour les années qui viennent sont de :

- développer l'expertise de l'institut, non seulement en continuant à fonder les activités sur les apports de la littérature scientifique et technique, sur la veille marketing et sur les évaluations, mais aussi en mettant à la disposition des autorités sanitaires, des professionnels et du public les éléments d'expertise sur les interventions efficaces ;
- mieux conjuguer les activités visant à développer les connaissances et les capacités individuelles avec la promotion d'environnements favorables, mieux articuler les campagnes de communication nationales avec les actions des intervenants de terrain ;
- renforcer les liens avec les institutions, organismes et associations concernées par les conduites de consommation à risque ;
- ajuster les activités à l'âge, aux habitudes de consommation, au stade d'usage et aux risques encourus : depuis la promotion d'interventions globales visant au développement des compétences chez les plus jeunes, en passant par des stratégies adaptées aux produits consommés et aux modes de consommation des différentes communautés de loisir, jusqu'au soutien aux interventions ciblées de réduction des risques chez les toxicomanes en incapacité de décrocher ;
- étudier systématiquement l'apport possible des nouvelles technologies de l'information dans la mise en œuvre de ces stratégies. 

Actions de prévention de proximité en addictologie

Les intervenants de prévention en addictologie privilégient une prévention de proximité permettant de répondre aux besoins spécifiques des populations en matière d'éducation à la santé.

En complémentarité et en collaboration avec les professionnels de santé, les professionnels éducatifs et sociaux ont en charge quatre objectifs :

- développer, dans une perspective d'éducation à la santé, une sensibilisation et des formations collectives relatives aux addictions ;
- assurer le relais entre les actions réglementaires et médiatiques nationales et régionales et les publics rencontrés sur le terrain ;

- renforcer les passerelles entre les acteurs sanitaires, sociaux et éducatifs qui concourent, chacun à leur niveau, à la sauvegarde de la santé ;
- réaliser des repérages ou interventions précoces, et soutenir, lorsqu'il y a lieu, les démarches d'accès aux soins.

Les différents acteurs en prévention

Dans les champs de l'éducation à la santé en général et de la prévention des conduites addictives en particulier, ces missions sont assurées sur le terrain par divers intervenants, principalement ceux des 110 comités régionaux et départementaux d'éducation pour la

Alain Rigaud
Psychiatre des hôpitaux, chef de service de l'Intersecteur d'alcoologie Reims, président de l'Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie



santé (Cres-Codes) regroupés au sein de la Fédération nationale des comités d'éducation à la santé (Fnes) dans le cadre de leurs missions généralistes et ceux des acteurs associatifs spécialisés dans le cadre de leurs missions thématiques. C'est le cas notamment en addictologie pour les animateurs de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie (Anit) et de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa), qui sont le plus souvent adossés à une structure médico-sociale d'accueil, de soin et d'accompagnement spécialisés.

Les qualifications et compétences des intervenants mobilisés pour assurer des actions de prévention sont variées, du fait des méthodes et des outils, mais aussi du fait qu'entre prévention primaire, secondaire et tertiaire les frontières ne sont pas étanches et qu'il existe un continuum. Au cours d'une action de prévention se révèlent souvent des situations problématiques qui suscitent des demandes de conseil, d'orientation et même d'aide urgente. C'est également un besoin des travailleurs socio-éducatifs et des professionnels des services de santé au travail qui sont souvent seuls face aux problèmes d'alcool des personnes en situation de précarité et des salariés de l'entreprise. Plusieurs catégories professionnelles doivent donc (pouvoir) participer à la réalisation des actions de prévention sur la base de la complémentarité des compétences : non seulement les animateurs de prévention, les animateurs socio-éducatifs, les éducateurs spécialisés ou les conseillers en économie sociale et familiale, mais aussi les psychologues cliniciens, les infirmiers, ainsi que les médecins. L'intervention de ces derniers au cours des actions permet en effet d'établir une passerelle entre prévention et soins, et de développer des consultations avancées, favorisant ainsi l'accès aux soins. L'on passe ainsi de la prévention primaire à l'intervention précoce, de l'éducation à la santé à l'action médico-sociale.

Les actions de prévention : l'exemple de l'Anpaa

À titre d'illustration, nous présenterons les objectifs de l'Anpaa : développer dans tous les milieux, notamment auprès des publics vulnérables, et à tous les âges de la vie une stratégie globale de prévention des risques et des conséquences liés à la consommation d'alcool et participer, devant l'usage croissant d'autres substances psychoactives souvent liées à l'alcoolisation, à la prévention des autres toxicomanies. Il s'agit principalement de :

- réduire les risques d'inadaptation sociale inhérents aux phénomènes d'alcoolisation, chez les jeunes comme chez les adultes ;
- favoriser l'accès aux soins, au suivi thérapeutique et à la réinsertion à toute personne en difficulté avec l'alcool ;
- promouvoir la formation de groupes relais dans tous les milieux afin de permettre à chacun de s'approprier la démarche préventive ;
- créer les conditions juridiques et socio-économiques

favorisant pour chacun l'autonomie, les possibilités d'expression et d'épanouissement grâce à une meilleure qualité de vie et de respect de l'individu ;

- jouer un rôle promoteur et novateur en alcoologie.

La prévention de proximité a pour but principal la prévention primaire. Elle propose des actions en milieu scolaire (école, collège, centre de formation des apprentis, lycée, université) en partenariat avec les différents acteurs de l'Éducation nationale, de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, en milieux professionnels : administrations, collectivités territoriales, entreprises privées, acteurs médico-psycho-sociaux, ou dans d'autres champs comme ceux des dispositifs sociaux (jeunes, précarité...), le milieu pénitentiaire, la sécurité routière... Ces actions, conduites par un ou plusieurs animateurs, les amènent ainsi à intervenir auprès de différents publics aux différentes étapes de leur parcours de vie dans divers milieux.

Pour assurer leurs interventions, les animateurs de prévention de l'Anpaa partent du constat que les messages délivrés autour d'une signature par les grandes campagnes nationales de prévention ont besoin, pour produire leurs effets, d'être relayés et explicités par un réel travail de terrain auprès du public pour lui permettre de se les approprier. Ils s'appuient sur différents outils de prévention, qu'ils choisissent en prenant en considération le contexte local, ou bien ils élaborent et développent des actions et des outils spécifiques au besoin du public concerné. À titre d'exemple, les actions en direction des jeunes – enfants, adolescents, jeunes adultes – font l'objet de discussions préalables afin d'établir une relation de confiance et de susciter l'adhésion, de préciser leurs attentes, leurs besoins, leurs motivations, et de définir avec eux le type d'action la plus adaptée. Quelle que soit l'ampleur de l'action, qu'il s'agisse de programmes éducatifs à caractère ludique, d'expositions, de réalisations de documents vidéo, de séances de théâtre interactif..., une problématique est prise en compte, des objectifs sont annoncés, des moyens mis en œuvre en privilégiant une approche pluridisciplinaire et donc partenariale, et une évaluation est réalisée.

Dans la pratique, les intervenants de l'Anpaa s'inscrivent dans une démarche éducative favorisant la réflexion et la participation actives plutôt que la seule transmission d'informations. La priorité est alors donnée aux démarches interactives en utilisant des supports pédagogiques de prévention qui permettent au public d'exprimer ses représentations et comportements en matière de substances psychoactives et de pratiques de consommation. Ces démarches peuvent prendre la forme de séances d'information et de sensibilisation, de débats, d'animations de groupe, d'activités ou de création d'événements.

Les actions de prévention peuvent aussi prendre la forme de démarches socio-éducatives qu'assurent les animateurs de rue intervenant auprès des milieux à

risque où la prévention passe par le développement des compétences psychosociales pour favoriser ou préserver l'intégration ou la réintégration dans la vie sociale. Elles s'appuient également sur le dispositif des consultations avancées (intervention précoce) dont l'objectif est de créer une passerelle entre les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) et les établissements et services qui reçoivent des jeunes, des personnes en situation de précarité et/ou sous main de justice en intervenant directement auprès d'eux ou en appui des acteurs non spécialisés de ces dispositifs. Les modalités d'intervention se situent alors entre « la prévention avancée » et les « consultations avancées », et opèrent donc à mi-chemin entre la prévention et le soin. Ces actions mobilisent plusieurs intervenants dont la complémentarité est favorisée par la culture commune qu'ils possèdent en addictologie.

Des intervenants en prévention confrontés aux évolutions réglementaires

Ces cadres et modalités de mise en œuvre de prévention en addictologie sont actuellement en train de se réordonner de par la mise en place des Csapa. Leur dénomination même leur en assigne la mission, dorénavant officiellement reconnue d'abord par le premier alinéa de l'article D. 3411-1 du décret du 14 mai 2007 qui les promeut et qui dispose que ces centres « *peuvent mettre en place des consultations de proximité en vue d'assurer le repérage précoce des usages nocifs* », ensuite par

l'article D. 3411-8 qui stipule que « *les centres peuvent participer à des actions de prévention, de formation, de recherche en matière de pratiques addictives. Ils peuvent également les mettre en œuvre.* »

Si l'on peut se réjouir de constater la reconnaissance, par ces articles, du continuum entre la prévention et le soin, et plus précisément entre la prévention primaire « de proximité » et les « consultations de proximité », il nous semble que l'utilisation à trois reprises du terme « peuvent » introduit une dimension facultative, comme si la mise en œuvre d'actions de prévention restait en fin de compte une mission accessoire de second ordre. Certes, la prévention représentée par les consultations avancées pourra s'effectuer au moyen de la dotation médico-sociale, mais la prévention primaire de proximité, celle qui vise à prévenir à la fois les premières consommations de substances psychoactives, leurs risques et l'apparition des conduites addictives, restera suspendue à l'octroi de financements par les groupements régionaux de santé publique (GRSP). Nous y lisons donc à la fois le cloisonnement des financements et la dispersion de la notion de prévention qui vont continuer d'entretenir, tant sur le plan de la politique publique que sur celui territorial de sa mise en œuvre, un manque de lisibilité, d'organisation et de cohérence des missions, des actions et des acteurs¹. 

1. Rigaud A. « Vers la reconnaissance et le financement de la prévention » dans ce numéro.

L'aide à distance en addictologie

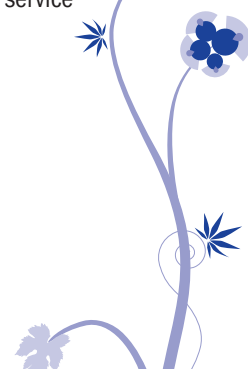
Ouvert en 1990 par les pouvoirs publics, Drogues info service avait pour fonction d'assurer un service d'accueil téléphonique pour l'information et la prévention en matière de consommation de drogues et toxicomanies. Depuis, sa mission a été étendue à l'ensemble des consommations de produits psychoactifs et son organisation a fait l'objet de plusieurs évolutions. Créé sous l'appellation de Drogues info service en 1990, il a changé de nom, en 2001, pour devenir Drogues alcool tabac info service, puis, en 2004, pour devenir accessible sous trois appellations différentes : Drogues info service, Écoute alcool et Écoute cannabis (les trois lignes étant gérées par la même équipe du groupement d'intérêt public Drogues alcool tabac info service). Cette évolution avait l'avantage de faire disparaître la confusion générée par l'existence de deux lignes téléphoniques concernant le tabac (Tabac info service et Drogues alcool tabac info service), mais elle avait l'inconvénient de générer une autre confusion en isolant le cannabis de l'ensemble des drogues. Depuis décembre 1999, le service est également accessible par Internet, sur le site de la MILDT www.drogues.gouv.fr, aux rubriques

[vos questions – nos réponses], [adresses utiles] et [réponses aux questions les plus fréquentes].

Mais ce sont les appelants eux-mêmes et les chargés d'accueil téléphonique à leur écoute qui ont provoqué les principales évolutions du service. Initialement mis en place pour servir les causes de l'information et de la prévention, le service a été largement utilisé par un public qui en a attendu autre chose, notamment d'être écouté et aidé à explorer des situations singulières où sont souvent mêlées peurs irrationnelles et craintes légitimes, envie de trouver des solutions et peur de changer de comportement, besoin d'information et besoin de se comprendre soi-même, envie de changer l'autre et difficulté à se changer soi-même... Les drogues, les comportements à risque, les dépendances sont toujours très intriqués avec les crises familiales, les crises de croissance, les histoires personnelles compliquées, les difficultés à dialoguer, à parler comme à entendre, les craintes devant les incertitudes de l'avenir, les regrets devant les hésitations du passé.

Au téléphone ou devant leur écran, ceux qui cherchent à nous joindre ne connaissent pas les situations où, comme

Baptiste Cohen
Psychologue,
directeur du service
téléphonique
Drogues alcool tabac
info service



dans les séries télévisées, quelques mots suffisent à se faire comprendre ou à changer un destin. Dans la vie, tout prend du temps, surtout quand elle est un peu plus difficile que d'habitude. Le même phénomène s'observe au téléphone. En matière de prévention, le rôle des services téléphoniques ou sur Internet ne permet pas de régler à distance les moteurs individuels du changement, comme on ferait de la maintenance à distance, avec un ordinateur. Au téléphone, il nous faut prendre en compte ce que la personne apporte, au moment où elle l'apporte, essayer de la comprendre, en tout cas de l'entendre, chercher avec elle le sens à donner à sa démarche, trouver qui peut l'aider, avec qui en parler.

L'accueil téléphonique ne peut plus être considéré comme un simple outil de communication facilitant la transmission de messages et de coordonnées de centres spécialisés. L'accueil téléphonique et aujourd'hui les services sur Internet constituent un pôle de ressources, accessible à échelle nationale et proposant des services d'aide à distance dans les différents domaines de l'addictologie. Et bien que rattachées à des établissements différents, les lignes Tabac info service, gérées par l'INPES, ou celles gérées par Datis participent de cette même logique. Elles mettent à disposition du public, par téléphone ou sur l'Internet, un ensemble de ressources, à la fois humaines et documentaires lui permettant de faire face aux difficultés ou aux interrogations singulières concernant, le plus souvent, ses propres consommations ou celles d'un proche. Sur les lignes de Datis, plus de 80 % des appels concernent directement l'usage de l'appelant (40 %) ou celui d'un tiers (40 %).

Dans le domaine de la prévention, l'accueil téléphonique joue un rôle très différent et complémentaire de celui des campagnes qui énoncent des messages destinés au grand public. L'accueil téléphonique est sollicité lorsqu'un appelant compose son numéro, c'est-à-dire toujours à partir d'une démarche individuelle. Si, le plus souvent, c'est par une demande d'information que l'appel est motivé, le plus souvent aussi, c'est l'écoute et l'échange qui apportent aux appelants leur principal motif de satisfaction².

Toujours sur le registre de la prévention, il faut aussi souligner le rôle très particulier que joue l'accueil téléphonique auprès de l'entourage et des parents des consommateurs. Alors qu'ils appellent souvent avec l'intention d'aider, voire de « faire soigner » un de leurs enfants (48 % des appelants de l'entourage sont des parents, dont 80 % de mères), les parents découvrent assez souvent, grâce à l'échange et à une réflexion médiatisée, qu'ils peuvent se faire aider à comprendre les situations familiales qu'ils connaissent. Avec les parents, les professionnels à leur écoute jouent un rôle de « médiateur » même s'ils ne sont pas en contact avec les jeunes concernés. La médiation est rendue possible par la parole et par le

dialogue. L'écouter est un tiers qui aide à recentrer l'appel sur l'appelant lui-même plus que sur l'autre tiers (le jeune) pour qui le parent appelle. Le parent appelle un tiers pour un tiers et, en étant aidé à parler de lui, c'est-à-dire en étant écouté, se met à parler en son nom et non plus au nom d'un tiers... dont il aimerait modifier le comportement. Ici, le rôle du service téléphonique n'est pas de transmettre un message mais, à distance, de renforcer la capacité d'une personne à entendre ceux que lui adressent ses proches. La prévention suppose une réelle capacité de communication et le rôle des professionnels de l'accueil, au téléphone ou sur Internet, peut justement être de renforcer cette capacité, en commençant par celui ou celle qui nous sollicite.

Au-delà de l'expérience interpersonnelle, l'accueil téléphonique est ainsi devenu un nouvel outil de l'action publique et des politiques publiques dans les domaines où l'on sait que les individus peuvent avoir besoin d'être aidés, dans leur intérêt comme dans celui de la société. Dans le domaine de l'addictologie, les enjeux individuels et sociétaux sont considérables et les outils d'aide à distance peuvent apporter une contribution non négligeable à la réalisation de politiques publiques modernes, centrées sur l'efficacité, mais aussi sur la participation du public et des personnes concernées. L'aide à distance associe toujours et directement ceux qui la sollicitent. Elle favorise la mobilisation du public et des usagers eux-mêmes, elle facilite l'implication individuelle et la responsabilisation de chacun des appelants, elle offre un service ciblant particulièrement les jeunes, même par l'intermédiaire de leur entourage, elle fait le lien entre comportements à risque et conséquences sanitaires, sociales et psychiques, elle contribue à la prévention de ces comportements, elle met en œuvre des principes de protection des jeunes et de précocité de l'action, principes désormais inscrits dans le Code de la santé publique³.

Bien au-delà d'un dispositif de communication, la téléphonie sociale appliquée à la santé publique et plus généralement les outils d'aide à distance correspondent à la fois à une attente légitime du public (avoir un accès simplifié à des ressources de qualité) et à une orientation forte de l'action publique qui vise à développer des services ne relevant pas seulement de l'expertise mais d'une approche globale et transversale des questions de santé publique. Mais soulignons que, même en empruntant les nouvelles « autoroutes de la communication » que sont les nouvelles technologies de la communication, les chemins de la prévention ne cesseront d'être parsemés de paradoxes et d'ambiguïtés. En effet, au moment où l'on se rend compte de l'intérêt de l'Internet comme outil de prévention, on réalise qu'il peut être le support de nouvelles formes d'addiction. La prévention reste, encore et toujours, un véritable défi. 🌀

2. Enquête INPES-BVA auprès de 998 appelants de cinq services de téléphonie sociale (Tabac info service, Fil santé jeunes, Sida info service, Cancer info service, Drogues alcool tabac info service) entre le 17 novembre 2004 et le 2 février 2005.

3. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (1), NOR : SANX0300055.

Le travail, un lieu où apprendre à gérer ensemble la réalité alcool

Intervenir sur les risques liés à l'alcoolisation au travail a un sens : l'alcool y est présent, il y apporte, comme ailleurs, de la convivialité et du lien en même temps que des problèmes. Quand ceux-ci prennent trop de place, une demande s'exprime.

Il est heureux qu'elle puisse être saisie pour engager une démarche globale associant prévention, management et aide où tous les acteurs soient parties prenantes et où une réflexion collective tenant compte des spécificités du milieu de travail permette de définir la place à donner à la consommation d'alcool et de s'entendre sur la façon de nommer et de gérer ses risques.

La place de l'alcool au travail

La place de l'alcool en milieu du travail est le reflet de celle qu'il occupe dans la société. Il y est consommé :

- *souvent pour le plaisir.* Dans la plupart des milieux de travail, de l'alcool est consommé collectivement de façon conviviale à l'occasion de l'arrivée ou du départ d'un salarié, d'événements familiaux, de l'aboutissement d'un projet, lors de repas de travail, voire plus régulièrement à la pause du matin ou avant de se quitter pour le week-end. Les effets euphorisants et désinhibiteurs de l'alcool renforcent sa place symbolique de produit associé « à tout ce qui se fête ». Au-delà des rituels, l'alcool est aussi consommé simplement pour le plaisir ;

- *parfois pour résister.* La consommation d'alcool (comme celle d'autres produits psychoactifs) peut également constituer une réponse efficace à des souffrances engendrées par le travail. Une alcoolémie même faible, mais plus ou moins constante, permet de résister plus facilement à des contraintes physiques comme le bruit, la chaleur, ou des contraintes liées à la pression de la chaîne, la surcharge de travail ou l'ennui, les incohérences de management, la confrontation à des situations humaines difficiles ou encore l'inquiétude face à la précarisation du travail... La psychodynamique du travail conçoit l'alcoolisation comme un « symptôme », l'expression d'une défense psychique inconsciente qui permet à des collectifs de « tenir » dans des contextes où la peur, la souffrance et ses causes ont besoin d'être mises à distance.

En milieu de travail, si dans un premier temps l'alcool répond bien aux attentes en renforçant le lien social et en apaisant les difficultés, il arrive souvent un moment où sa consommation va poser des problèmes :

- un cariste va provoquer un accident grave ;
- une bagarre va exploser dans un atelier ;
- plusieurs salariés vont présenter des problèmes de comportement au travail ;

- la qualité des relations va se dégrader, celle du travail aussi ;
- un pot va mal se finir...

La demande de prévention et son traitement

Ces problèmes vont enclencher un malaise et une demande vers des organismes spécialisés comme Aides alcool. Elle s'exprimera souvent sur un point précis et avec l'espoir que le problème pourra vite être réglé : *« Avez-vous des affiches ? Nous voudrions lutter contre l'alcoolisme au sein de notre entreprise ; nous avons plusieurs cas de personnes alcooliques, nous voudrions les faire soigner ; un salarié a eu un accident de la route très grave, nous voudrions refaire le règlement intérieur, notamment pour l'organisation des pots. »*

À partir de cette demande, l'organisme intervenant va aider les interlocuteurs à resituer leurs difficultés dans une problématique plus large et plus nuancée et à envisager les différentes dimensions liées à la consommation d'alcool au travail.

- *La sécurité.* Une consommation banale (à 0,3 g/litre de sang) altère le potentiel psychosensoriel et, par la levée d'inhibition, peut générer des prises de risques. De fait, ce ne sont pas les alcoolodépendants qui sont la cause de la majorité des accidents du travail et de la route du fait d'une alcoolisation.

- *La santé.* Une consommation quotidienne, sur de nombreuses années, de plus de trois verres pour les hommes et de deux verres pour les femmes augmente le risque d'atteintes somatiques du fait de la toxicité de l'alcool.

- *La responsabilité pénale et managériale.* Le Code du travail et la jurisprudence sont de moins en moins laxistes. Ils exigent que les managers tiennent compte des besoins des salariés pour définir les consignes de travail. La mise en cause judiciaire de la hiérarchie suite à un accident mortel est de plus en plus courante. Le fait qu'un salarié transgresse la règle peut être interprété comme le signe d'une difficulté à faire son travail.

- *La responsabilité sociale.* Sans devenir un hôpital où un centre social, on attend de l'entreprise qu'elle puisse prendre en compte positivement la vulnérabilité psychosociale des salariés qui ont développé avec l'alcool une conduite addictive. Et qu'elle leur permette de garder leur place dans la communauté de travail, tout en respectant les règles, les exigences de production et de qualité du travail.

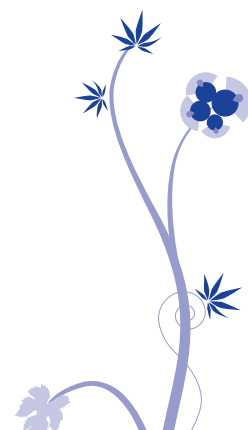
- *La convivialité.* L'alcool est le produit associé à la fête, aux rituels des événements importants dans l'entreprise. Mais, sous l'effet de l'alcool, ces événements

Jean-François Vallette

Directeur Aides alcool, Lyon

Pascale Gayraud

Médecin de santé publique, consultante



vont parfois dégénérer ou être à l'origine d'accidents. Les salariés alcoolodépendants remettent aussi en cause ce rapport festif avec l'alcool.

- *Un contexte culturel « alcoolophile et alcoolophobe » à la fois.*

Au total, tout comme le corps social, l'entreprise a tendance à « adorer l'alcool et détester les alcooliques ». Ce qui revient à sous-évaluer les risques associés à des alcoolisations socialement perçues comme « normales ». Et aussi à rejeter le salarié lorsqu'il est devenu dépendant au produit. Cette mauvaise évaluation amène bien souvent collègues ou hiérarchie de proximité à ne pas comprendre ce qui se passe et à tolérer et couvrir les dysfonctionnements les plus flagrants. Et puis, brutalement, lorsque la situation devient trop dégradée (notamment lors de décompensations psychosomatiques ou lors de ruptures psychosociales), à faire du chantage au soin ou menacer d'exclusion à très court terme. On ne dit rien pendant très longtemps, alors que la personne aurait encore les moyens de réagir. Puis on la persécute lorsqu'elle est devenue dépendante, alors que son état psychosocial et somatique ne lui laisse que très peu de ressources pour opérer un changement bénéfique...

La démarche proposée¹

Compte tenu des différentes dimensions des comportements d'alcoolisation au travail, toutes les approches consistant à se focaliser sur le seul produit (« on va informer des dangers de ce produit et les problèmes disparaîtront ») ou sur les seuls alcoolodépendants (« on va les forcer à se soigner et nous pourrions, nous les "bien buvants" continuer à ne pas respecter les règles et à régler les dysfonctionnements grâce à l'alcool ») relèvent de la méthode Coué. Les modèles « classiques » de la prévention sanitaire (informer sur les seuls problèmes, individualiser les comportements pathologiques, surinvestir sur le contrôle et le répressif) ne sont pas satisfaisants.

Alors, comment faire pour prévenir les problèmes et mieux gérer les risques ?

Engager une prise de conscience collective pour que la question de l'alcool concerne à terme tout le monde et faire accepter que l'on est face à une réalité complexe qui ne pourra être traitée que dans la durée en tenant compte de :

- l'intérêt des salariés (droit à un certain épanouissement au travail) ;
- l'intérêt de l'employeur (qualité du travail et respect de la loi) ;
- la culture singulière du collectif de travail ;
- la nécessité de débloquer du temps et des moyens pour engager un travail collectif en profondeur ;
- la place spécifique de chaque acteur pour travailler en bonne intelligence (pour éviter que les encadrants

jouent aux travailleurs sociaux, que les médecins posent la loi...) ;

- et des contraintes de l'environnement.

Pour cela, une rencontre direction, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et personnel médico-social est proposée, puis un groupe ressource représentatif des acteurs directement en charge de la problématique alcool est constitué. Membres de l'équipe de direction, responsables sécurité, communication, formation, membres du pôle médico-social, représentants du CHSCT, membres de la hiérarchie de différents niveaux, salariés *a priori* n'ayant pas de comptes à régler vis-à-vis de l'alcool vont se mettre autour de la table sans trop de préjugés et rechercher le plus petit commun dénominateur afin de fonder une politique se traduisant par un texte indiquant des constats relativement consensuels, quelques grands objectifs articulés à des valeurs et un début de stratégie.

Après une formation brève en addictologie et à la méthodologie de projet d'action, ce groupe va impulser l'ouverture de trois chantiers.

- Celui de la prévention, qui aura pour but de faire évoluer les représentations afin de gagner en connaissances, en comportements adaptés par rapport à des enjeux de recherche de plaisir, de sécurité, de santé et de responsabilité. Mais aussi visera à travailler sur l'ensemble des facteurs de risques générés par l'entreprise elle-même (dysfonctionnements, mauvaises conditions de travail, problèmes d'organisation, de management, de communication, etc.).

- Celui du management dans le triple objectif que le collectif de travail :

- ◆ Ait des règles respectueuses de la jurisprudence, applicable à tous (y compris à la direction et à l'ensemble de la hiérarchie, car l'exemplarité est la condition *sine qua non* pour atteindre un minimum de cohérence).

- ◆ Qu'il se donne les moyens de les faire appliquer en étant attentif aux besoins des salariés (qualité de l'accompagnement managérial, adaptation du poste, respect, valorisation du travail, épanouissement professionnel optimal). Besoins qui, s'ils n'étaient pas satisfaits, risqueraient de mettre les salariés en situation de transgression des règles ou/et de souffrance psychique.

- ◆ Qu'il fasse en sorte que si les règles sont transgressées, une réponse immédiate et progressive soit mise en œuvre (rappel de la règle, aide aux difficultés de travail, accompagnement managérial et, lorsque l'on entre dans une chronicité, sanctions progressives justes et explicitées accompagnées d'une proposition d'aide médico-sociale).

- Enfin, le chantier de l'aide et de l'accompagnement afin de définir un protocole et un réseau permettant à tout salarié en difficulté de trouver une réponse adaptée à la singularité de son besoin dans le but de retrouver un équilibre personnel satisfaisant qui lui permette de préserver sa place dans l'entreprise.

Cette politique énoncée, il est essentiel que ces trois objectifs d'action (prévention-management-aide

1. Cf. l'ouvrage : *Gérer le risque alcool au travail*, J.P. Jeannin, avec la collaboration de J.F. Vallette et C. Harzo, Chronique sociale. 2003.

et soins) soient traités de façon distincte afin d'éviter les confusions de rôles. La hiérarchie est responsable du travail à fournir sur le volet du management (règles, protocole de gestion des crises, formation des personnels encadrants, etc.). Le CHSCT va animer le projet de la prévention, notamment en suscitant un groupe de prévention (qui peut s'élargir à moyen terme aux autres enjeux de la sécurité, de la santé et des conditions de travail). Le pôle médico-social est en charge de la structuration d'un réseau d'aide externe et interne à l'entreprise pour accompagner les salariés en difficulté.

Un comité de pilotage bien souvent issu du groupe ressource est utile pour assurer la cohérence d'ensemble et le suivi de la démarche. Une cellule de conseil et de soutien aux encadrants avec quelques cadres formés peut également être instituée pour porter assistance à des pairs en difficulté dans l'application du protocole de management.

Avec du recul

Travailler sur la prévention, le management et l'accompagnement, s'assurer que chacun joue son rôle et se donner du temps sont les conditions de réussite des

démarches de prévention des risques de l'alcoolisation au travail. Cela permet de toucher à la culture sans créer des mécanismes de rejet, d'appréhender la complexité de la relation singulière de chacun avec le produit dans un climat de communication favorable et de responsabilisation de tous, et d'interroger progressivement le collectif de travail sur les facteurs de risques.

Si les résultats des interventions réalisées auprès d'entreprises et d'administrations sont rarement quantifiés, ils sont néanmoins tangibles : tel médecin du travail dit que les salariés se confient bien plus aisément dans la visite médicale sur cette question, tel directeur des ressources humaines assure que, depuis que la règle existe et qu'un protocole de management est défini, l'intervention sur les problèmes de comportements est plus aisée et débouche plus vite sur une proposition d'aide... Le meilleur indice se trouve peut-être dans la durée des démarches, dans la motivation que les collectifs de travail ont à poursuivre la formation de leurs salariés et à interroger parfois leur fonctionnement et les conditions de travail. En résumé, à transformer parfois la démarche alcoologique en une démarche plus globale de santé au travail. 

Conduites addictives et milieu professionnel

Les consommations de produits psychoactifs, et leurs conséquences sur les personnes et le milieu professionnel, sont encore bien souvent insuffisamment prises en compte au sein de l'entreprise, quels que soient leur statut et leur taille. La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) a réuni à partir de mai 2005 un groupe de travail, composé d'experts et de représentants d'organisations de médecine du travail, qui a procédé pendant un an à l'audition des acteurs concernés : représentants du monde patronal, syndical et médical. Cette commission a remis un ensemble de recommandations, afin d'offrir un cadre légal, réglementaire et éthique, à la « gestion » des conduites addictives en milieu professionnel. Parmi les principales orientations préconisées :

- Poser comme préalable que la connaissance par l'entreprise de pratiques addictives ne doit en aucun cas constituer un prétexte à la stigmatisation, à la discrimination ou à la sanction, mais favoriser au contraire une politique de prévention, d'accompagnement et de protection du personnel et de l'entreprise.

- Lever le déni et approfondir les connaissances sur la question des conduites addictives en milieu professionnel. Au vu de l'insuffisance de statistiques générales et de savoirs scientifiquement fondés sur l'imputabilité de certains troubles et dysfonctionnements aux conduites de consommation, des études doivent être menées sur ces questions. Les connaissances ainsi acquises

pourront être alors intégrées au mieux dans le pilotage et la gestion des ressources humaines.

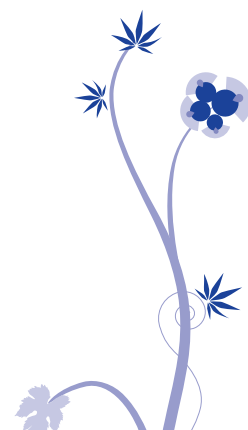
- Considérer les conduites addictives comme une composante de la problématique santé/sécurité. Pour un salarié qui occupe ou sollicite notamment un poste de sécurité ou à risque, il est indispensable que soient prises en compte d'éventuelles consommations de drogues et que les conduites addictives soient évaluées. En ce sens, la commission préconise que soient listés et « critériés » ces postes de sécurité, la nature des capacités nécessaires ainsi que leurs modalités d'évaluation. Des balises devront être déterminées, afin de fonder la décision d'aptitude médicale au travail. En cas d'inaptitude, le dispositif de recours à des mesures individuelles de reclassement, d'adaptation de poste, de mutation, etc., devra être renforcé.

- Définir et élargir le rôle et les fonctions du médecin du travail : protection de la santé des salariés, repérage des conduites addictives, appréciation de l'aptitude médicale, orientation du salarié vers les structures de soins... Une réflexion devra être engagée sur les limites de son champ d'action, notamment en matière de contrôle et d'expertise, là où il pourrait être fait appel à des compétences extérieures.

- Encadrer la pratique du dépistage. Le dépistage, dont la réalisation est confiée aux seuls médecins du travail, doit s'appliquer exclusivement aux catégories professionnelles exerçant des fonctions comportant des

Michel Massacret

Chargé de mission Prévention ; Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)



risques pour la sécurité et la santé de soi ou d'autrui, désignées par un texte officiel de la Direction générale du travail, ou recensées par des accords contractuels au sein des entreprises ou des branches. La commission distingue les différentes modalités de dépistage, qui devront être inscrites au règlement intérieur, et insiste sur le fait que le dépistage « sauvage » ne saurait prendre place dans le fonctionnement de l'entreprise. La commission insiste également sur la nécessité d'optimiser le dispositif des tests cliniques, biologiques et psycho-techniques.

- Construire dans l'entreprise une politique de prévention qui ne se limite pas à une vigilance particulière portée sur les seuls postes à risque. Celle-ci n'est pas

dévolue au seul médecin du travail et la prévention des conduites addictives devra, par exemple, être inscrite comme objectif du CHSCT dans les entreprises qui en sont pourvues. Ces actions de prévention doivent dépasser les seules problématiques de santé liées aux activités de l'entreprise et aux risques professionnels, pour porter également les messages de santé publique, tels ceux ciblés sur les conséquences des pratiques addictives.

- Modifier le Code du travail et le Code de la santé, pour que soient cadrées et articulées les responsabilités de chacun : salariés, médecins du travail, employeurs. La place et le rôle de chacun des acteurs devront faire l'objet d'une clarification juridique. 

Un diaporama ouvert pour la formation et la prévention dans les écoles de police

Depuis l'an dernier, correspondant à la 211^e promotion, sont inscrites au programme habituel de la formation des élèves gardiens de la paix des séances de présentation des « professionnels de soutien », et certaines informations spécifiques en santé. Rappelons que leur formation dure un an, et touche 7 000 à 8 000 élèves répartis en 14 écoles sur tout le territoire.

Les « professionnels de soutien » sont des assistantes sociales, des psychologues et des médecins de prévention (équivalent des médecins du travail dans le privé) qui se relaient auprès des fonctionnaires pour leur permettre d'anticiper ou de faire face à leurs difficultés de vie professionnelle et parfois de vie privée. En effet, les policiers, surtout lorsqu'ils sont jeunes, sont soumis à de fortes sollicitations, à des charges physiques, psychiques, mentales lourdes, et ont besoin d'être accompagnés.

Ces intervenants se présentent donc dès l'école, et insistent sur certains points *a priori* utiles, pour les hommes et femmes de 20 ans, futurs gardiens de la paix.

Les médecins de prévention ont choisi de parler des conduites addictives, avec un objectif de formation professionnelle et de prévention à titre personnel.

En parallèle aux cours traditionnels sur les drogues, effectués par des spécialistes du ministère de l'Intérieur, un diaporama a été élaboré, résolument axé sur une réflexion sur « les comportements », avec en illustration la palette des substances psychoactives licites ou illicites disponibles en France.

Lors de la conception de ce support, l'objectif était bien d'amener le futur gardien de la paix à envisager l'usage de la « drogue » dans une perspective globale. Les définitions des substances psychoactives, les différentes modalités d'usage sont ainsi proposées. Les facteurs d'environnement et individuel (dont les facteurs de protection) sont expliqués. Le médecin qui passe le diaporama a toute latitude pour insister sur certains aspects, en fonction des réactions ou des demandes de la salle. Les médecins de prévention sont d'ailleurs préparés, formés à l'utilisation de ce diaporama, les mettant eux-mêmes en situation de pouvoir comprendre les enjeux et utiliser ce support dans de bonnes conditions.

Les premières diapos s'éloignent délibérément des mots « drogue et drogué » et permettent d'appréhender l'usage de substances psychoactives sous un jour global (évitant les désignations hâtives, travaillant sur les

présupposés). Ce trouble du comportement, incluant d'ailleurs les addictions sans produit, est expliqué, puis le médecin choisit dans la palette des diapos restantes qui couvrent l'ensemble des produits celles qui lui paraissent les plus adaptées aux besoins. Il est particulièrement intéressant de faire valoir une vision de l'histoire individuelle des usagers, en parallèle au respect de la loi.

À l'évidence, cette introduction d'une vision non uniquement répressive de la personne consommatrice de produits illicites ou d'alcool, ouverte sur la compréhension des comportements individuels, est précieuse. Il faudra évaluer si elle modifie les attitudes ou les réflexes des policiers, en particulier dans les gardes à vue des personnes interpellées.

On peut espérer aussi, de façon non annexe, que les liens avec les professionnels de soutien en sortent renforcés, et que les fonctionnaires sauront mieux et davantage faire appel aux médecins ou aux psychologues, en particulier lorsqu'ils seront confrontés à un usage nocif ou à une dépendance. 

Pierre Poloméni

L'intervention précoce : pourquoi et comment ?

Il y a, dans le champ des addictions, une question qui préoccupe nombre de professionnels et qui jusqu'alors, n'a trouvé sa réponse ni dans le registre du soin ni dans celui de la prévention : comment éviter qu'une expérimentation de substances psychoactives ne se transforme en usage problématique et/ou qu'un usage problématique se transforme en dépendance ?

Cette question s'impose au regard des évolutions de notre société. En effet, les plus grandes visibilité et disponibilité des produits participent d'une banalisation de l'offre en direction d'un public plus jeune, tandis que la diffusion des valeurs individualistes, la promotion des sensations, de l'hédonisme accentuent la demande. De plus, l'existence de molécules nouvelles, ainsi qu'une présentation de plus en plus sophistiquée des substances en optimisent les effets, tandis que l'évolution du lien social et de la famille fait régresser les « amortisseurs sociaux » et affaiblit l'accompagnement collectif des expériences d'usages.

Cela augure statistiquement d'un nombre croissant de personnes qui rencontreront des problèmes sociaux, sanitaires ou psychologiques liés à leurs consommations qui nécessiteront que l'on s'en préoccupe avant qu'ils ne prennent une ampleur telle qu'ils en deviennent trop coûteux pour le sujet comme pour le corps social.

S'il est illusoire de vouloir (à tout prix) faire faire l'économie d'un parcours « addictif » à tous les usagers de substances psychoactives, et si l'on sait que tous les usagers de « drogues » ne deviendront pas dépendants, réfléchir à des stratégies permettant au plus grand nombre de s'en dégager est un enjeu de santé publique.

Même si l'on sait que l'expérimentation de substances psychoactives est en train de devenir un passage extrêmement fréquent à l'adolescence, il convient de ne pas minimiser ses conséquences sur la santé et la vie quotidienne de l'utilisateur.

Justement parce que l'on sait tout cela, il est important de ne pas « pathologiser » *a priori* l'expérimentation. À l'adolescence, elle reste une conduite spécifique en ce qu'elle recèle d'expérience, de désir d'appartenance ou de processus d'identification, qui s'atténuera et s'éteindra dès que le jeune adulte trouvera d'autres objets à investir.

C'est dans ce contexte que se développent les stratégies d'intervention précoce. Elles ne se situent ni dans la logique pénale d'un « tout interdire », inadaptée à l'autonomisation de l'adolescent et aux problématiques adultes, ni dans un « laisser-faire » éducatif qui abandonnerait les usagers les plus isolés à leurs difficultés.

Il s'agit de valoriser un accompagnement éducatif centré sur la prise en compte du plaisir/déplaisir et de la recherche de limites, d'un travail sur le sens, sans médicaliser ou « psychopathologiser » trop précocement l'expérience.

Longtemps, les seuls registres d'intervention du champ spécialisé dans les addictions ont été le soin et la prévention. Le soin était dédié à ceux qui souffraient d'une lourde dépendance à un ou plusieurs produit(s) psychotrope(s) et qui souhaitaient « en sortir », la prévention consistant à intervenir en amont de l'usage pour tenter de l'éviter ou d'en amoindrir les effets.

Dans les années quatre-vingt, la réduction des risques a ouvert une nouvelle voie et montré qu'il était possible de s'(e pré)occuper des usagers de drogues avant qu'ils affichent le souhait de ne plus consommer. Dans les années quatre-vingt-dix (après une timide expérience dans les années soixante-dix) l'utilisation des traitements de substitutions a montré que le recours à l'abstinence n'était pas la seule voie à poursuivre et qu'il existait une alternative au « tout ou rien ». La réduction des risques a révélé que « s'occuper de » (*to care*, en anglais) était suivi d'effets positifs quand « soigner » (*to cure*) était prématuré voire inefficace. Les traitements de substitution ont montré que l'approche des addictions n'était pas binaire et qu'il existait une alternative entre consommer trop et ne pas consommer du tout. Ces deux pratiques ont introduit une culture de la nuance, montrant qu'il est possible mais aussi nécessaire d'intervenir avant qu'une question ne devienne un problème.

À peu près à la même époque, les travaux de Klingemann et Sobell⁴ ont mis en valeur l'importance des rémissions spontanées, et ce pour tous les produits et tous les âges. Nombre d'usagers ont modifié leur comportement, reprenant le contrôle de leur usage. En montrant combien ce changement se construit tout au long d'un trajet influencé par les représentations sociales de l'usage (plus ou moins stigmatisantes), par une offre de soins existante (plus ou moins adaptée et accessible), dans des contextes environnementaux et de ressources personnelles plus ou moins favorables, ils ont participé à relancer la réflexion sur les politiques publiques.

Aujourd'hui que ces évolutions ont atteint leur maturité, il est temps de les appliquer à d'autres produits que les opiacés, à d'autres urgences que les pathologies infectieuses, à d'autres publics que les usagers de drogues par voie intraveineuse. Loin de conduire à un

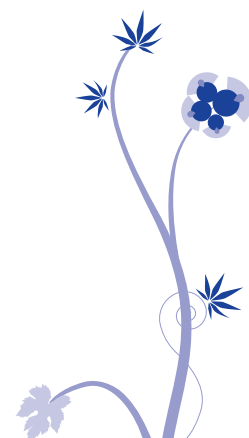
Jean-Pierre Couteron

Psychologue clinicien, président de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie (Anit)

Jean-Jacques Santucci

Psychologue clinicien, directeur de l'Association méditerranéenne de prévention et de traitement des addictions (Ampta)

4. *Promoting Self-Change from Addictive Behaviors : Practical Implications for Policy, Prevention, and Treatment*. Springer, septembre 2007.



laisser-faire désabusé, elles permettent d'agir au plus près des problèmes, complétant les autres politiques publiques (restriction de l'offre notamment) par un indispensable travail éducatif qui se fonde sur :

- la prise en compte de l'expertise de l'utilisateur qui est partenaire de la réflexion sur le « traitement »,
- la prise en compte de la dimension communautaire de l'expérience addictive,
- la prise en compte de la notion de compétence : l'expérience addictive est à la fois une solution et un problème.

Les stratégies et la mise en œuvre de l'intervention précoce

À partir de l'expérience clinique et de ces nouveaux savoirs, il est possible de concevoir une stratégie qui s'appuie sur l'idée d'une intervention précoce dont les objectifs sont :

- d'atténuer les conséquences d'usages débutants,
- d'éviter un détour par l'addiction aux usagers problématiques de substances psychoactives,
- de favoriser, en cas de besoin, le recours rapide à une aide.

Ces objectifs, orientés vers les jeunes usagers, sont assortis d'autres objectifs qui s'adressent, eux, aux adultes, familles ou professionnels qui, naturellement, entourent ces jeunes.

En effet, une des caractéristiques de l'intervention précoce est qu'elle tient compte autant des interlocuteurs naturels des consommateurs que des consommateurs eux-mêmes.

Il s'agit, avec ces adultes « référents », de :

- diffuser une culture de la préoccupation des pratiques addictives ;
- les associer à la démarche, à l'action ;
- les renforcer dans leur rôle de référents voire de relais ;
- leur permettre d'être repérés par les jeunes comme « suffisamment » compétents ;
- leur donner les moyens d'être aidants par eux-mêmes ;
- leur fournir les moyens de ne recourir aux « experts » qu'en cas de nécessité.

Ce moment de l'action, collectif, est nécessaire dans la mesure où ces adultes référents, qui sont et resteront les plus proches des jeunes, seront soumis à leurs questions, devront faciliter les changements dans les modes d'usages, et parfois soutenir ou accompagner une démarche vers un dispositif spécialisé.

Il faut alors rendre ces adultes acteurs de l'intervention, cohérents dans leurs attitudes et tenants d'un discours porteur d'évolutions et de changements.

Appréhender les questions sans les dramatiser ni les éluder, savoir trouver le recul suffisant, être reconnu comme un référent « à qui l'on peut parler » sont des conditions pour être un élément constitutif de la démarche d'intervention précoce.

Ce travail, pour être suivi d'effets, doit être soutenu

par l'ensemble de l'institution (école, foyer...) où il se déroule.

Il est en effet préférable qu'il s'inscrive dans un contexte global, qui ne recule pas devant la question des usages de substances psychoactives et la mise en place de certaines mesures (sensibilisation des équipes, écoute des « jeunes », évolution du cadre et des pratiques, adaptation des règles...).

L'institution ne doit pas se défaire de ce problème pour le confier à quelques volontaires, et ainsi s'en débarrasser, mais au contraire l'inclure dans un projet associant tous ses rouages : direction, encadrement, équipes...

Il arrive quelquefois que cette étape suffise à répondre à la demande et que les adultes référents poursuivent seuls, car renforcés dans leurs compétences.

Le schéma d'intervention

L'intervention précoce repose donc sur trois « piliers » : le (jeune) consommateur lui-même, les adultes qui l'entourent, les spécialistes/experts (médecins, psychologues, éducateurs...) du domaine des addictions.

La démarche n'est concevable qu'autour de ces trois entités et déroge en cela quelque peu au schéma traditionnel aidé/aidant, dans la mesure où elle inclut l'« aidé » dans sa construction.

Avec les jeunes consommateurs, comme avec les adultes qui les entourent, il s'agit dans un premier temps de partir de leur vécu, de ce qu'ils savent ou croient savoir.

Il est important, en effet, de partir des sujets, de leurs expériences, de leurs représentations, de leurs savoirs, plutôt que du discours constitué *a priori*, du spécialiste.

Cela est une des notions fondamentales de l'intervention précoce : partir des sujets et non de ce que l'on en croit ou suppose. Il s'agit de leur permettre d'exprimer ce qu'ils savent, pensent et font, afin de reconstruire une pensée, un discours qui tiennent compte de ces savoirs, expériences et représentations.

En effet, ceux-ci peuvent être erronés, les risques minimisés, voire déniés, ignorés, la responsabilité individuelle dissoute dans l'effet de groupe ou dans un certain discours social, choisi par le sujet.

Ce travail préalable, à partir de ce que dit le sujet (*ce qu'il croit, pense, sait et fait*), a pour avantage, tout d'abord, de lui attribuer une valeur (*mon expérience est reconnue*).

Dans un deuxième temps, il permet l'échange et la confrontation des points de vue.

À partir des dires du sujet, le « spécialiste » peut, à ce moment, apporter son savoir, son expérience, il peut tempérer, voire contredire certaines représentations et/ou affirmations. Il peut amener des informations objectives, les comparer avec ce que sait ou croit savoir le sujet, afin d'ajuster croyances et connaissances, le tout dans le respect de son parcours et de ses expériences.

Le spécialiste doit savoir écouter avant d'intervenir et

L'intervention précoce dans les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa)

Avec le décret 92-590 du 29 juin 1992, relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes, les centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) ont dû recentrer leurs missions sur l'accueil, la prise en charge et le soin des toxicomanes délaissant ainsi, sauf à trouver des moyens pour ce faire, un champ de la prévention sur lequel ils avaient pourtant été actifs.

Avec l'avènement des Csapa, créés par le décret 2007-877 du 14 mai 2007*, relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, dont le « cahier des charges » inclut un volet prévention, cet important secteur d'activité doit être réinvesti, d'autant qu'il a pu entre-temps intégrer et bénéficier des évolutions connues depuis 1992. Ainsi sera établi un lien, une cohérence entre les missions essentielles des Csapa, « prise en charge et soins des addictions », et la mission de prévention.

Parmi les (r)évolutions qui ont traversé le dispositif, la réduction des risques et les traitements de substitution, la connaissance des mécanismes de rémission spontanée, la formalisation des actions de prévention, le concept d'addictologie ont participé à la rénovation des pratiques professionnelles. En 2007, on ne peut penser et faire de la prévention sans tenir compte de ces mouvements et de leurs corollaires.

L'intervention précoce constitue l'indispensable

passerelle opératoire entre les missions d'accompagnement et de soins et celles de prévention. En effet, l'intervention précoce « cible » des usagers problématiques, c'est-à-dire pour lesquels eux-mêmes ou un tiers pensent qu'ils courent un risque et que cela nécessite une réponse. Cette stratégie permet d'anticiper le strict cadre de la consultation et le stigmate de la maladie qui sont l'un des premiers obstacles sur le chemin du changement de comportement.

Du fait de leur appartenance au domaine médico-social, les CSST (devenu Csapa) et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD) pratiquent depuis longtemps un travail de proximité, répondant aux demandes et sollicitations dont ils sont l'objet. Dans nombre d'entre eux, leurs équipes sont habituées au travail transdisciplinaire, condition nécessaire à la mise en œuvre des stratégies d'intervention précoce. Ils ont acquis une longue expérience de ce que sont les addictions et des manières de les prendre en charge. De cette expérience est née une expertise par rapport aux usages de substances psychoactives, leurs effets, leurs conséquences, leurs causes.

Deux axes de l'intervention précoce sollicitent particulièrement les pratiques médico-sociales des Csapa : le travail avec l'environnement et l'écosystème de l'utilisateur, et l'adaptation des réponses professionnelles.

Le travail avec l'entourage des usagers est depuis longtemps un axe d'intervention des Csapa. L'implication des équipes dans la politique de la ville, dans la prévention de la délinquance, leur intérêt pour le travail social, que ce soit en milieu professionnel ou en milieu scolaire, la prise en compte des problématiques d'insertion en sont des exemples, les liens avec les personnels de l'Éducation nationale connus.

L'adaptation des réponses professionnelles s'est amorcée dans le cadre de l'addictologie. Les consultations jeunes consommateurs (voir page 54), les pratiques de réduction des risques en Csapa comme celles des CAARUD, la mise en œuvre des traitements de substitution ont contribué à relancer la réflexion sur le seuil d'accès des dispositifs. 

* Ce décret du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie sera suivi d'un second décret en Conseil d'État portant adaptation du Code de la santé publique et du Code de l'action sociale et des familles pour la mise en place des Csapa. Ce dernier texte consiste en un toilettage des codes afin de remplacer les termes « centre de cure ambulatoire en alcoologie » (CCAA) et « centre spécialisé de soins aux toxicomanes » (CSST). Ce projet de décret devrait être examiné par le Conseil d'État prochainement.

Enfin, une circulaire accompagnera également la mise en place des Csapa. Sa publication est notamment liée à celle du second décret relatif aux Csapa et est également prévue pour la fin de l'année 2007.

ne pas imposer une vision conformiste et/ou officielle à un sujet qui le plus souvent tient à sa consommation, y trouve un intérêt, d'autant qu'elle ne lui paraît pas problématique ou dangereuse, voire qu'elle constitue une aide dans un moment (plus ou moins long) difficile.

Cet échange est aussi le moment, à partir des questions du spécialiste, d'une évaluation des consommations.

En effet il est important que le jeune consommateur puisse évaluer sa consommation et tenter de déterminer voire d'admettre, si c'est le cas, son caractère abusif ou excessif.

Il est également important qu'à cette occasion, avec le spécialiste, il puisse évoquer les aspects positifs (car il y en a) et les aspects négatifs de sa consommation, cette opération ayant pour but de lui faire prendre conscience de la bivalence de sa conduite qui comporte à la fois des aspects positifs (il ne voit sûrement que ceux-là), mais aussi des aspects négatifs dont il perçoit peut-être les prémices mais qui ne sont pas encore suffisamment prégnants pour prendre le pas sur les intérêts de la consommation.

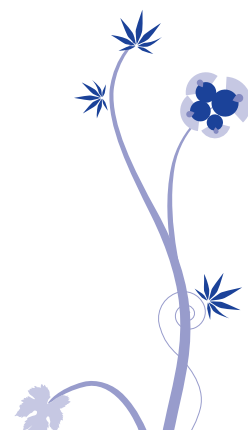
C'est dans la confrontation des questions bienveillantes du spécialiste et des affirmations du sujet que celui-ci peut prendre conscience de ses conduites.

C'est justement dans l'espace créé entre les certitudes du jeune (*je fume et ça n'est pas grave*) et les questions du spécialiste (*tu fumes, ça n'est peut-être pas grave mais qu'est-ce que ça fait, qu'est-ce que tu y trouves ?*) quant aux avantages et aux inconvénients de la consommation que se loge l'efficacité de l'intervention précoce.

C'est à l'endroit de la confrontation de la certitude et du doute que se constitue le *modus operandi* de l'intervention précoce, à savoir : la prise de conscience propice au déclenchement du désir de changement.

C'est dans le refus de savoir du spécialiste, dans l'espace qu'il laisse au sujet pour faire part de ce qu'il est et fait que s'inaugure ce mouvement de changement qui ne saurait s'opérer sans que le sujet en soit un acteur consentant et participatif.

L'intervention précoce n'existe pas sans que le sujet prenne part à la démarche, en ce sens qu'il est maître du choix. Face aux diagnostics co-établis et partagés, aux



questionnements du spécialiste, il choisit de continuer, de stabiliser, de ralentir, ou de cesser sa consommation, ce qu'il peut encore faire dans la mesure où il n'est pas dépendant.

C'est donc aussi un travail sur la motivation que suscite l'intervention précoce. Là encore, la démarche s'avère active voire incitative, dans la mesure où la dépendance ne lui oppose pas encore un frein. Il est encore temps, et c'est là une des qualités de l'intervention précoce, de déclencher un processus de diminution et/ou d'arrêt de la consommation qui ne soit pas empêché par les souffrances de la dépendance physique ou psychique.

L'obstacle que constitue la dépendance, en ce qu'elle contraint le sujet à persister dans un comportement d'usage, n'est pas encore érigé en un symptôme auquel le sujet tient et dont il serait psychologiquement trop coûteux

de se défaire. Cette moindre prégnance de la magie chimique rend moins inaccessible l'idée d'y renoncer.

Conclusion

L'intervention précoce se situe donc entre la prévention et le soin.

Parce qu'elle est destinée à ceux qui usent de substances psychoactives sans en être dépendants, elle n'est plus tout à fait de la prévention (c'est trop tard), mais elle n'est pas encore du soin (c'est trop tôt).

Parce qu'elle est située à la croisée des chemins de ces deux registres (auquel il faut ajouter la réduction des risques) et y puise son efficacité, elle nécessite une posture particulière qui combine discours et attitudes préventives (information, travail sur les représentations, mobilisation de relais et de référents...), incitation au

Le repérage précoce de l'alcoolisation excessive et les interventions brèves

L'abus d'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable en France, avec 45 000 décès annuels. Pendant très longtemps, les pouvoirs publics et les professionnels ne se sont préoccupés en priorité que des patients alcoolo-dépendants, au détriment des consommateurs à risque non dépendants, pourtant beaucoup plus nombreux et plus concernés par la surmortalité prématurée. La consommation à faible risque est définie par l'Organisation mondiale de la santé comme :

- pas plus de 21 verres/semaine pour les hommes et pas plus de 14 verres/semaine pour les femmes ;
- pas plus de 4 verres par occasion ;
- pas d'alcool dans certaines circonstances (grossesse, conduite automobile, métiers ou sports dangereux, certaines pathologies, prise de certains médicaments) ;
- un jour sans alcool/semaine.

Au-dessus de ces seuils, on parle de consommation à risque quand il n'y a pas de symptôme, de consommation nocive quand il y a un ou plusieurs symptômes sans alcoolo-dépendance.

Le repérage précoce de l'alcoo-

lisation excessive peut se faire à partir de la consommation déclarée d'alcool et/ou de questionnaires validés tels l'Audit (*Alcohol Use Disorders Identification Test*, dix questions) et le Face (Formule pour apprécier la consommation en entretien, cinq questions). Si une consommation à risque/nocive est repérée, le soignant peut alors assurer une intervention brève. Celle-ci est destinée à aider le consommateur excessif – donc non dépendant – à revenir, s'il est volontaire, à une consommation à faible risque (en dessous des seuils de l'OMS). Elle peut être répétée autant que de besoin au cours de l'accompagnement.

Ces interventions brèves ont fait la preuve de leur efficacité — constatée par une baisse moyenne de la consommation d'alcool — à court et à moyen termes (entre 6 mois et 5 ans), à l'étranger comme en France. Ces interventions brèves reposent sur les composantes suivantes : s'adresser aux buveurs excessifs et viser en priorité la réduction de la consommation d'alcool, et non pas l'abstinence ; leur faire percevoir les bonnes raisons et les bénéfices de modifier leur comportement de consommation ; fonder l'attitude sur l'empathie, l'absence

de jugement et sur le respect de la responsabilité du consommateur vis-à-vis de son comportement. Sur un plan économique, les études réalisées font apparaître que le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) présentent un bon rapport coût/efficacité et que leur coût est compensé par les gains potentiels de réduction des coûts médicaux liés à la réduction des dommages alcoolo-induits.

De nombreux soignants peuvent être amenés à rencontrer des consommateurs à risque :

- les médecins généralistes qui voient chaque année en consultation près des trois quarts de la population française. 30 % des personnes qui consultent en médecine de ville ont une consommation d'alcool qui dépasse les niveaux de risques définis par l'OMS. Les patients estiment que les médecins généralistes sont légitimes et compétents pour aborder les problèmes d'alcool,
- les médecins spécialistes (notamment les médecins du travail),
- mais aussi les urgentistes, les infirmiers, les sages-femmes, etc.

Ces soignants sont souvent insuffisamment formés, manquent de temps ou ne connaissent pas

Benoît Fleury
Gastro-entérologue, praticien hospitalier, Elsa, CHU de Bordeaux, vice-président de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

changement (évaluation des consommations, travail sur la motivation...) et intentions et disponibilité « soignante » quand cela est nécessaire.

De l'intervention précoce peut émerger la conscience d'un comportement, celle de ses causes et de ses inconvénients, naître le désir d'aller mieux et/ou de se « soigner ».

Là où la prévention s'arrête, l'intervention précoce favorise et fait lien avec l'engagement dans une démarche thérapeutique, qu'elle soit brève ou non. En effet, toutes les consommations ne nécessitent pas une démarche longue. Parfois il suffit de quelques rencontres pour que les consommations diminuent, se stabilisent et/ou s'arrêtent.

D'autres fois, par contre, lorsque la consommation a pour fonction de calmer, d'apaiser une profonde douleur

psychique, plusieurs mois peuvent s'avérer nécessaires pour que le changement s'opère et soit durable. C'est pour cette raison qu'il est important que ces interventions soient faites avec ou en lien avec des soignants à même de relayer les demandes de soins.

Enfin, cette stratégie, développée ici à destination des jeunes consommateurs, peut tout à fait être modélisée pour des publics plus âgés dont les consommations ne sont « que » problématiques et ne donnent pas encore lieu à une dépendance.

L'intervention précoce ne s'adresse donc pas à une tranche d'âges — les jeunes —, mais plutôt à un public dont le mode de consommation (et ce quel que soit le produit) rend possible la réduction des conséquences, l'atténuation des effets néfastes et l'engagement dans une démarche de changement.

l'enjeu majeur que représente ce problème de santé publique.

Ce projet de RPIB est la déclinaison française d'un programme de l'OMS de lutte contre les alcoolisations excessives. Il a été initié en France par l'équipe de « Boire moins, c'est mieux » (BMCM) de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa), avec le soutien de l'État, de l'assurance maladie, de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES), du conseil régional d'Ile-de-France et d'autres partenaires associatifs comme la Ligue contre le cancer.

Après un premier bilan d'expériences variées dans différentes régions (Aquitaine, Bourgogne, Bretagne, Champagne-Ardenne, Ile-de-France et Rhône-Alpes¹), la Direction générale de la santé a mis en place, en 2006², une stratégie de diffusion nationale du RPIB en matière d'alcool auprès des médecins généralistes, avec un financement spécifique dans

cinq régions volontaires (Aquitaine, Bretagne, Centre, Ile-de-France et Midi-Pyrénées). Les formations des médecins généralistes se font soit en soirée, par un binôme médecin généraliste/alcoologue, soit sous la forme d'une visite au cabinet du médecin généraliste par un médecin addictologue (visite confraternelle – Aquitaine — resapsad@wanadoo.fr), une animatrice de prévention (Bretagne — comite29@anpaa.asso.fr), ou par une déléguée santé prévention (Aquitaine — reseau.agir33@wanadoo.fr). Ces formations peuvent, dans certains cas, entrer dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) avec acquisition de crédits, comme dans le cadre du projet porté par le département EPP-FMC du groupe Huveaux-France³ cofinancé par l'Institut national du cancer et la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

Des évaluations ont déjà été réalisées par quelques équipes : évaluation de la faisabilité du RPIB chez les médecins généralistes et chez les médecins du travail, évaluation pratique du RPIB chez les médecins généralistes un an après

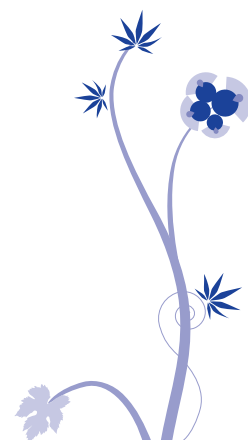
leur formation (resapsad@wanadoo.fr); évaluation à moyen terme de l'impact des interventions brèves sur la consommation des buveurs excessifs (reseau.agir33@wanadoo.fr et reseau.alcool.savoie@ch-chambery.fr). Par ailleurs, l'Observatoire français des drogues et toxicomanies a mis en place un registre national, actualisé en continu, des formateurs (www.ofdt.fr/rpib), ainsi qu'une évaluation nationale sur le nombre de médecins généralistes formés, sur les caractéristiques des formations dispensées et sur l'évolution des perceptions « alcool » et des pratiques RPIB des médecins généralistes formés.

Les perspectives comportent la diffusion de cette stratégie auprès d'un maximum de médecins généralistes en France, mais également aux autres médecins, et à tout soignant susceptible de rencontrer des buveurs à risque, ainsi que lors des formations initiales des soignants. Son extension à l'abus d'autres substances psychoactives (tabac, cannabis) est en cours d'expérimentation par certaines équipes, notamment dans le cadre de réseaux de santé en addictologie. 

1. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxcdk4.pdf>; <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxm3mm3.pdf>.

2. Circulaire n° DGS/SD6B/2006/449 du 12 octobre 2006 relative à la diffusion de la formation au repérage précoce et à l'intervention brève en alcoologie.

3. <http://www.egora.fr/efmc/epp/rpib/rpibbis.asp>.



L'intervention précoce en ce qu'elle permet, à un moment où cela est encore possible, d'influer sur le parcours des usagers de substances psychoactives, quel que soit leur âge, constitue donc une stratégie à même d'éviter aux personnes le passage par une addiction douloureuse et extrêmement coûteuse, physiquement, psychologiquement et socialement.

Elle est aussi une stratégie qui répond au mieux à la complexité de la question du statut des usages de substances psychoactives et de la position sociale qu'il est possible d'adopter face à ceux-ci.

En tenant compte du sujet et de son expérience, elle ne condamne ni n'exclut, en interrogeant les consommations et en proposant des alternatives à ceux qui en ont besoin, elle ne s'en tient pas au simple constat et à l'inéluctable d'un problème face auquel on ne pourrait rien faire.

Ce faisant, et à l'instar de la réduction des risques, elle constitue une option particulièrement intéressante et symboliquement significative, entre la tentation d'une réponse répressive qui exclurait la dimension subjective et celle d'une approche uniquement thérapeutique qui nierait les règles sociales et collectives. 

Intervention précoce à partir des « consultations jeunes consommateurs »

Jean-Pierre Couteron

Psychologue clinicien, président de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie (Anit)

Jean-Jacques Santucci

Psychologue clinicien, directeur de l'Association méditerranéenne de prévention et de traitement des addictions (Ampta)

Pour apporter une réponse aux jeunes qui pourraient être en difficulté avec la consommation de cannabis ou d'autres produits, des « consultations d'évaluation et d'accompagnement des jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives » (appelées aussi consultations cannabis, consultations de diagnostic, puis consultations jeunes consommateurs) ont été mises en place (circulaire DGS/DHOS/DGAS/2004-464 du 25 septembre 2004). Il en existe aujourd'hui près de 250.

Ces consultations anonymes et gratuites sont effectuées par des services ou dispositifs spécialisés en toxicomanie/addictions. Elles sont donc gérées et mises en place à partir de services hospitaliers « addictologie » ou par des centres de soins spécialisés en toxicomanie, futurs Csapa. Les consultations sont souvent initiées par les adultes (enseignants, travailleurs sociaux...) qui demandent une intervention auprès des adolescents dont ils ont la charge.

Ces interventions prendraient volontiers la forme d'une information destinée au plus grand nombre. Il est préférable alors d'orienter la demande vers la formule suivante.

Dans un premier temps : former des adultes référents

Un travail est réalisé avec les adultes demandeurs autour de ce qu'ils savent des usages de substances psychoactives, de la façon de les appréhender, des représentations qu'ils ont des jeunes qui les utilisent, de leur connaissance des dispositifs d'aide, des outils de prévention, d'une potentielle intervention de leur part en tant qu'adulte référent naturel.

Ce premier temps de travail, collectif, est nécessaire dans la mesure où ces adultes (enseignants, travailleurs sociaux, animateurs...) resteront au contact des jeunes et auront à répondre à leurs questions, à adopter des attitudes propices à l'engagement dans une conduite de changement quant aux usages, voire à les accompagner

dans une démarche ou dans un dispositif. L'objectif de ce temps de travail est de rendre ces adultes acteurs de la démarche, responsables de leurs interventions, porteurs d'un discours facilitant l'évolution et les changements. En leur permettant de se saisir de ces questions sans les diaboliser ni les banaliser, de savoir garder la bonne distance, de constituer des référents solides et fiables, on fait d'eux des éléments indispensables de la démarche d'intervention précoce. Ce moment préalable doit, pour être porteur d'effets, être soutenu par l'institution (école, foyer...). Il est préférable qu'il s'inscrive dans un contexte global facilitant, qui accepte de se confronter à la question des usages de substances psychoactives et de mettre en place les mesures découlant de ces réflexions (sensibilisation des équipes, évolution du cadre et des pratiques, adaptation des règles...). Il n'est pas question que l'institution se « décharge » de ce problème sur quelques volontaires, mais au contraire qu'elle l'inclue dans un projet soutenu et porté par tous : direction, encadrement, équipes...

Il arrive quelquefois que ce temps de travail suffise à répondre à la demande et que les professionnels poursuivent seuls, car renforcés dans leurs compétences.

Dans un second temps : intervenir auprès des jeunes consommateurs

La deuxième étape de la démarche consiste à intervenir directement auprès des jeunes « consommateurs ». Cela est plus compliqué dans la mesure où ils ne sont pas forcément demandeurs, même s'ils ont « laissé voir » quelque chose de leurs consommations.

C'est donc à partir de cet « acte manqué » que peut s'initier une action.

Alors qu'ils ne demandent pas explicitement une réponse, on peut penser que quelque chose est possible à partir de ce dévoilement d'une pratique d'usage.

On doit donc s'appuyer sur cet événement pour construire l'intervention, qui partira de leur « vécu » pour

viser une prise de conscience et une responsabilisation de ces jeunes par rapport à leurs consommations. L'objectif étant de générer, au minimum, une « gestion » de leurs usages de façon à ce qu'ils ne causent pas trop de dommages, au plus, qu'ils cessent de consommer. En tout état de cause, cette intervention, à partir du moment où elle signifie que le problème posé par la « consommation » est pris en compte, a toujours un effet pacifiant sur le fonctionnement de la structure ainsi que sur les conduites des jeunes.

Ceux-ci « entendent » qu'ils ne sont pas passés inaperçus et que quelque chose peut être dit de ce qu'ils font et montrent. Ils ont trouvé une adresse à leurs questionnements.

L'intervention auprès des jeunes est dans un premier temps collective et consiste à leur permettre de mettre en mots leurs expériences, là encore sans jugement ni prise de position. C'est la condition de l'instauration d'un climat de confiance.

Ce n'est que dans un deuxième temps que des éléments d'un discours préventif peuvent intervenir, sous la forme d'un questionnement des « évidences », leurs évidences : « Fumer, c'est autorisé, tout le monde fume » ;

« Fumer, c'est pas mauvais pour la santé, c'est naturel » ; « Le shit, c'est pas une drogue, on s'arrête facile » ; toute une série de « savoirs » et de représentations qu'il convient de mettre à l'épreuve.

C'est donc en partant de leurs discours que peut être délivré un discours de prévention. Tout d'abord en précisant les questions, en explorant les modes d'usages, leurs contextes, les raisons qui conduisent à consommer : à quel moment ? pour quels effets ? avec quels résultats, quelles conséquences ? : remises en cause des certitudes.

Peu à peu, on pourra « peser le pour et le contre », essayer de voir ce que le cannabis apporte, ce qu'il enlève ou empêche. C'est là que les « jeunes » peuvent prendre conscience de ce dans quoi ils évoluent, de ce à quoi leur sert le cannabis : être mieux, oublier les problèmes, s'endormir, chasser l'ennui, ne pas penser, calmer l'agressivité, l'angoisse... Un certain nombre de « découvertes » qui vont les amener à modifier leur rapport au cannabis.

À partir de ce moment, certains vont modifier leurs consommations, les réduire pour les rendre moins problématiques, moins « dangereuses » ; certains vont

Le dispositif des « consultations jeunes consommateurs »

En application du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, la circulaire n° DGS/DHOS/DGAS/2004/464 du 23 septembre 2004 a permis la mise en place de consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille. Un cahier des charges annexé à cette circulaire précisait notamment les missions, contenu de la prestation, modalités d'intervention, organisation et procédure de désignation.

Ces consultations ont été désignées pour trois ans par les préfets de région, à partir de fin 2004.

Dès mars 2005, un dispositif de suivi de l'activité mensuelle de ces consultations (SIMCCA) a été mis en place par l'OFDT, qui a également réalisé un bilan du public accueilli, des consommations déclarées, des modalités de recours et du suivi ou de l'orientation proposée.

De plus, un comité de pilotage composé des principales administrations concernées et de professionnels a accompagné leur création. Il a, notamment, permis la tenue de trois rencontres des responsables des consultations :

- deux sessions de deux jours ont eu lieu pour l'ensemble des personnels cliniciens des consultations fin 2005 et début 2006 ;
- une rencontre plus spécifiquement destinée aux responsables des consultations, et à

laquelle les Drass ont été invitées, s'est tenue à l'automne 2006.

Chiffres et données clés

- Les caractéristiques du dispositif :
 - ♦ 280 structures désignées ;
 - ♦ 75 % « adossées » à un CSST, 8 % à un CCAA, 2 % à une structure mixte CCAA/CSST, 15 % à un centre hospitalier, toutes financées par l'assurance maladie ;
 - ♦ de 1200 à 1400 jeunes primo-consultants reçus chaque mois ;
 - ♦ le nombre moyen de personnes vues, par consultation, est de 17, sur la période mars 2005 – septembre 2006 (dont près de 13 jeunes consommateurs) (Système d'information mensuel des consultations cannabis – SIMCCA) ;
 - ♦ coût global assurance maladie : 3,8 millions d'euros en 2005.
- Les caractéristiques des populations accueillies :
 - ♦ grande stabilité de la proportion de consommateurs par rapport à l'entourage (75/25) (SIMCCA) ;
 - ♦ 16,5 % des consultations voient 50 % des consommateurs ;
 - ♦ 13 % des consommateurs ont plus de 25 ans ;

- ♦ la majorité des consommateurs reçus déclarent un usage régulier ou quotidien de cannabis (63 %) ;
- ♦ plus du tiers des consommateurs fait l'objet d'un diagnostic de dépendance ;
- ♦ importance des consommations associées : le tabac chez la quasi-totalité (90 % des usagers réguliers et 93 % des usagers quotidiens de cannabis sont aussi des fumeurs de tabac quotidiens), l'usage régulier d'alcool pour 20 %, l'expérimentation d'ecstasy (25 % des 17-18 ans vs 4 % en population générale) ;
- ♦ pour 10 % des consultants, le premier contact avec la structure est une réunion de groupe ;
- ♦ importance des personnes adressées par la Justice (38 %), qui tendent à présenter des parcours de consommation moins problématiques ;
- ♦ nombre de consultations par consultant : deux en moyenne, avec de fortes variations.

- Qualité des pratiques professionnelles : la moitié des consultations utilisent des outils de repérage des consommations abusives validés.

Ces consultations, appelées aussi « consultations cannabis », ont bien accueilli le public visé : plus des 2/3 sont des consommateurs de cannabis âgés le plus souvent de moins de 25 ans. 

cesser de consommer et trouver d'autres « objets d'investissement psychique » ; d'autres enfin, qui prennent conscience de leur mal-être et de la réponse qu'ils lui donnent, peuvent entreprendre une démarche visant à atténuer cette « douleur » voire à la faire taire.

Cette démarche, souvent adressée à un psychologue, rendra possible, par le moyen d'un travail de parole, sur un temps plus ou moins long, l'évaluation de la consommation, l'exploration des liens entre l'usage du cannabis et la « douleur », de la motivation au changement, la recherche de solutions alternatives, l'enga-

gement, le cas échéant, dans une véritable démarche thérapeutique.

Nous gageons que, sans les préalables décrits plus haut (travail avec les adultes, groupes de « jeunes »...), les démarches individuelles seraient plus difficiles : déni de l'importance de la consommation, déni des difficultés, méconnaissance des dispositifs, manque de confiance, représentations négatives des « soignants »..., et plus tardives, rendant ainsi, plus complexe et plus long le projet de « soins ». 

La réduction des risques : aujourd'hui et demain

Catherine Pequart
Psychiatre, directrice
médicale, Association
Charonne, Paris
Martine Lacoste
Directrice,
Association
Clémence Isaure,
Toulouse

La réduction des risques a induit une mutation dans la représentation des consommations de drogues, dans celles du soin et de la prévention : acceptation de l'usage, redéfinition du soin et de la prévention en fonction de la hiérarchie des risques encourus : « *Mieux vaut ne pas consommer de drogues mais, en cas de consommation, que ce soit de la façon la moins dangereuse possible. Mieux vaut ne pas s'injecter des drogues mais, en cas d'injection, que ce soit avec du matériel stérile* » [18].

Les pratiques de la réduction des risques se sont appuyées sur différents principes d'intervention :

- Accueillir sans condition ces usagers, là où ils sont et là où ils en sont ; « Aller vers » complétant « l'accueil et le traitement de la demande », et entrer en contact avec les publics, en particulier les plus marginalisés, qui ne veulent pas ou ne peuvent pas arrêter les drogues.
- Informer les personnes sur les risques associés à l'usage de drogue et leur prévention par toute forme de support, de conseils personnalisés ou d'interventions en groupe.
- Distribuer et promouvoir les matériels visant la prévention de la transmission interhumaine d'agents infectieux et des risques septiques (seringues, préservatifs, etc.), et récupération du matériel d'injection, usagé.
- Favoriser l'accès aux droits et aux soins.
- Orienter vers les dispositifs spécialisés et de droit commun.
- Soutenir l'action des groupes d'entraide, l'expertise et le soutien par les pairs.

Priorité à la santé publique

La réduction des risques s'est imposée dans les années quatre-vingt-dix, au nom de l'urgence médicale liée à l'épidémie du sida et sur des impératifs de santé publique. L'interdiction de vente de seringues (1972), malgré ses intentions protectrices, avait provoqué cette catastrophe

sanitaire. La réduction des risques a été promue sans que le débat sur la pénalisation de l'usage des drogues puisse être publiquement soutenu. La consigne était de « faire sans dire », de taire ce paradoxe aux yeux du grand public car la réduction des risques impliquait l'acceptation de l'usage... Les discours de la réduction des risques seront néanmoins portés par deux courants : celui qui pense que l'abus et la dépendance trouvent leurs sources dans une vulnérabilité particulière des usagers, le second se positionnant comme tenant du droit à consommer au nom de la liberté individuelle et ce à moindre risque.

Reconnaissance des usagers comme « experts »

L'expertise sur les questions des drogues était jusque-là portée par des acteurs de santé et de justice. Avec la réduction des risques, comme d'ailleurs auparavant aux origines du dispositif spécialisé de soins aux toxicomanes dans les années soixante-dix¹, les usagers de drogues deviennent experts en matière d'usage, et acteurs de la prévention. C'est à partir de leur savoir, sur les produits et leurs usages, que se développe une meilleure connaissance des modes de consommation et des risques encourus. C'est aussi sur leur responsabilisation que doit reposer une meilleure maîtrise des risques. Des travaux de recherche (médicale, sociologique ou ethnographique...) approfondissent ce savoir, avec toujours comme objectifs l'amélioration de la santé des usagers et de leur condition.

La morbidité et mortalité par le sida chez les toxicomanes ont également révélé le retard pris en France par les politiques publiques en terme de prévention, en comparaison des pays nord-européens, et les effets délétères des strictes politiques répressives. Il faut rappeler que cette dénonciation et les premières actions

1. Implication d'usagers dans l'accueil des premières institutions spécialisées telles que Marmottan ou l'Abbaye.

Les références
entre crochets renvoient
à la bibliographie p. 83.

de réduction des risques ont d'abord été portées par les acteurs de l'humanitaire pour « limiter la casse ».

Les enjeux de l'institutionnalisation

Après plus d'une quinzaine d'années d'« expérimentation », de résultats probants, mais aussi d'interrogations critiques (mouvements d'associations de riverains, commission sénatoriale de 2003...), la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique inclut parmi ses orientations prioritaires « les comportements à risque et les pratiques addictives », et intègre officiellement la réduction des risques. Elle affirme la responsabilité de l'État en la matière, définit ses objectifs ; sécurise le statut et le financement des structures œuvrant dans ce champ, et assure aux usagers le bénéfice d'une prise en charge anonyme et gratuite.

En 2005, plusieurs textes réglementaires viennent rendre effective la loi : décret approuvant un référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues², décret relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (Caarud)³ :

Une enquête interassociative⁴, portée par l'association Safe sur le dispositif national de réduction des risques [54], dresse un état des lieux du dispositif français, Caarud et hors Caarud, et tente une description de son évolution entre 2003 et 2005.

- La couverture nationale reste non exhaustive : deux régions, trente-trois départements, plusieurs grandes villes... ne disposent pas de structures de réduction des risques identifiées.

- La dotation en personnels est faible, avec une moyenne de 4 ETP (équivalents temps plein) par Caarud (à peine plus de deux pour les structures non Caarud).

- La richesse de la réduction des risques tenait tant à l'innovation de ses pratiques qu'à la compétence de ces intervenants de terrain, en partie issues du volontariat ou de l'auto-support. Aujourd'hui, l'institutionnalisation dans le cadre de la loi de 2002 risque de mettre à mal cette richesse au regard de l'exigence de diplômes pour exercer dans les établissements « médico-sociaux » que sont devenus les Caarud.

- Une enquête complémentaire sur les budgets, menée par la commission réduction des risques de l'Anit, montre que la stabilisation financière du dispositif reste inégale sur le territoire national. Un effort important devra être fait pour les structures les plus petites, ainsi que pour les structures de réduction des risques « non Caarud ».

Des incertitudes persistent :

- Quelle stabilisation budgétaire pour le dispositif médico-social des Caarud ?

- Quel est le devenir des actions menées par des structures ou associations « non Caarud » ?

2. Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005.

3. Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005.

4. Association nationale des intervenants en toxicomanie (Anit), Association française de réduction des risques, Médecins du monde.

- Quelle place va subsister pour l'innovation ?

- Faut-il dans les Caarud, lieux d'accueil inconditionnels, obliger à l'individuation et à la standardisation (dossier patient, document individuel de prise en charge : DIPEC), alors que précisément une des spécificités est de ne pas contractualiser de liens *in situ* et l'une des missions est d'orienter vers des prises en charge ?

- Comment le dispositif de soins spécialisés en addictologie — incluant le secteur Alcool — s'engagera-t-il dans la réduction des risques, prévue dans ses missions ?

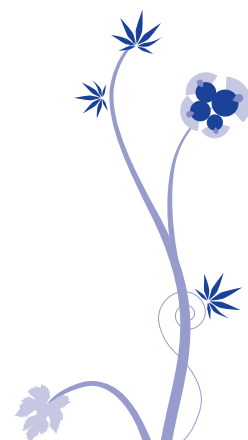
Quelles spécificités cliniques entre réduction des risques et soins ?

Outre le développement de services spécifiques, l'enjeu pour la réduction des risques a été et continue d'être l'adaptation des pratiques sanitaires et sociales afin de les rendre plus efficaces et plus accessibles à ceux qui n'en demandent et n'en attendent rien ou peu de chose.

La réduction des risques est inscrite dans les missions des centres de soins. Les décrets imputent aux futurs centres de soins, d'accompagnement, de prévention en addictologie (Csapa), comme aux actuels centres de soins spécialisés en toxicomanie (CSST), une mission de réduction des risques : « repérage précoce des usages nocifs et la réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives ». L'intégration de la réduction des risques aux pratiques des structures de soins peut soulever des questionnements et des difficultés au sein des équipes si elle est trop assimilée à la mise à disposition des matériels de consommation, alors que les pratiques en sont multiples.

Les spécificités des services de réduction des risques sont l'accueil inconditionnel à seuil adapté d'exigence, non contractuel, œuvrant dans la logique d'« aller vers », là où sont les usagers et là où ils en sont... Ces pratiques supposent que se développent des théorisations et des pratiques autour d'une « clinique de la non-demande » et du travail avec les groupes. Escamoter ces priorités et trop individualiser l'accueil et l'accompagnement, pourrait aboutir à une confusion d'objectifs entre réduction des risques et soins, avec à terme la disparition de l'un au profit de l'autre, soit plus probablement l'absorption de la réduction des risques par le soin.

Les intervenants en réduction des risques ont des fonctions d'intermédiaire et de relais, de médiation et de tremplin entre les lieux de prise en charge et les usagers qui en sont le plus à l'écart : soutien dans les démarches, explicitation des logiques institutionnelles, médiation et négociation avec ces institutions. Mais face à certaines situations, ces structures mènent des actions qui vont au-delà en assurant des accompagnements et suivis médico-psycho-sociaux. En particulier, elles peuvent accompagner un grand nombre d'usagers chroniquement inscrits dans les consommations, les comorbidités psychiatriques et somatiques, et marginalisés : usagers qui y trouvent des lieux capables



d'accompagner à moindre risque et au long cours cette chronicité, dans la proximité du quotidien.

Au plan des traitements médicamenteux, on peut déplorer que seuls deux programmes de substitution bas seuil — « bus Méthadone » — s'inscrivent clairement à la fois dans le soin et dans des perspectives de réduction des risques.

L'approche psychothérapeutique a été plus ou moins radicalement mise de côté dans la perspective de réduction des risques. En fait, les modèles psycho-dynamiques apparaissent compatibles avec une approche pragmatique des usagers et de leurs usages, conçus comme une stratégie d'adaptation, à laquelle la conscience a plus ou moins accès (automédication, gestion des relations, des émotions, béquille identitaire...). Les drogues ont un sens et une fonction dans la vie des sujets, d'où une vraie ambivalence par rapport à l'arrêt de ces consommations, qui sont, dans un certain nombre de cas, inenvisageables et/ou hautement risqués ici et maintenant. Des objectifs de diminution et de reprise de contrôle sont recevables et peuvent être accompagnés. Ils visent à initialiser un processus de changement à travers des étapes « réalisables » telles que modérer les consommations ou réduire les dommages qui y sont associés ; cette intention de lien étant le préalable à l'intention de soin.

La prévention et le soin du VHC : état actuel de l'épidémie, dépistage, accès aux soins, prévention, perspectives...

Si le succès de la réduction des risques en matière de VIH est incontestable, les effets sur le virus de l'hépatite C (VHC) sont nettement moins performants. Sur les 500 000 à 600 000 personnes atteintes par le VHC, une majorité sont ou ont été usagers de drogues. 50 à 70 % des usagers de drogues par voie veineuse et intranasale sont contaminés. Seuls 10 à 15 % d'entre eux sont actuellement traités, alors que les traitements conduisent à la guérison dans globalement 50 % des cas. Sur environ 4 500 contaminations annuelles par le VHC, 70 % concernent des usagers de drogues. Les contaminations par le virus de l'hépatite B persistent alors qu'il existe un vaccin efficace disponible.

Dépistage

40 % des structures de réduction des risques proposent un accès actif au dépistage [54]. Celui-ci doit donc être rendu plus opérationnel par différentes mesures (recherche d'ARN viral sur le même prélèvement en cas de sérologie positive, mise au point de nouveaux outils de dépistage, type salvettes ou buvards, plus adaptés à l'accueil bas seuil).

L'accès aux traitements

Les délais entre la connaissance d'une sérologie positive et la mise sous traitement sont très importants. Pour améliorer cet accès, il faudrait :

- mieux informer les patients porteurs du VHC sur les traitements ;

- impliquer davantage les médecins généralistes (de ville et de structures spécialisées) ;
- maintenir et faciliter les prises en charge par l'assurance maladie (ALD, AME...) ;
- lever les freins aux traitements, en particulier relatifs aux consommations actives d'alcool ou de drogues ;
- améliorer les conditions de vie des usagers (ressources et hébergement).

Le plan Hépatite du ministère de la Santé (2005) faisait priorité aux usagers de drogues : renforcement de la vaccination VHB, prévention de la contamination des usagers non encore infectés, développement des traitements de substitution par la méthadone réputés plus efficaces que la buprénorphine haut dosage (Subutex® ...) en matière de prévention, accès aux dépistages, facilitation des bilans, amélioration de l'accès aux traitements...

Du point de vue des intervenants spécialisés en toxicomanie, favoriser l'accès aux soins du VHC chez ces personnes précarisées et coupées de soutiens familiaux et environnementaux suppose d'ajuster les moyens des équipes pluridisciplinaires et de créer des places d'hébergement thérapeutique et de stabilisation pour la mise sous traitement. La question est aussi celle de la couverture de l'ensemble du territoire national par ces structures (CSST, Caarud). Ces aspects recouvrent l'objectif de favoriser l'unité de lieu et de temps dans les propositions de suivis pluridisciplinaires de ces patients.

La prévention des contaminations par le VHC

La prévention des contaminations par le VHC est complexe du fait de l'étendue des pratiques contaminantes au-delà du partage de la seringue : partage de la cuillère, du petit matériel, réutilisation... Une prévention efficace nécessiterait une vigilance de tous les instants pour les usagers, peu compatible avec l'urgence des consommations, et pour beaucoup la précarité de leur condition.

Si l'injection semblait en diminution, les enquêtes récentes montrent une augmentation sensible du nombre de seringues distribuées entre 2004 et 2005 sur les programmes d'échange de seringues et dans les pharmacies d'officine (soit au total une augmentation de 7,5 % pour la France métropolitaine). Or il y a proportionnellement déficit de distribution des petits matériels (stéricups : 30 % des seringues, stérifilts : 20 % des seringues). Les kits Sniffs sont controversés, les kits Crack non validés... Soit autant de voies de contamination possibles pour le VHC, pour lesquelles le « principe de précaution » devrait s'appliquer...

Il convient donc de multiplier les approches de dépistage, mais aussi des politiques offensives d'accès aux traitements, si l'on veut que le bassin de virus dans lequel vivent les usagers ait quelques chances de se tarir, les contaminations de se ralentir, la mortalité par le VHC de s'amortir.

Les contaminations par le VHC sont connues pour être précoces dans les parcours de consommation, d'où l'importance de responsabiliser les pairs, assistant souvent les premières pratiques d'injection. L'éducation

à l'injection développée à travers des outils et des expériences récentes⁵ est également à promouvoir pour atteindre ces objectifs de santé publique.

Soutenir les interventions en milieu festif

Les actions en milieu festif sont emblématiques de l'indispensable réactivité, adaptabilité et évolutivité qu'il convient de garantir pour la réduction des risques, et que son institutionnalisation peut brider.

Les paramètres sont ici multiples :

- Diversités du « milieu festif », des raves aux free parties... en passant par les discothèques, les manifestations étudiantes, les marges des rassemblements populaires ou sportifs... Multiplication des événements et espaces qui appellent des interventions « sur mesure ».

- Diversité des substances psychoactives consommées selon les milieux : drogues illicites (ecstasy, amphétamines, LSD, cocaïne, kétamine, GHB, poppers, opiacés...), dont les compositions sont toujours incertaines, ou alcools (bières ou alcools forts) conduisant à penser la réduction des risques aussi vis-à-vis de l'alcool.

- Diversité des publics : « groupes de pratiques prudentes » et « groupes de pratiques sans limites », jeunes novices associant volontiers les produits...

- Diversité des logiques d'usage et des effets recherchés : initiatiques, socialisants, stimulants...

- Diversité des modes d'usages : « gobeurs », associations de substances, augmentation du sniff, retour de l'injection...

- Et donc diversité des risques potentiels : risques somatiques, sexuels, psychologiques et psychiatriques (*bad trip*), risques d'agression, risques d'accidents entre autres routiers...

Les interventions doivent donc tenir compte de ces diversités : distribution d'eau, de boissons non alcoolisées, de nourriture, matériels de prévention, tracts et documents de prévention (flyers), espaces de repos (*chill out*), lutte contre les risques routiers...

Le « milieu festif » a fait aussi la preuve que les messages de prévention sont plus crédibles quand ils s'appuient sur la participation des pairs et des intervenants issus de l'autosupport, et que la mise à disposition d'une information fiable favorise autoévaluation et responsabilisation. La dimension collective du rapport au risque et des effets recherchés ouvre la possibilité d'élaborer des savoirs collectifs et communautaires.

Les messages de prévention dans les cadres festifs tournent autour de la gestion à moindre risque de l'usage des produits : connaissance et contrôle des effets physiques et psychologiques, diffusion des alertes sanitaires, définition des modalités de prises, ajustement des consommations par la connaissance de soi, évitement de l'inversion des effets...

On peut ici regretter la condamnation de l'expérience

« testing » (analyse rapide *in situ* des produits) qui, au-delà des interrogations sur sa fiabilité pharmacologique, fait perdre un mode d'approche et de contact et une occasion d'interroger les prises de produits.

Développer une politique spécifique de réduction des risques spécifiques en milieu carcéral

30 à 35 % des détenus sont des usagers de drogues habituels, quelles que soient les drogues utilisées. La souffrance de la détention génère très fréquemment un accroissement des consommations de produits stupéfiants, y compris chez des personnes non toxicomanes et qui vont là être initiées à l'usage. Les trafics concernent les produits venant de l'extérieur et les médicaments délivrés par les services médicaux (benzodiazépines, Subutex®) [28].

Les premières substances consommées en prison sont donc sans doute les médicaments. Le cannabis est également largement présent, mais aussi dans de moindres mesures la cocaïne, l'héroïne... Fait remarquable, il n'y a pas ou peu d'alcool en prison, donc une appétence énorme pour d'autres types de substances (P. Beauverie [1]).

Au nom des principes de continuité des soins et de prévention, les objectifs généraux de réduction des risques doivent être poursuivis en milieu pénitentiaire. Ils doivent s'appuyer sur les services existants d'aide aux détenus : CSST pénitentiaires qui sont soumis aux mêmes missions de réduction des risques que les structures de soins en « milieu ordinaire », services médicaux (Ucsa).

Quelles préconisations pour améliorer la réduction des risques en prison ?

- Actualiser les connaissances des acteurs : détenus, soignants, intervenants sociaux et surveillants, à travers une information qui tient compte des réalités : information sur les produits, leurs usages, les traitements (traitement de substitution, benzodiazépines en détention), et les risques encourus notamment sanitaires (pratiques de sniff, et aussi sur l'injection potentielle ou réelle), et travailler plus ouvertement sur les risques sexuels patents.

- Privilégier l'existence d'espaces de parole et de confidentialité, permettant un travail autour de la consommation et des risques.

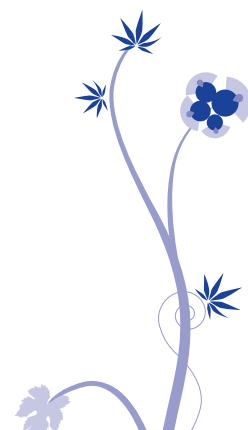
- Mettre à disposition des outils de prévention : flyers adaptés en milieu carcéral, travail en groupe sur la base de documents vidéo ou autres, préservatifs, pailles à usage unique, seringues ?

- Se doter de recueil de données fiables sur l'état de santé des détenus (en particulier en matière de VHC) et sur leurs comportements à risques... inexistantes à ce jour.

La question de l'injection en prison

La saturation des enjeux autour de la distribution du matériel d'injection a entretenu et neutralisé les réflexions

5. 17'10... Une injection à moindre risque, Apothicom, 2006, Aide à l'injection en milieu festif (MDM).



sur les mesures de prévention spécifiques au milieu carcéral. Les estimations sur les pratiques d'injection sont difficiles et controversées. Il existe néanmoins des témoignages de détenus toxicomanes ou de surveillants sur l'injection en prison, mais pas d'informations fiables en France quant à l'ampleur de ces pratiques. Ce qui est certain, c'est que s'il y a injection, il y a partage et réutilisation d'un matériel pénurique, réputé de fabrication artisanale. Or dès 1993 les recommandations officielles de l'OMS stipulent : « Dans les pays où les seringues et les aiguilles stériles sont rendues accessibles aux UDVI, il convient de promouvoir la mise à disposition de matériel stérile d'injection pendant la détention. » Ces expériences existent dans nombre de pays voisins, sans dommages notables ni pour la sécurité ni dans une explosion des consommations (C. Calderon [1]).

Favoriser l'acceptation des structures et des usagers sur les territoires urbains : médiation et prise en compte de l'environnement

La France fait aujourd'hui, dans certains quartiers, l'expérience de la fronde des habitants, et en écho des élus locaux, à l'égard des usagers de drogues. Les structures qui leur sont dédiées, implantées ou cherchant à s'implanter, subissent le même sort.

Face aux mêmes phénomènes, les Pays-Bas ont promu ces dernières années une « politique des nuisances », moins connue que leur politique de tolérance et de réduction des risques. Ces « nuisances » désignent de façon floue et diffuse tout comportement considéré par les non-usagers comme trouble de l'ordre ou de la sécurité publique (comportements violents, petite délinquance, agressivité, intimidation, abandon de seringues ou de détritiques, bruits et attroupement sur l'espace public, présence irritante des usagers...). Elles sont définies principalement par les citoyens et non par la justice ou les soignants. Le cercle des acteurs en matière de drogues a pu donc s'élargir aux citoyens non usagers, aux maires...⁶ L'État hollandais, par exemple, stimule l'action de citoyens coresponsables, encourage de nouveaux liens transversaux (entre les secteurs judiciaire, administratif, et de soins...), ce au niveau local (municipalité), et soutient des projets visant à réconcilier des objectifs initialement contradictoires de limitation des risques et de lutte contre les nuisances.

Les politiques néerlandaises ou suisses « jusqu'au-boutistes » dans le pragmatisme doivent nous faire réfléchir. Elles ne remettent pas en cause les modes de traitement des toxicomanes et de la toxicomanie, mais elles poussent à représenter simultanément des intérêts contradictoires, sans vouloir convaincre à tout prix, en acceptant la coexistence des différentes représentations et perceptions des problèmes. Le prix en est

toutefois une grande incursion de la répression dans le soin, et une insuffisance de preuve à ce jour quant au bien-fondé de cette alliance. Il n'en demeure pas moins que l'idée d'une concertation et d'un « échange de garanties » entre les usagers, les structures et les habitants des quartiers paraît plus opérationnelle, et de nature à œuvrer à une meilleure sécurité pour tous.

En conclusion

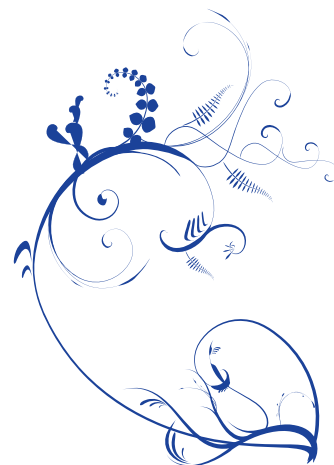
Si l'on peut se satisfaire de l'évolution passée de la politique de soin et de réduction des risques en France, elle doit néanmoins être poursuivie, consolidée, et garder la souplesse et les capacités d'innovation et d'adaptation aux usagers, aux usages et aux contextes.

L'insuffisance est criante dans certains lieux ou domaines : départements non dotés de structures ; Caarud au bord de l'asphyxie financière, pour certains quasiment avant d'avoir réellement existé ; difficulté de promotion de la réduction des risques en milieu pénitentiaire ; « faiblesse » de la prévention et insuffisance dans l'accès aux traitements des infections par le VHC...

Une des fragilités de la réduction des risques vient sans doute de son acceptation en population générale et donc de son soutien inégal des politiques, pour lesquels elle représente un thème risqué. Même si les principes de la réduction des risques peuvent être maintenant admis, les services qui s'occupent des usagers ont des problèmes importants d'implantation, de survie et de reconnaissance.

Quoi qu'il en soit, comment une société pourrait-elle se passer du concept de réduction des risques, en particulier dans ses dimensions « d'aller vers les personnes, là où elles sont, là où elles en sont » ? Bien au contraire, il est d'un intérêt majeur de tenter de l'étendre à d'autres comportements (consommation d'alcool, insécurité routière...) dans une vision prospective et humaniste de la prévention. 

6. En France, et peut-être seulement à Paris, des expériences approchantes ont lieu telles « le panel citoyen » organisé par la mairie du 19^e arrondissement, ou l'association Coordination toxicomanie dans le Nord-Est parisien, lieu de visibilité des trafics et consommations de crack.



Questions actuelles

Des problèmes restent à résoudre si l'on veut avancer en prévention des addictions : comment prendre en compte et agir sur les contextes sociaux des populations précarisées et vulnérables ? Comment mieux connaître et prendre en charge les phénomènes de passage d'une addiction à l'autre ? Enfin, il est nécessaire d'organiser un dispositif territorial de prévention financé, qui s'appuie sur des stratégies et des outils validés.

Prévention des conduites à risques et question sociale

Santiago Serrano
Responsable de
la Mission de
prévention des
conduites à risques,
Conseil général de
Seine-Saint-Denis

La mise en évidence des dimensions sociales des conduites à risques a permis de dépasser les points de vue déterministes qui tendent à dévaloriser les personnes vivant dans les cités populaires et à les rendre totalement responsables de leurs difficultés. Le débat récent autour de l'expertise collective de l'Inserm sur les troubles des conduites des enfants et des adolescents a pointé l'importance d'une telle clarification : l'incrimination des plus fragiles et des plus démunis, désignés comme fauteurs de troubles, ainsi que la volonté de détection précoce des « germes » de déviance ne comportent aucun fondement scientifique et risquent de produire des effets inverses à ceux qui sont recherchés (stigmatisation, fixation, exacerbation). Ce qui importe, pour les acteurs de prévention, c'est de pouvoir disposer d'une meilleure compréhension des conditions sociales qui favorisent le développement de ces problèmes.

La dissuasion (ne parler que des dangers, brandir des menaces, réaffirmer les interdits) a une efficacité très faible dans la prévention des addictions et des comportements extrêmes. Il importe également de ne pas alimenter les visions simplistes d'élimination de

tous les risques du monde social (contrôle et répression systématiques, hygiénisme), qui tendent, de plus, à faire porter la responsabilité de ces conduites aux seuls individus vulnérables. Une autre vision des conduites à risques permet de les prévenir efficacement. Il s'agit d'approcher les processus à la base de la production des vulnérabilités et d'engager des actions pour les compenser ou les infléchir.

Pour mieux appréhender les fonctions sociales des conduites à risques et ces voies d'action préventive, nous avons mis en résonance les différents facteurs qui contribuent à la fabrication sociale des conduites à risques.

Significations et fonctions sociales des conduites à risques

La notion de « conduite à risques » désigne au départ des pratiques répétitives conduisant des personnes à se mettre en danger, sur les plans physique, psychologique ou social. Ces comportements peuvent traduire des tensions intimes, des difficultés d'éducation, de socialisation et d'insertion socio-économique, ou encore des conflits de genre, d'identité culturelle ou familiale.

Dans une société où la précarisation augmente, les vulnérabilités se trouvent au cœur de l'expérience de personnes de plus en plus nombreuses et diverses. Si les fragilités personnelles du preneur de risques jouent un rôle évident, la dimension collective de certains comportements suppose d'approfondir leur analyse.

Trois sphères de vulnérabilité tendent à se croiser et à s'articuler dans les parcours de vie des personnes développant des conduites à risques¹.

- La première renvoie à des logiques de fragilisation sociale : la déscolarisation, l'isolement, la précarisation des conditions de vie contribuent au développement de la marginalisation, de l'errance, et à l'engagement dans des activités illicites (économie souterraine, violences collectives, délits divers...). Ces vulnérabilités sociales vont de plus en plus souvent de pair avec le sentiment de colère et d'injustice. Cela explique en partie (sans l'excuser) que certains retournent l'hostilité et la violence ressenties vers l'extérieur. Des modes de socialisation décalée peuvent alors se développer au sein de cercles de relations considérés comme « déviants ».

Sur cet axe qui relève de l'expérience sociale des personnes, de leur confrontation au monde qui les entoure, prendre des drogues et des risques au regard de la légalité permet de lever les inhibitions, de s'amuser, de stimuler les capacités communicationnelles et sensorielles. Les transgressions et la participation à l'économie souterraine donnent le sentiment d'accéder à la consommation et à la reconnaissance. Elles contribuent également à briser l'ennui, la routine, et à rechercher des mises à l'épreuve valorisantes. Les prises de risques se voient alors attribuer la fonction de redonner du sens à des parcours ensevelis dans un quotidien monotone et sans horizon [2].

La plupart des personnes régulent globalement. Même lorsque la culture des groupes est tournée vers la recherche d'expériences et de transgressions, la prise de risques peut valoriser la maîtrise de soi, la rationalité, les liens de confiance et l'équilibre psychique. Mais les mises en danger compulsives tendent aussi à détruire la réputation des jeunes et des familles ; c'est pourquoi la plupart se cantonnent à des prises de risques « acceptables ». Ils modèrent leurs consommations, maîtrisent les rapports sociaux et développent des stratégies d'évitement des situations les plus dangereuses. S'ils peuvent compter sur des ancrages relationnels et affectifs, ils apprennent à réguler, par essais et erreurs, leurs prises de risques. D'autres, à l'opposé, peuvent devenir, dans certaines circonstances, très destructeurs ou autodestructeurs, avec des logiques d'exacerbation des délits et/ou des « défonces » produisant des effets de précarisation en boucle. Lorsque ces appels ne sont pas entendus et que les régulations sociales font défaut, addictions, violences, errances, etc., peuvent devenir des souffrances centrales dans l'orientation de leur vie.

1. La reconstitution des biographies et des trajectoires des personnes engagées dans ces conduites permet d'identifier ces contextes et facteurs de production.

À d'autres âges et dans d'autres contextes sociaux, les prises de risques pourront viser à sortir de situations vécues comme insupportables (isolement, discrimination, harcèlement, exclusion, violences, chômage...), quand les individus ont le sentiment de ne pas être en état d'agir, de ne pouvoir compter sur personne ou de ne pouvoir accéder à aucune ressource (écoute, aide...).

- Une seconde sphère renvoie aux *relations privées* : les rapports hommes/femmes, les relations intrafamiliales, les échanges propres aux groupes de pairs... Des violences spécifiques peuvent affecter ici la cohérence et l'intégrité des trajectoires individuelles (séquestrations, fugues, viols, grossesses précoces...). Ces vulnérabilités psychosociales ont aussi des effets sur la parentalité.

- La troisième sphère renvoie à des *vulnérabilités* inscrites dans l'intimité des individus, où priment la recherche de sensations (prise de psychotropes, mises en danger de soi, « conduites ordaliques ») et les violences exercées contre soi (scarifications, automutilations, conduites alimentaires problématiques, tentatives de suicide...).

Dans ces deux dernières sphères, les conduites à risques renvoient plus à une fonction de régulation des tensions émotionnelles et des affectss [12]. Confrontées à des sentiments dépressifs de résignation, de peur, d'anxiété, d'isolement et d'impuissance, certaines personnes recourent aux produits psychoactifs et aux comportements provocants (violence, virilisme...) pour se mettre en scène, lever des inhibitions, masquer les peurs, augmenter les performances, s'endurcir et s'imposer dans les jeux de réputation [55].

La quête de distinction et de prestige, stimulée par les conduites à risques, peut devenir exponentielle et produire des basculements importants dans les trajectoires. Les personnes qui se sentent débordées par leurs révoltes peuvent tendre à gérer leurs émotions en consommant des produits calmants, en adoptant des attitudes d'isolement, de retrait, qui leur donnent le sentiment de « diminuer la pression », de « déconnecter » et d'« oublier ». Mais quand elles en perdent la maîtrise, ces conduites tendent à les fragiliser physiquement et socialement.

Quand certains s'inscrivent dans une expression et un affrontement artistique (rappeurs, graffeurs, breakers, slameurs...), d'autres se manifestent sur le mode guerrier (caïda de cité, bandes urbaines, etc.), d'autres encore peuvent s'appuyer sur la consommation de psychotropes ou les mouvements religieux et les sectes. Il s'agit, dans tous les cas, de trouver un support (culturel, social, économique, déviant, émotionnel) pour dépasser les tensions, supporter l'adversité et donner du sens à sa vie.

Suivant les milieux, ces conduites s'inscriront plus fortement dans l'une ou l'autre des sphères de vulnérabilité (sociale, familiale, intime). Dans chacune d'entre elles, les conduites à risques contribuent à l'agencement et à la régulation des styles de vie quand les possibilités d'agir (s'adapter, expérimenter, se confronter...) apparaissent restreintes ou inaccessibles. Cette fonction est plus particulièrement importante à l'adolescence.

Penser et agir la prévention des conduites à risques : les réflexions menées en Seine-Saint-Denis

Santiago Serrano et son équipe* ont publié en juin 2007, avec le concours de Pascale Jamoulle, anthropologue, un document intitulé « *Penser et agir la prévention des conduites à risques* », fruit d'une longue maturation et d'une écriture collective. Santiago Serrano en livre quelques extraits remaniés pour les besoins de cet article.

Loin de proposer des analyses définitives sur les conduites à risques et la prévention, ce travail rend compte d'un processus continu de réflexion mené ces dernières années en Seine-Saint-Denis. De nombreux acteurs de terrain ont compris depuis longtemps que les « conduites à risques » pre-

naient une place grandissante dans la vie d'une fraction de la jeunesse et de la population, sans qu'elles soient prises en compte par les institutions, faute d'une évolution des cadres de compréhension et d'intervention de celles-ci.

Cette contribution capitalise les expériences et réflexions engagées par les associations, villes, travailleurs sociaux et médico-sociaux du département, équipes éducatives et socio-culturelles, acteurs de la justice, de l'insertion, etc., confrontés à des publics fragilisés et exposés aux prises de risques. Elle intègre des connaissances accumulées et beaucoup d'enseignements des expériences engagées. Elle

s'appuie sur les travaux de plusieurs instances de réflexion et de coopération ayant associé un peu plus d'un millier d'acteurs de terrain et de structures de prévention.

Elle amorce également l'identification des ressources et des contours du champ d'action dans lequel la prévention des conduites à risques pourrait s'inscrire. 

* Mission de prévention des conduites à risques, Conseil général de la Seine-Saint-Denis, Betty Azocar, Patricia Echevarria, Michel Joubert, Evelyne Dorvillius, Hugo Fillaudeau, Marie-Thérèse Gaudier, Laurence Digard, Yannick Franciette, Cathy Lohé.

Quand les fragilités affectent le système relationnel, les conduites à risques sont d'abord une manière d'agir sur la souffrance morale en cherchant à réguler les émotions et les affects.

Quand les causes relèvent davantage de difficultés économiques, les prises de risques renvoient à des impératifs de survie.

Quand les tensions proviennent des problématiques culturelles et de socialisation, les conduites à risques peuvent représenter une manière de s'affirmer, de se faire reconnaître et de trouver une place socialement valorisée.

Ces sphères spécifiques peuvent également se croiser et produire des effets conjugués : les vulnérabilités s'en trouvent alors amplifiées².

Il ne s'agit pas de juger ici les conduites à risques comme les attributs d'individus particuliers : ni comme une entité clinique, encore moins comme un diagnostic de dangerosité visant des groupes sociaux spécifiques, sur lesquels il s'agirait d'exercer un contrôle social. Elles tendent simplement à devenir, chez certaines personnes, des éléments structurants de parcours et de styles de vie, inscrits dans des rapports et des contextes sociaux déterminés.

Les processus de fabrication des conduites à risques

Au cours des travaux que nous avons menés, des professionnels des secteurs préventifs, sociaux, sanitaires,

éducatifs, socioculturels et judiciaires ont analysé les logiques de production sociale des conduites à risques à l'œuvre dans le département. Cinq processus principaux, qui peuvent se conjuguer et que je n'ai pas la place de développer ici, sont particulièrement actifs dans la fabrique des vulnérabilités et des comportements extrêmes :

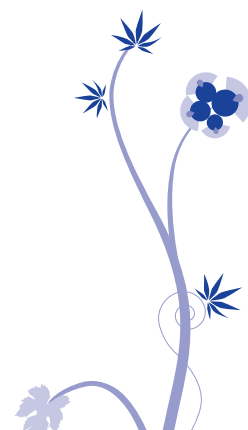
- La précarisation, l'enclavement, le sentiment d'humiliation et le besoin de reconnaissance ;
- La fragilisation des lieux de socialisation traditionnels (famille, école, quartier) et les tensions de genre ;
- « L'école de la rue » et ses microtrafics ;
- Les discriminations, les conflits de culture et la vie en clandestinité ;
- Le basculement dans l'errance.

Les freins à l'action préventive

À partir de cette mise en lumière, le constat est dressé de l'insuffisance des réponses publiques aux processus producteurs de conduites à risques. Le déficit d'accès aux soins psychiatriques (notamment en pédopsychiatrie) est endémique en Seine-Saint-Denis. Un nombre toujours plus important de personnes en grande souffrance psychique, et qui ne sont pas suivies, arrivent dans les services et établissements sociaux. Peu formées aux questions de santé mentale, les équipes sociales rencontrent des difficultés majeures pour accompagner ces publics. Les collaborations entre les services de psychiatrie et l'action sociale sont très inégales et ne favorisent pas toujours la mise en œuvre d'un soutien adapté et de qualité.

Outre les zones d'ombre et les vides des politiques publiques, les difficultés d'accès à l'aide et aux soins ont des dimensions sociales et culturelles. Ainsi, les

2. C'est ce que Robert Castel appelle la désaffiliation (précarisation conjointe des liens au travail, des liens familiaux et de la citoyenneté). Cf. « De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. Précarité du travail et vulnérabilité relationnelle », in Donzelot J. (dir.), *Face à l'exclusion, le modèle français*. Paris, Esprit, 1991. Cf. également Joubert M., Chauvin P., Facy F., Ringa V. (eds.), *Précarisation, risque et santé*, éd. Inserm, 2001



expériences négatives avec les institutions (contrainte, contrôle, disqualification, discrimination, incarcération, médicalisation) sont souvent à l'origine d'un enchaînement de scénarios de rupture, de méfiances mutuelles, de manipulations et de rejets des professionnels, des institutions, des élus. Le décalage est croissant entre les familles des quartiers et les professionnels des différentes institutions. Cette fracture est facteur de souffrance pour les habitants, mais aussi pour les acteurs de terrain. Ces ruptures ont pour conséquence une absence globale de demandes (ou tout au moins de formulations) par fierté, par crainte diffuse du contrôle et des ennuis supplémentaires, par manque de savoir-faire ou par peur d'être étiquetés « fous », « jeunes à problèmes », « toxicos ».

La détresse morale éloigne aussi des institutions. Usées moralement, des personnes ne se sentent plus en état d'agir sur leur vie, d'avoir une démarche d'introspection et des projets. Suite à une série de disqualifications et d'expériences de rejet, elles peuvent avoir le sentiment de ne « rien valoir », de n'avoir de place nulle part ; elles se sentent alors inutiles, s'ennuient. Groupes et individus réagissent chacun à leur manière à ces situations : tomber malade, se révolter, s'engager dans des activités déviantes, consommer des psychotropes...

De plus, la sectorisation rigide et l'approche mono-professionnelle sont peu efficaces quand les personnes sont aux prises avec des processus de précarisation globaux. Quand ils sont systématiquement renvoyés à leur strict registre de compétence, les professionnels ne sont pas dans les meilleures conditions pour échanger avec d'autres secteurs et participer à une réflexion plus globale. Chacun en reste à son angle de vision des réalités des jeunes et des familles, ce qui permet difficilement d'accéder à la palette de ressources et des compétences indispensable à l'action préventive. Dans un même quartier, les travailleurs sociaux, les équipes éducatives, les soignants et les acteurs de prévention ont souvent peu de rapports entre eux. Les liens sont tout aussi difficiles avec les spécialistes de la santé mentale. Le développement de la politique de secteur a souvent abouti à des alternatives à l'hospitalisation. Mais ce dispositif manque de lisibilité, il est mal connu et les acteurs de prévention n'identifient que l'hôpital psychiatrique, dont ils ont une mauvaise image ; quant aux jeunes, le plus souvent ils ne veulent même pas entendre parler de l'institution psychiatrique.

Par ailleurs, l'impact de la distance sociale semble s'intensifier. Une tendance globale à l'éloignement des mondes sociaux rend les modes d'intervention classiques de moins en moins opérants. Le décalage s'aggrave entre ce qui est traditionnellement proposé par les professionnels de l'action éducative, socioculturelle, d'insertion, sanitaire et sociale et la sensibilité, les modes de vie, l'hostilité, voire l'état des personnes, dans certaines couches sociales. L'approche technicienne de ces publics est souvent vaine. En rupture de liens et de

rêves, ils ont des difficultés à s'inscrire dans les logiques de projet (école, insertion, vie personnelle, activité). Conséquence directe des problèmes de place et de reconnaissance, beaucoup d'adolescents et de jeunes adultes vivent dans un premier temps la sollicitude et l'action des professionnels sur le mode de la violence symbolique, c'est-à-dire comme une manière supplémentaire de les discriminer et de les stigmatiser.

Les lieux de l'intervention préventive

« La prévention, c'est agir sur les processus de vie et les environnements... »

Identifier les déterminants sociaux des conduites à risques éclaire les champs prioritaires de la prévention et leur donne du sens. Les pratiques préventives doivent prioritairement porter sur les différents facteurs de tensions sociales, culturelles et familiales qui contribuent à introduire des logiques d'excès et des mises en danger compulsives pour les personnes les plus vulnérables³.

Points de prévention prioritaires

- La banalisation de l'économie souterraine et la structuration identitaire des jeunes à « l'école de la rue »
- Le décrochage et l'exclusion du système scolaire
- Les troubles des liens familiaux
- La parentalisation des jeunes
- Les tensions de genre
- Le manque d'écoute et la faiblesse des réponses aux souffrances psychosociales
- La précarisation des liens de citoyenneté
- Les discriminations, conflits de cultures et difficultés liées aux situations de migration
- Le marquage pénal
- Le basculement vers l'errance et la vie en rue
- Les fonctionnements institutionnels rigides
- Le cloisonnement des modes d'intervention
- Les problèmes d'accès aux droits et aux ressources.

Au plan institutionnel, décroisonner les interventions, assouplir et adapter les discours et les réponses apparaît comme éminemment préventif. Se qualifier collectivement en matière de dialogue interculturel, lutter contre l'étiquetage des jeunes et des familles ainsi que les comportements « aut centrés » des institutions deviennent des objectifs essentiels. Le travail collectif d'interpellation des politiques publiques et d'accès au droit prend alors tout son sens préventif. 

3. Les mêmes logiques d'excès peuvent concerner des publics moins fragiles, plus résistants. Ils peuvent également profiter des ressources préventives, mais il s'agit ici d'inverser la tendance générale qui conduit ces publics à être les principaux bénéficiaires des politiques de prévention, alors qu'ils sont aussi déjà les mieux prévenus.

Passer d'une addiction à une autre

Tant en matière de soins que de prévention, le passage d'une addiction à une autre doit être considéré comme un champ de recherches particulièrement ouvert et intéressant.

Une bonne connaissance des risques de transformation d'une conduite addictive en une autre fournirait des indications précieuses, notamment en permettant de distinguer les actions spécifiques à une substance ou une conduite particulière de celles qui relèveraient de la prise en charge des addictions dans leur ensemble.

Or, s'il existe des arguments théoriques et cliniques forts, dans divers domaines, quant à l'existence de ce passage d'une addiction à une autre, la littérature en la matière s'avère peu abondante, et non toujours concordante.

Nous nous proposons de donner quelques exemples de ces arguments, particulièrement en ce qui concerne l'alcoolisme, les toxicomanies et le jeu pathologique, et d'en tirer quelques implications en matière de prévention.

Typologies des addictions et vulnérabilité individuelle

Les raisons théoriques pour supposer un « switch » entre diverses addictions sont nombreuses. La première tient au fait que les différents modèles explicatifs des conduites addictives ne sont guère spécifiques d'une catégorie de substance ou d'une conduite donnée.

Les modèles biomédicaux

Les modèles biomédicaux, même lorsqu'ils font une large place aux effets pharmacologiques des différentes « drogues », admettent généralement que la dépendance peut être de nature comparable pour des substances dont les « cibles » cérébrales sont différentes : c'est l'idée, maintenant répandue, d'une « voie finale commune » des diverses addictions. Ce mécanisme commun à toutes les addictions est de mieux en mieux démontré par la neurobiologie, qui explore le « circuit de la récompense » et ses différents médiateurs, et par l'observation clinique.

Notons d'ailleurs que plusieurs études évoquent un rôle « sensibilisant » des premières substances psychoactives consommées, en particulier du tabac. Ce concept est repris avec les notions de « trace », d'« ornière », autant d'images permettant d'envisager la modification des processus cérébraux (sensibilisation neuronale, nouvelle organisation réceptrice, modification des circuits des neuromédiateurs).

Mais, surtout, la plupart de ces modèles sont basés sur l'idée d'une interaction entre une substance et un individu vulnérable ou prédisposé.

La notion de prédisposition renvoie à des facteurs géné-

tiques, environnementaux, éducatifs, ou d'événements de vie, et quantité de recherches s'attachent à isoler des éléments qui permettraient, dans une population, de repérer les individus vulnérables, afin de cibler au mieux les stratégies préventives.

Citons parmi ces recherches celles qui s'attachent à la mise en évidence de traits de personnalité supposés déterminants, et évidemment antérieurs à la conduite addictive.

L'impulsivité et la recherche de sensations ont ainsi souvent été mises en avant pour rendre compte des versants les plus activement risqués, transgressifs, voire « psychopathiques » des toxicomanies aux drogues illicites, mais aussi de l'alcoolisme ou du jeu pathologique.

Qu'il s'agisse de jeux de hasard ou de conduite routière avec facultés affaiblies par l'usage d'alcool, les stratégies visant à promouvoir « le jeu responsable » ou la sobriété au volant finissent inexorablement par se heurter à l'existence d'une frange incompressible de « récidivistes », de « transgresseurs », de « dépendants », qui ne relèvent plus des mêmes stratégies préventives que la population générale, et ressemblent d'une certaine façon aux toxicomanes aux drogues illicites. Ceux-ci sont en effet l'exemple d'un groupe minoritaire, qui « résiste », d'une façon qui peut sembler irrationnelle, aux mesures préventives les plus drastiques et les plus contraignantes.

Le fait de distinguer avec Cloninger [15] deux grands groupes d'alcooliques, un « type 1 » d'alcoolisme d'habitude ou social, et un « type 2 » impulsif, voire psychopathique, revient à dire que certains alcooliques ont un rapport « toxicomane » au produit. Ils deviennent dépendants de l'ivresse (voir les problèmes du « *binge drinking* »), de la « défonce », contrairement à d'autres pour lesquels l'addiction peut plus facilement être vue comme instauration progressive d'une dépendance à une substance.

Cet alcoolisme impulsif relève donc de stratégies thérapeutiques et préventives du même ordre que celles qui sont mises en œuvre pour les toxicomanies.

Il en est de même pour le jeu pathologique, qui ne doit pas être considéré comme une entité homogène, mais qui implique une distinction entre plusieurs sous-groupes de joueurs. Blaszczyński [11] propose ainsi une typologie en trois groupes : les joueurs « d'habitude », les joueurs « névrotiques », par exemple ceux qui vont surinvestir le jeu comme automédication dans des circonstances de vie anxiogènes ou déprimantes, et les joueurs « impulsifs » ou psychopathiques, comparables à des toxicomanes au jeu.

Au regard donc de ces typologies et de cette notion de prédisposition ou de vulnérabilité, le partage devrait

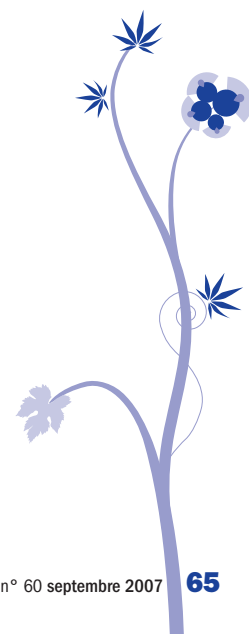
Marc Valleur

Psychiatre, médecin directeur du centre Marmottan

Pierre Poloméni

Psychiatre, hôpital Jean Verdier, Bondy, membre du Haut Conseil de la santé publique

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 83.



moins se faire entre alcoolisme, toxicomanie, ou jeu pathologique, mais plutôt entre sujets impulsifs, psychopathes, transgresseurs d'un côté, de l'autre des sujets ayant « névrotiquement » cherché une automédication dans le jeu, l'alcool ou les drogues, et enfin ceux pour qui l'addiction est le résultat des habitudes de vie, de la pression sociale, etc.

Les modèles psychanalytiques

Les modèles psychanalytiques, de façon générale, vont aussi la plupart du temps mettre l'accent plus sur des facteurs généraux, communs à un ensemble de conduites addictives, même si le sens spécifique, pour un sujet donné, du « choix » de tel produit ou de telle conduite prend, dans des approches de « sens », un relief particulier.

E. Glover [24] fut sans doute le premier à avoir clairement énoncé que le transfert d'addiction, d'une substance à une autre, devait être considéré plus comme la règle que comme l'exception : *« Il n'y a maintenant plus de doute que les effets pharmacologiques des drogues n'ont pas, dans les addictions dangereuses, une part aussi spécifique qu'on peut le supposer dans les cercles extérieurs à la psychologie. Dans certains cas d'addiction, où un substitut inoffensif était choisi (dans un cas, le sucre était utilisé en ce sens), j'ai observé que la même compulsion servile s'attachait au substitut et que la privation du substitut libérait des charges massives d'angoisse. »*

L'accent des recherches analytiques peut porter sur la personnalité dépendante, sur les états limites ou border line, et s'oppose alors à l'idée d'un processus addictif purement et simplement causé par l'effet de telle ou telle substance.

Il peut aussi porter sur le type de relation d'objet, voire sur la construction par le sujet du besoin de dépendre d'un objet extérieur inerte et maîtrisable, et, ici encore, il n'y a guère de nécessité théorique à introduire une spécificité de tel ou tel objet d'addiction.

Le choix d'un objet particulier tient à la singularité de l'histoire du sujet, mais la possibilité de substitution indiquée par Glover [24] existe toujours.

Il serait possible de passer à ce crible la plupart des nombreux modèles qui ont été proposés comme explication des diverses addictions, et de montrer que la plupart impliquent, presque comme une nécessité logique, la possibilité de ce passage d'une addiction à une autre.

Une notion comme celle d'« état dissociatif » (Jacobs [21]) souligne par exemple le fait que ce qui est cherché par la plupart des « addicts » dans une substance ou une conduite n'est pas un effet précis — un effet anxiolytique, antidépresseur, excitant, comme ceux que cherchent à obtenir les chercheurs de laboratoires pharmaceutiques —, mais un état « autre », une rupture par rapport à l'état de conscience habituel.

De même, la critique de la notion de maladie addictive et de drogue par Stanton Peele [44] est fondée sur le

fait que c'est d'abord d'une expérience qu'un sujet devient dépendant, et non d'une substance chimique précise...

Les polyaddictions

Les recoupements d'addictions, le fait qu'un sujet puisse, en même temps, être « addict » à plusieurs substances ou conduites, est aussi une évidence qui renforce cette idée de possible « substitution ».

Cela est évident à l'intérieur du champ des toxicomanies, où le terme de « polyconsommation » vient confirmer que la dépendance à un produit unique est plus l'exception que la règle.

C'est de ce constat que provient d'ailleurs, au début du siècle, le mot de toxicomanie, tant il devenait fastidieux de désigner les patients avec des termes aussi compliqués que, par exemple, « morphino-héroïno-cocaïnomanes » (Dugarin et Nominé [20]).

Dans le champ de l'alcoolologie, ce constat de la prédominance des « polyconsommations » est presque aussi net, surtout si l'on inclut dans les substances d'abus le tabac, à côté du cannabis et des médicaments psychotropes.

Le statut légal différent de l'alcool, du tabac, des drogues illicites conduit certes à une sélection sociale d'usagers différents : il paraît logique que les plus impulsifs et transgresseurs choisissent plus facilement les substances illicites, selon une intrication complexe des problématiques de la dépendance et de la délinquance.

Ce fait, qui est en grande partie à l'origine de la séparation des dispositifs spécialisés, a contribué à une vision mythique de « la drogue », résultat d'une construction où le même objet est rendu responsable de son potentiel de dépendance et du potentiel d'impulsivité et de transgression de ses utilisateurs.

En dehors des « polyconsommations », le recoupement des addictions entre elles est retrouvé dans la plupart des études épidémiologiques : il y a plus d'usage de drogues illicites parmi les alcooliques que dans la population générale, plus de joueurs pathologiques parmi les alcooliques, plus d'alcooliques parmi les joueurs...

Il est même important en clinique de noter que le « déni », la négation d'une consommation, peut, pour un même patient, ne concerner qu'une addiction, une autre étant mise au-devant de la scène. Ce « déni » concerne le plus souvent l'alcoolisme, qui est farouchement nié par nombre de toxicomanes, alors même que l'alcool est dans leur cas le produit dont l'usage est à la fois le plus problématique dans leur équilibre psychique, et le plus dangereux au niveau somatique. C'est aussi le cas pour un nombre certain de joueurs pathologiques : il est admis que l'usage d'alcool est un facteur aggravant, souvent associé à l'abus de jeu, mais qui n'est pas toujours facile à évaluer cliniquement, au début d'une prise en charge.

Cette fréquence des « polyaddictions » est l'un des arguments forts pour que jeu pathologique, toxicomanies,

alcoolisme puissent être pris en charge dans des unités polyvalentes d'addictologie (Petry [46]).

D'une addiction à l'autre

Le passage d'une addiction à une autre est par ailleurs souvent relevé en clinique, malgré la relative pauvreté de la littérature en la matière.

Parmi les exemples qui ont donné lieu à de nombreuses publications, il convient de noter la place importante des problèmes d'alcool chez les toxicomanes aux opiacés traités par des médicaments de substitution.

La question est suffisamment prégnante pour avoir fait l'objet de chapitres spécifiques dans les « guides » d'utilisation de la méthadone, et pour justifier la pratique, aujourd'hui très répandue, des « sevrages sélectifs » dans les unités spécialisées dans le soin aux toxicomanes : les sevrages vont concerner alcool ou excitants, alors que l'usage d'opiacés est souvent bien contrôlé, et reste dans le cadre des traitements prescrits.

Une publication (Caputo [14]) soutient certes que l'administration à court terme de méthadone réduit la consommation d'alcool chez les héroïnomanes non alcoolodépendants. Mais c'est souligner la complexité des situations cliniques, dans lesquelles il est souvent difficile de faire la part entre un usage abusif ou une dépendance préexistante, et un alcoolisme secondaire, « créé » par le traitement.

Les auteurs admettent par ailleurs que, à moyen et long termes, l'augmentation d'usage d'alcool chez les patients traités par méthadone est fréquente.

Mais le passage de la toxicomanie à l'alcoolisme est extrêmement fréquent, et existe en fait indépendamment des traitements de substitution. Comme cliniciens, nous sommes assez souvent tentés – en France du moins — de considérer l'alcoolisme comme une sorte de « voie finale commune » très fréquente en addictologie.

Dans l'autre sens, c'est-à-dire celui du passage de l'alcoolisme à d'autres formes de dépendance, Lahmek [30] a recensé les études portant sur les transferts de dépendance après traitement de l'alcoolodépendance.

La dépendance aux benzodiazépines est dans ce contexte un risque souvent signalé, mais peu d'études permettent une objectivation et une quantification de ce phénomène.

Le passage à l'usage de substances illicites est une possibilité, Lahmek [30] citant une étude de 1983 dans laquelle 65 patients traités pour alcoolisme sur 130 consommaient des drogues illicites après un an de traitement, dont 20 % qui présenteraient un transfert de dépendance.

Ici encore, la clinique tend à montrer que les addictions ne sont pas toujours des entités figées comparables à des maladies chroniques et progressives, et que chez certains sujets il peut y avoir, dans un contexte d'addictions multiples, des phases où l'une prend provisoirement le devant de la scène.

Le jeu pathologique est considéré par certains auteurs (Slutske [56]) comme « variable », plus que comme « chronique », du fait de l'importance des rémissions spontanées et du faible pourcentage de demandeurs de soins parmi les joueurs à problème.

Il est évident qu'un patient toxicomane ou alcoolique peut traverser des phases de jeu compulsif, sans que ces phases soient toujours repérées par les équipes soignantes.

Il peut arriver pour certains patients, alternativement alcooliques, toxicomanes, joueurs, que l'on doive selon le moment décider quelle conduite addictive il convient de considérer comme au-devant de cette scène mouvante... (La même situation peut se retrouver dans nombre de cas, par exemple pour des boulimiques, alcooliques, sex addicts...).

Des risques qui se cumulent

Les implications de ces croisements d'addictions, de ces possibles passages de l'une à une autre, sur le sujet, sont multiples, et concernent tant le champ du soin que celui de la prévention.

À un premier niveau, les risques associés à une consommation ou à un comportement peuvent s'additionner : on observe alors une juxtaposition de pathologies induites (hépatite C et cirrhose alcoolique, cancers liés aux intoxications alcool-tabagiques...).

Il est évident que des sujets « preneurs de risque », impulsifs, chercheurs de sensation, doivent particulièrement tendre à ce type d'addition des conduites dangereuses.

Mais parallèlement à ces facteurs de « prédisposition », il faut aussi tenir compte de l'ensemble des facteurs d'environnement, de style de vie, liés à un type de consommation (voire à une identification à un produit), et susceptibles d'entraîner un « sur-risque » dans d'autres domaines. Cela est bien exploré pour les risques de délinquance ou de criminalité, qui sont associés à la toxicomanie ou à l'alcoolisme de façons variables et complexes (Brochu [13]).

On sait aussi que les prises de risque sexuelles sont plus fréquentes dans certains sous-groupes d'usagers de drogues, et que la prévention ne doit pas cibler que les pratiques d'injection.

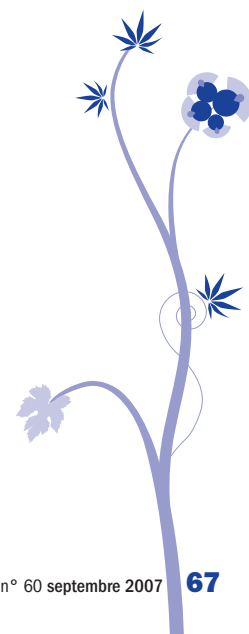
Une étude récente de Petry [47] tend à montrer qu'il existe de la même façon un « sur-risque » sexuel chez des patients alcooliques ou toxicomanes, lorsqu'ils sont aussi joueurs pathologiques...

Sur le plan financier, social et familial, chaque période de dépendance possède ses conséquences nocives propres.

Il faudrait pouvoir élaborer une « réduction des risques » conçue de façon large, pour limiter les pathologies somatiques et appréhender les dommages sociaux.

En conclusion

Le concept d'addiction, en posant des similitudes entre différentes dépendances de produits et comportements,



ouvre plusieurs chantiers. À côté de celui, déjà bien exploré en clinique des polyaddictions, se situe l'idée d'un itinéraire d'un groupe d'usagers passant « au fur et à mesure » d'un comportement à un autre. Les modifications des comportements, dans un suivi au long cours, doivent être soigneusement analysées : devant une nouvelle consommation, par exemple, doit-on évoquer un « sur-risque », une rechute, une reprise, ou un « switch » ? L'environnement associé au changement de comportement ou de produit (incluant le mode de vie, les rituels de préparation ou de mise en œuvre) offre des perspectives pertinentes de travail.

Il est difficile de définir précisément les caractéristiques psycho-socio-démographiques de cette population, d'autant que l'on pourra les rencontrer à tel ou tel moment de leur parcours.

Notons à nouveau la relative carence de littérature objective en la matière. Cela est sans doute explicable au moins par la nécessité d'un suivi de cohorte, ouvert (susceptible d'intégrer des comportements « non prévus ») sur de longues années. Mais aussi par le clivage des champs d'intervention et de recherche, historiquement fondé sur un découpage centré sur les produits (l'alcoolologie étant distincte de la toxicomanie et de la tabacologie, et le jeu pathologique n'étant pas toujours inclus dans les missions des services pour toxicomanes ou alcooliques).

Un intérêt de l'élargissement d'interventions préventives et thérapeutiques à un ensemble de conduites addictives porte aussi sur le repérage précoce de certains troubles : un intérêt « latéral » de la publicité sur les effets nocifs du cannabis et de la mise en œuvre de consultations spécifiques pourrait être le dépistage de troubles mentaux débutants, le cannabis jouant ici soit le rôle de facteur précipitant, soit simplement de catalyseur des angoisses parentales, permettant la consultation...

Au niveau thérapeutique, l'intérêt du rapprochement

des addictions est à la fois évident, mais aussi parfois difficile à mettre en œuvre.

Les cultures institutionnelles, la nécessité pour les soignants de bien connaître l'univers de leur clientèle (le monde de la drogue, le vécu du malade alcoolique, les logiques paradoxales du joueur d'argent...) mais surtout les profils très différents des usagers ne rendent pas le rapprochement des dispositifs toujours aussi aisé que le souhaiteraient des entrepreneurs de santé publique.

Mais on note que, souvent, les passages d'une addiction à l'autre ne se traduisent pas – même lorsque les dispositifs sont très clivés – par un changement systématique de soignant ou d'institution : il est difficile, par exemple, d'accepter en première intention tous les patients alcooliques dans une consultation dédiée aux usagers de drogues illicites. Mais un ancien toxicomane devenu alcoolique y gardera le plus souvent sa place, sa conduite y étant abordée dans sa continuité (qu'elle soit vécue comme une étape dans une évolution progressive, ou bien comme un échec poussant à réviser les stratégies...).

Enfin, en matière de prévention, un choix difficile se présente : une ouverture trop large des messages (« prévention de la dépendance ») perd de sa pertinence et de sa force. Un objectif précis ciblé sur un produit est plus facile à construire, mais ne concerne qu'une population à un moment donné. Il serait intéressant d'approfondir un constat clinique : certaines propositions thérapeutiques peuvent avoir une certaine valeur préventive. Les consultations pour dépendance aux jeux en réseau chez des adolescents ou de jeunes adultes, par exemple, ont l'intérêt de mettre en évidence un risque de fonctionnement addictif chez des sujets jeunes, n'ayant parfois pas encore l'expérience des usages de substances ou du jeu d'argent. On peut espérer que le travail effectué lors d'une première prise en charge aura un impact positif sur leur évolution. 

Vers la reconnaissance et le financement de la prévention

Parce que la consommation des produits psychoactifs constitue un déterminant majeur de morbi-mortalité et pèse lourd en termes de coût social et humain, la prévention des conduites addictives doit constituer un axe prioritaire de la politique de santé publique.

Pour autant, cette prévention, comme la prévention en général, continue d'occuper une place secondaire dans le système de santé français, qui s'est développé en priorité autour de la démarche curative¹. Depuis plusieurs décennies, et avec la médecine moderne, la préoccupation principale reste en effet la maladie et la médecine plutôt que la santé en tant que telle. Une « culture de la prévention » est donc encore à construire.

La prévention la mieux reconnue est celle qui se réfère au modèle médical pour proposer des programmes d'actions individualisées et médicalisées. L'exemple de la vaccination où l'on retrouve le schéma de la relation individuelle patient/médecin au cœur de la démarche curative constitue le paradigme qui entretient la conception « médicale » de la prévention. C'est aussi le cas des stratégies de repérage et d'intervention précoce qui procèdent de cette conception et considèrent les professionnels de santé comme les premiers agents de prévention en les mobilisant autour d'un « acte médical » individualisé.

Mais la prévention ne peut se limiter à cette seule approche, notamment lorsqu'il s'agit de prévenir l'apparition de dommages induits non plus par des agents pathogènes, mais par des comportements inadéquats. La stratégie est de faire appel à la raison des individus pour les inviter à modifier leur comportement en les informant sur les risques qu'ils courent, ce qui suppose qu'ils perçoivent l'existence du risque pour eux-mêmes.

L'évidence de ces deux approches masque la finalité principale de la prévention primaire : développer les conditions favorables à la santé, donner aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de l'améliorer en prenant en compte leur environnement, permettre aux individus de renforcer leurs comportements sains et d'atténuer ceux qui leur sont dommageables. La prévention ne doit donc pas se réduire à celle de la seule maladie ou des seuls risques. Favoriser et préserver la santé implique des interventions collectives sur les modes de vie et les comportements qui peuvent prendre des formes non

seulement très générales — réglementaires, économiques et médiatiques —, mais aussi des formes de proximité pour impliquer les publics en s'adressant aux communautés ou aux groupes sociaux auxquels ils appartiennent, en considérant leurs besoins, leurs représentations et leurs attentes. Ces interventions constituent les relais incontournables à l'appropriation des connaissances indispensables et au développement de motivations et de ressources personnelles dans une finalité d'autonomie et de responsabilité.

Cette approche vise la construction d'une éducation à la santé fondée sur la démarche positive de promotion de la santé formalisée par la charte d'Ottawa, adoptée le 21 novembre 1986. Elle repose sur une conception globale, dynamique et positive de la santé, qui inclut la promotion des modes de vie aussi bien que l'amélioration des conditions de vie, des facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent et favorisent la santé. Elle constitue la valeur qui sous-tend toute intervention en prévention, en visant à augmenter, chez l'individu et la collectivité, le pouvoir d'agir sur la santé. *La promotion de la santé ouvre ainsi un cadre d'intervention large et appelle une politique globale orientée vers le bien-être.*

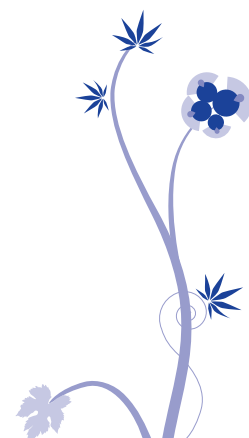
Cette organisation de la prévention s'appuie également sur le continuum entre :

- l'éducation à la santé, conduisant à une prévention primaire collective ou universelle de proximité, impliquant les publics pour leur permettre de faire les choix favorables à leur santé ;
- l'intervention précoce ou prévention primo-secondaire, incluant des stratégies et dispositifs collectifs de repérage, d'accès aux soins et de prévention des risques centrés généralement sur des publics présentant des vulnérabilités spécifiques (jeunes, populations précaires, personnes sous main de justice...) et des actions individuelles de repérage des facteurs de risques et d'interventions ayant pour objet de prévenir l'apparition de la maladie ;
- les prises en charge individuelles, ou prévention tertiaire destinée à réduire les conséquences de la maladie de manière immédiate ou à terme (éducation thérapeutique) et les risques associés.

Ce continuum favorise ainsi la cohérence et l'efficacité globale des dispositifs de santé. Mais si les deux derniers volets sont les mieux promus, le premier reste méconnu en France dans ses finalités et son organisation, et requiert d'être inscrit dans un dispositif national et doté des moyens à la hauteur des enjeux de santé publique actuels.

Alain Rigaud
Psychiatre des
hôpitaux, chef
de service de
l'Intersecteur
d'Alcoologie
Reims, président
de l'Association
nationale de
prévention en
alcoologie et
addictologie

1. La prévention en matière de santé, rapport et avis présenté par M. Guy Robert au nom de la section des affaires sociales du Conseil économique et social.



La prévention primaire en addictologie : les orientations de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa)

Dans le champ de l'addictologie, la prévention doit, pour l'Anpaa, constituer une démarche globale qui prend en compte l'ensemble des facteurs favorisant les pratiques et conduites addictives, et qui s'appuie sur le continuum entre la prévention, l'intervention précoce et l'accès aux soins, les soins et l'intervention sociale. Elle se propose d'intervenir directement auprès des publics concernés pour agir sur les comportements, par des interventions précoces centrées sur la personne en tous lieux, à toutes les étapes de la vie et tout particulièrement dans les moments les plus critiques.

Cette démarche de prévention implique :

- une diversité d'actions intégrées dans une véritable stratégie de prévention de proximité (démarche communautaire, intégration de la santé dans les dynamiques des projets) ;
- une pédagogie participative soutenue par des outils pédagogiques adaptés à chaque public ;
- la formation de personnes et de groupes relais de prévention ;
- des partenariats, ainsi que la promotion et la participation à des réseaux sanitaires et sociaux.

La prévention confrontée à un manque de reconnaissance

Cette prévention de proximité sociétale et citoyenne, que l'on qualifie à ce titre de « prévention universelle », promeut donc l'éducation pour la santé, générale et thématique, bien en amont de la seule prévention sanitaire. Plus de vingt ans après l'adoption de la charte d'Ottawa, elle est toujours aussi mal reconnue en France où sa mise en œuvre souffre d'un manque de cohérence sur le plan des objectifs, de l'organisation et des moyens.

S'il existe en matière de prévention une palette très large d'actions à l'initiative de l'État, des collectivités locales, des organismes d'assurance maladie et des mutuelles ainsi que des associations de terrain, force est de constater que ces actions sont engagées au coup par coup, sans inscription dans un programme territorial qui les mette en cohérence les unes avec les autres sur un territoire donné et dans une temporalité à moyen terme, et qui soit évaluable.

Ce constat a été établi de manière générale en 2003 par l'Inspection générale des affaires sociales² et par la Cour des comptes³ pour la politique sanitaire de lutte contre l'alcoolisme qui reste « le parent pauvre de la politique de santé publique ».

En effet, si des lois et règlements ont été adoptés pour lutter contre les risques liés aux produits psychoactifs et aux comportements de consommation, si le vote en 1991 de la loi Evin relative à la lutte contre le taba-

gisme et l'alcoolisme semblait ouvrir une nouvelle ère dans la prévention et lui donner une reconnaissance institutionnelle, tout se passe comme si l'État pensait avoir réglé le problème des excès et avoir assuré sa part dans cette « lutte ».

Promouvoir une prévention du risque alcool, et plus largement des conduites addictives, exige donc d'aller plus loin pour mener des actions directement auprès du public, ce qui suppose d'abord de les inscrire dans un cadre cohérent et durable pour permettre de mobiliser ensuite du temps, des ressources humaines compétentes parce que formées, des outils et... des moyens financiers pluriannuels adéquats. Or les deux font défaut.

Concernant le cadre, la loi du 9 août 2004 de politique de santé publique a organisé l'infrastructure du dispositif avec principalement les conférences et groupements régionaux de santé publique (CRSP et GRSP) pour mettre en œuvre les plans régionaux (PRSP), mais n'a rien prévu pour la superstructure, c'est-à-dire la gouvernance régionale et territoriale, comme le relève la Conférence nationale de santé publique⁴. Concernant les financements, ceux-ci deviennent pour les opérateurs aléatoires du fait à la fois de :

- l'accroissement des contraintes budgétaires et de la baisse globale et nationale des financements alloués à la prévention de proximité, souvent considérée comme une variable d'ajustement ;
- le nombre des priorités à traiter dans chaque région et celui des intervenants qui prétendent y répondre, ce qui induit un effet « inflationniste » sur le nombre de fiches-action adressées au GRSP et en retour un effet de saupoudrage des financements alloués ;
- les disparités régionales dans les procédures d'instruction des appels à projets dont les modalités ne sont pas fixées nationalement et comportent bien des obscurités quant aux critères retenus pour décider d'allouer ou non des financements aux projets d'actions déposés par les opérateurs ;
- les difficultés liées à la mise en place des GRSP et à leur appropriation des règles du jeu.

La conjugaison de ces difficultés et incertitudes avec l'absence d'une gouvernance suffisamment claire entre décideurs, financeurs et opérateurs induit de lourdes conséquences, à la fois sur la mise en œuvre des programmes d'action et sur l'emploi en termes de réduction de temps de travail et de licenciement économique, qui plongent les opérateurs associatifs de prévention de proximité dans un profond malaise. C'est ce qu'ils ont tenté à plusieurs reprises de faire entendre, et notamment au cours de l'automne 2006 à l'occasion des États généraux de la prévention.

Vers un contexte plus favorable à la prévention ?

Face à ce constat, il leur semble indispensable que l'État :

4. Conférence nationale de santé. Projet de note d'orientation pour l'avis relatif à « La gouvernance régionale et territoriale des politiques de soins et de prévention ». Non publié.

2. Igas, rapport annuel 2003 : Santé, pour une politique de prévention durable, La Documentation française, Paris 2003, 399 p.

3. Cour des comptes : rapport public 2003, La politique sanitaire de lutte contre l'alcoolisme, p. 415 à 452.

- définit de manière claire les grands objectifs de la prévention, avec parmi eux les addictions ;

- développe une politique publique mieux coordonnée entre l'État, l'assurance maladie et les mutuelles, les collectivités territoriales et les opérateurs ;

- mobilise des moyens nouveaux par des dispositifs pluriannuels pour être à la hauteur des enjeux actuels de santé et développer de manière cohérente et sur le moyen ou long terme des programmes d'actions territorialisés.

Il s'agit de constituer un véritable dispositif de prévention primaire et de doter ses opérateurs d'un statut juridique avec un socle de moyens suffisamment pérennes à l'aide de contrats d'objectifs pluriannuels. Avec un calendrier d'instruction des projets adapté, ce dispositif leur permettra d'assurer une meilleure gestion des projets, des budgets et des ressources humaines, et par là même une meilleure conduite des actions. Parallèlement, les pratiques doivent être évaluées et il convient de définir collectivement les référentiels de bonnes pratiques en matière de prévention afin de démontrer son efficacité.

Suite à cette interpellation des associations et dans le cadre des États généraux de la prévention, le ministre de la Santé a défini cinq priorités comprenant quinze mesures⁵, dont la « Mesure 15 » qui a pour objet de « faciliter la mobilisation des associations qui interviennent en prévention ». Sa mise en œuvre s'est engagée sous l'égide du ministère par la mise en place de deux groupes de travail, l'un sur le problème des procédures et d'une pérennisation suffisante des financements de la prévention, l'autre sur la mise en place d'un référentiel qualité pour les actions de prévention.

Les opérateurs, et parmi eux les associations, s'en réjouissent. Mais les objectifs ambitieux de cette « Mesure 15 » et l'avancement des travaux engagés seront-ils compatibles avec les difficultés de financement que rencontrent actuellement les associations opérateurs de terrain, qui les obligent déjà à se séparer de leurs collaborateurs formés malgré les besoins qui leur sont exprimés ? La question reste ouverte, car il est à craindre que les conclusions et surtout les décisions administratives qui doivent en découler ne soient pas effectives avant 2008 voire 2009. Il y a urgence à agir, compte tenu de la situation qui fait craindre le pire pour l'avenir même du dispositif de prévention.

Aussi, l'avenir de la prévention en France, et notamment la prévention des conduites addictives, passe par :

- une articulation renforcée entre les politiques publiques, leur déclinaison territoriale (déconcentration et décentralisation) et les opérateurs de prévention de proximité ;

- l'amélioration de la gouvernance régionale et territoriale de la santé publique avec notamment, dans le champ de la prévention, la participation des opérateurs

promouvant et/ou intervenant dans les actions régionales et locales de prévention des conduites addictives à l'élaboration des programmes régionaux de santé publique (PRSP) en concertation avec les groupements régionaux de santé publique (GRSP) ;

- une véritable harmonisation des procédures d'instruction des appels à projets de prévention pour les PRSP : thématiques, cahiers des charges, modalités d'évaluation, etc., de manière à ce qu'ils soient analogues quels que soient les régions et l'échelon territorial en vue de faciliter les mutualisations, les comparaisons, la capitalisation des expériences et l'égalité d'accès de nos concitoyens à la prévention ;

- une véritable transparence des décisions prises par les GRSP reposant sur des critères d'éligibilité des actions de prévention et des opérateurs clairement définis et connus de tous les intervenants, tant pour la phase d'appel des projets que pour les notifications budgétaires ;

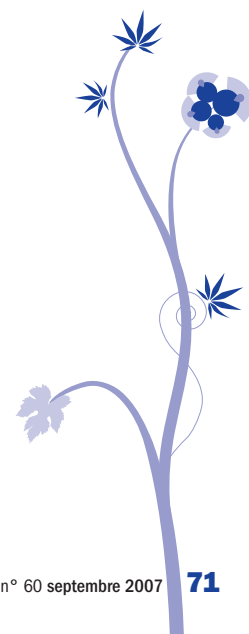
- une stabilisation et une optimisation de l'organisation et du fonctionnement de la prévention de proximité par l'apport des moyens nécessaires à son efficacité et à sa cohérence, ainsi que par le développement de la mutualisation ;

- une poursuite rapide et décisive des travaux engagés à partir de la « Mesure 15 » et relatifs aux modalités de financements pluriannuels et au référentiel qualité des actions de prévention.

Conclusion

Une conception médicalisée de la prévention, centrée sur le risque maladie et soutenue par une organisation référée à la démarche curative et individuelle, a conduit à mettre au second plan ce qui doit pourtant constituer la finalité principale de la prévention primaire : la santé et le développement des conditions qui lui sont le plus favorables, notamment quand il s'agit de favoriser la modification de comportements dommageables. La question de la santé n'est pas que d'ordre médical, elle relève aussi du champ social et éducatif. Méconnaître ces dimensions jusqu'à ne pas organiser suffisamment et clairement le dispositif territorial de prévention de proximité et ne pas donner les moyens à des professionnels éducatifs et sociaux, formés et compétents, d'exercer ces missions est source d'incohérences, de perte d'efficacité et d'inefficience de la politique de santé publique. Cela fait ensuite supporter au curatif – à des coûts non évalués – des missions que d'autres acteurs peuvent conduire en amont... de manière préventive, c'est-à-dire à moindre coût humain et social. Il est plus que temps, pour l'éducation à la santé en général et la prévention des addictions en particulier, de promouvoir un véritable dispositif de prévention de proximité territorialisé et financé s'appuyant sur des stratégies et des outils validés et des opérateurs reconnus. 

5. Ministère de la Santé et des Solidarités, États généraux de la prévention. Cinq priorités et quinze mesures pour donner un nouvel élan à la politique de prévention, 3 janvier 2007.



Quelle efficacité attendre des mesures légales et réglementaires de prévention des conduites addictives ?

Si l'interdiction de consommation de tabac a des résultats positifs en termes de réduction du tabagisme, ce n'est pas une mesure suffisante pour la prévention des conduites addictives. D'autres actions, éducatives, doivent être envisagées.

Jean-Louis San Marco

Professeur de médecine, chef du laboratoire de santé publique de la faculté de Marseille

Deux décisions récentes permettent de s'interroger sur l'efficacité des mesures légales et réglementaires dans la prévention des conduites addictives. D'abord le plan de prise en charge et de prévention des addictions pour les années 2007-2011 présenté fin 2006, et le décret interdisant de fumer dans les lieux publics à partir du 1^{er} février 2007.

Le plan présenté le 15 novembre 2006 par le ministre de la Santé a été salué par la communauté des « addictologues » et reconnu comme une avancée dans la prise en charge des addictions. Sa cohérence est digne du problème. Et l'investissement financier massif associé le rend crédible. Et c'est, enfin, d'addiction dont il est question et pas de tel ou tel produit qui peut y mener.

Mais ce plan donne d'entrée de jeu une image restrictive de la prévention, réduite à un objectif de diagnostic précoce. Cette « première exigence » se limite à « permettre à la personne atteinte d'une addiction d'en prendre conscience », lit-on dès les premières lignes [1]. La suite du texte confirme cette orientation. La prévention est réduite à un « repérage précoce et des interventions brèves » (priorité 4, objectif 8). L'éducation pour la santé se limite à une campagne d'information sur les addictions et à l'établissement d'un numéro d'appel unique (objectif 9) !

Le traitement des patients dépendants dès les premières manifestations est envisagé de manière cohérente, mais il n'y a pas un mot de prévention, au sens de prévision du risque et d'anticipation visant à éviter sa survenue. Peu de voix se sont élevées pour dire que, si le programme de prise en charge était adapté à

la gravité du problème, la prévention en était absente. Notre communauté, comme nos responsables, n'envisage la prise en charge des addictions que par la voie thérapeutique, qu'il importe d'entamer le plus tôt possible, en profitant de chaque rencontre pour la mettre en train et la rendre cohérente par l'articulation entre tous les acteurs. Mais sans perspective de prévention.

Sans doute les éléments positifs du plan représentent-ils une telle avancée qu'il était incongru d'insister sur ses manques. Il a seulement un titre un peu excessif : l'allusion à la prévention relève d'un remords inconscient, et c'est un excellent plan de prise en charge des addictions et rien d'autre. Mais il n'est pas très rassurant quant à l'idée que se font nos responsables de la prévention.

L'interdiction de la consommation tabagique dans les lieux publics date, quant à elle du 1^{er} février 2007 et permet un autre type de réflexion. Contrairement aux craintes, cette décision a été bien acceptée par la population générale comme par les fumeurs. Une situation annoncée comme impossible s'est réalisée facilement. L'exemple de l'Irlande (en 2004) et de l'Italie (en 2005) aurait dû nous rassurer !

C'est déjà un succès. Disparition du tabagisme passif dans les lieux concernés, réduction de la consommation de tabac des fumeurs du fait de leur présence régulière dans des lieux publics, diminution de l'inhalation de fumée par ces fumeurs obligés de fumer au grand air...

La lente décroissance de la consommation tabagique va se poursuivre. Diminution du nombre de nouveaux fumeurs, augmentation

des arrêts de consommation. Nombre de fumeurs actuels ou à venir, dont la motivation était faible, ont cessé de fumer ou vont le faire, d'autres ne commenceront pas. Enfin, cette mesure a accompagné la modification de l'image du fumeur : il n'était plus à la mode, il est maintenant marginalisé.

Mais cette mesure présente plusieurs inconvénients. On a imposé cette interdiction, sans s'appuyer sur la motivation des fumeurs. Mais on ne demande pas plus leur avis aux automobilistes, on leur impose, pour le bien de tous, de respecter les feux, les stops et les limitations de vitesse, avec un résultat très positif (même s'il a été tardif) sur la morbidité et la mortalité routière. Mais le « conducteur fou », qui ne respecte rien, ne se sent pas stigmatisé par ces obligations ; il cherche seulement à éviter de se faire prendre quand il les viole. Alors que le fumeur est littéralement montré du doigt ! Conscient de son addiction, de ses difficultés à s'en libérer, le fumeur que sa dépendance empêche d'arrêter sa consommation se sent stigmatisé quand il fait ce qu'il est incapable de ne pas faire. On ne doit donc pas pousser trop loin le parallélisme avec l'automobiliste imprudent. Lui, fumeur et dépendant, se sent rejeté. Où va-t-il chercher le bénéfice qu'il trouvait dans le tabac, s'il s'arrête ?

Interdire ne suffit pas à prévenir l'addiction

Peut-on parler en cette circonstance d'action de prévention d'une conduite addictive ? Oui par son impact sur les fumeurs les moins dépendants qui se sont arrêtés à cette occasion, et sur ceux qui n'ont pas commencé grâce à elle. Oui par son impact sur les fumeurs dépendants que l'inconfort de la situation actuelle, laquelle va encore bientôt s'aggraver, pousse à chercher à se libérer de leur addiction.

Mais quel prix vont payer ceux qui, plus ou

moins fortement, ont été poussés à supprimer leur consommation de tabac ? Quel bénéfice tiraient-ils de cette consommation ? Comment vivront-ils cette perte ? Si l'objectif annoncé est la réduction du tabagisme et de ses dangers, le jugement sur cette action est positif. Si on s'interroge sur la prévention d'une addiction, on doit être plus nuancé.

Est-ce l'addiction dont on veut libérer les patients ou la consommation de tabac que l'on veut réduire à cause de son danger spécifique, et la réduire en la rendant plus difficile ? Dans un cas, c'est la liberté d'un patient que l'on souhaite aider à naître, dans l'autre, c'est le danger auquel il est exposé que l'on veut réduire, au prix d'une liberté encore réduite. Le point commun est la réduction du tabagisme. Mais ses modalités sont radicalement différentes : voulue et souhaitée dans un cas, elle est imposée dans l'autre ! La liberté du sujet, point nodal des addictions, est traitée de façon inverse. Cette différence radicale n'est pas assez soulignée.

Au bout du compte peut-on parler de prévention d'une addiction ? Cette action est une prévention de l'installation d'une addiction au tabac. Face à l'addiction installée, souvent très prégnante, elle ne la prévient pas mais la traite, avec des méthodes brutales certes mais moins cruelles que ne l'est l'addiction subie. Il faut donc, pour être clair, préciser les domaines et les limites de la prévention et du soin.

L'addiction est une perte de liberté. Plutôt que ce danger majeur des addictions, rarement mis en avant alors qu'il explique la difficulté de leur prise en charge, c'est le danger du produit dont on veut protéger le sujet. On cherche moins à le libérer, à faire qu'il retrouve sa liberté, qu'à le protéger malgré lui du produit dont il est esclave. Cet objectif n'est pas trivial, au contraire, mais lorsqu'on veut attendre une cible, il faut d'abord l'identifier. Et une fois

identifiée, choisir le meilleur moyen pour l'atteindre. Dans le domaine des addictions, c'est loin d'être le cas.

Cette mesure est donc toujours une prévention des risques tabagiques, mais pas directement une prévention d'une addiction. Les lois et règlements doivent encadrer les produits qui peuvent y mener, préciser où se les procurer, à quel prix, où les consommer... On ne peut pas en attendre qu'ils nous aident à maintenir notre liberté vis-à-vis de ces produits (*a fortiori* vis-à-vis du jeu, d'Internet, des achats compulsifs...)

Pourtant certains auteurs [2] vont jusqu'à écrire que seules les mesures administratives sont efficaces vis-à-vis des addictions. Cela en les opposant aux mesures éducatives dont Foxtrot, dans une énorme méta-analyse, explique pourquoi elles ne sont qu'exceptionnellement efficaces [3]. Essentiellement car, trop souvent calquées sur les mesures thérapeutiques, elles sont administrées brièvement, sans l'investissement dans le temps qui seul peut leur faire atteindre leur but. Encore une approximation conceptuelle très préjudiciable à l'efficacité attendue.

Remarquons en outre que, si elles avaient été si efficaces, on comprendrait mal que deux mesures administratives emblématiques, la prohibition de la consommation alcoolique instaurée aux États-Unis (1920-1933) au Canada (1919-1920) et en Finlande (1919-1933) comme l'interdiction après 23 heures de la distribution d'alcool dans les pubs, appliquée en Grande-Bretagne de la Première Guerre mondiale jusqu'en 2005, aient toutes été abandonnées, preuve faite de leur inefficacité.

Préciser les objectifs des actions menées

Quelles sont les conditions nécessaires pour qu'une action de prévention des addictions devienne efficace ? D'abord que l'objectif

Références

1. La prise en charge et la prévention des addictions. Plan 2007-2011 (15 novembre 2006).
2. Babor T., Caetano R., Casswell S. et al. *Alcohol no ordinary commodity. Research and public policy*. Oxford University Press, 2003.
3. Foxtrot D.R., Ireland D., Lister-Sharp D.J. et al. *Primary prevention for alcohol misuse in young people*. Cochrane Library Chichester, John Wiley & Sons, 2004.
4. San Marco J.-L. « Éléments d'une politique de prévention des addictions ». In : *Traité d'addictologie*, Reynaud (dir.) Paris : Flammarion, 2006.
5. Cornier K. « Addictions : alcool, tabac et drogues illicites ». In : *Traité de santé publique* 344-351 Bourdillon F. Brückner G. Tabuteau D. (dir.). Paris : Flammarion, 2005.
6. Conseil économique et social. « La prévention en matière de santé ». Avis du 26 novembre 2003, JO du 3 décembre 2003, 41103-0024 : 3-157, 2003.

en soit précisé, la cible de l'action déterminée. Or l'interdiction de fumer dans les lieux publics a trois objectifs distincts. En premier lieu, la prévention du risque tabagique, ensuite un traitement des addictions tabagiques installées, et enfin une prévention des addictions tabagiques à venir.

Quant au plan 2007-2011, la prévention n'est guère qu'évoquée dans le titre et l'objectif est ailleurs ! Cette précision indispensable, et qui manque à des titres divers dans ces deux exemples, permet seule d'espérer, ensuite, une éventuelle efficacité. On comprend que si efficacité on peut attendre, elle ne peut être que partielle. Une fois précisé l'objectif retenu, il importe qu'il soit cohérent avec le problème posé.

Le manque de précision dans les concepts rend compte d'une bonne part de l'inefficacité des mesures réglementaires. Ce manque de précision est fréquent dans le champ de l'addiction où le processus d'addiction est oublié derrière le produit en cause. On le retrouve dans les mesures de prévention en général, où la prévention annoncée est occultée par la réflexion curatrice largement dominante.

Mais bénéficieraient-elles d'un objectif

précis, cohérent et opératoire que les mesures administratives ne pourraient pas atteindre un objectif au-delà de leurs possibilités : établir un cadre réglementaire optimal qui permette à la liberté de chacun de s'exercer [4].

Devant le manque d'efficacité de mesures qui semblent fondamentales, une action éducative, installée dans le long terme et visant à promouvoir la liberté du sujet vis-à-vis des produits qui donnent du plaisir, est difficile à proposer. Notre société ne les envisage qu'avec réticence [5]. On peut éclairer cette réserve par le contraste du comportement préventif observé lors de deux périodes de découverte du jeune enfant.

Lors de la première autonomisation, vers 18 mois, on privilégie l'apprentissage de la gestion d'un environnement dangereux, avec un accompagnement permanent et l'interdiction des seuls dangers ingérables.

Lors de l'autonomisation de l'adolescence, au contraire, notre société se rétracte sur un autoritarisme frileux. Manque de clarté tant vis-à-vis des produits et des comportements en cause : sexe, alcool, drogues... ou vis-à-vis de l'autonomisation de l'adolescent ? La réglementation alors prime sur l'éducation.

Ce n'est pourtant que dans ce cadre que l'on peut espérer des résultats, l'éducation et la promotion de l'individu étant les seules à pouvoir maintenir la liberté de chacun, la seule alternative efficace à l'installation d'une addiction...

Dans un avis de novembre 2003, le Conseil économique et social avait dénoncé la grande difficulté de notre pays à appliquer une réelle politique de prévention [6]. Il indiquait à quel point nous manquait la notion d'anticipation, seule clé d'une politique véritable de prévention. Elle est totalement masquée par l'obsession d'une réaction à la survenue d'un problème, à son traitement, dans lequel nous excellons.

Nous gérons bien la crise, la catastrophe, la gravité de la situation permettant des mesures rigoureuses. Nous n'avons pas la même aisance dans la gestion du risque. Lequel nécessite des mesures plus nuancées, la prise en compte du temps, et par-dessus tout l'apprentissage de la population exposée à la participation active à la gestion de ses risques.

« N'ayons pas peur... » 

Recherche du bonheur et conduites addictives

Après une présentation des différentes approches de la notion de bonheur et de ses rapports à l'addiction, l'auteur s'interroge sur les relations ambiguës et ambivalentes de l'acceptation des choix individuels avec les normes sociales qui les tolèrent.

Serge Boarini

Professeur de philosophie, attaché temporaire d'enseignement et de recherche, IUFM de Grenoble, université Joseph-Fourier, membre du Haut Conseil de la santé publique

« [...] comme vous avez l'air morose !
Ce qu'il vous faut, c'est un gramme de soma »

Aldous Huxley, *Le meilleur des mondes*¹.

« **T**ous les hommes recherchent d'être heureux. Cela est sans exception, quelques différents moyens qu'ils y emploient. Ils tendent tous vers ce but. » Cette pensée souvent citée de Pascal (S 181)² oppose l'unicité d'un même but, le bonheur, et la multitude des chemins qui peuvent y conduire. Elle oppose aussi l'universalité de ce but et la diversité des moyens, car s'il est de fait que sans exception aucune tous les hommes cherchent d'être heureux, en revanche chacun trouve son bonheur où il le peut. Enfin, elle oppose un but dont l'idée est clairement connue à un ensemble de procédés qui peuvent faillir. En d'autres termes, il n'y a pas de recettes certaines pour nous amener au bonheur : il n'existe pas d'art ni de technique qui puissent nous indiquer exactement comment y parvenir. Unicité, universalité et certitude d'un but, d'une part ; multiplicité, diversité et incertitude des moyens pour atteindre le bonheur d'autre part. Mais tout notre sujet est là : au nom de quelles valeurs morales condamner le bonheur trouvé dans les conduites addictives puisqu'il semble être de la nature même de l'homme de chercher le bonheur par toutes les voies qui s'offrent à lui (le bonheur *dans* l'addiction) ? D'autre

part, comment fonder le jugement qui contesterait la légitimité du bonheur procuré par les conduites addictives (le bonheur *par* l'addiction) ? Reprenons nos deux questions. La première concerne la qualité morale du bonheur que procureraient les conduites addictives : elle serait moindre que celle que donnent les conduites socialement approuvées (la promenade dans la nature, le chant du rossignol, un rendez-vous espéré). L'autre concerne l'incertitude de ce bonheur donné par les conduites addictives : comment être heureux s'il faut sans cesse chercher l'argent nécessaire au jeu, se soustraire aux normes sociales du travail, cacher sa conduite à ses proches, souffrir au plus profond de sa chair ? Que *vaut* moralement un tel bonheur ? Un tel bonheur peut-il être légitimement appelé du bonheur ? À ces deux questions s'ajoute une troisième : est-il pertinent de distribuer les bonheurs en deux tableaux : ceux qui viennent d'une addiction acceptable et ceux qui viennent de conduites socialement et moralement dépréciées ? Peut-on fonder un jugement sur la nature du bonheur, notion tellement subjective que l'on finirait par croire qu'elle est laissée à l'appréciation individuelle de chacun ?

De la nature du bonheur

Le bonheur par la satisfaction des conduites addictives est rarement considéré comme un bonheur *digne*. Entendons-nous préalablement sur les mots. Le bonheur peut se définir comme un état de bien-être, état que je ne maîtrise pas, ni pour le faire naître ni pour le faire durer, et un état de bien-être que je ne m'explique pas à moi-même. Il m'envahit et

1. Aldous Huxley, *Le Meilleur des mondes* (1932), Paris, Pocket, 2006 (trad. française), p. 80.

2. Blaise Pascal, *Les Provinciales. Pensées*, Paris, Librairie générale française, 2004, p. 915.

fait naître le désir de le prolonger³. Ajoutons encore que le bonheur se conjugue semble-t-il au passé : nous avons été heureux et nous ne le découvrons que quand nous ne le sommes plus. C'est Rousseau qui déplore les années qui l'ont séparé de M^{me} de Warens ; c'est le vieil académicien Pagnol qui s'émeut des menus plaisirs du petit Marcel qu'il n'est plus ; c'est Adam qui se retourne sur le Jardin dont il vient d'être chassé. Enfin, l'état de bonheur est un état de *bien-être* et pas seulement de *mieux-être* comme le serait celui qui succède, grâce à des médicaments, à une migraine ou à des spasmes intestinaux.

Le bonheur que donne l'addiction se démarque des caractéristiques précédentes sur plusieurs de ces points. Le bonheur de la conduite addictive est un bonheur de *récompense*. Il est reçu au terme d'un effort qui ne vise que lui : l'ivresse, un état de conscience altéré, un sentiment exacerbé de son existence. S'agissant de sa *modalité*, ou encore de la nature de la relation entre le moyen choisi et le but poursuivi, la personne dépendante sait quel ressort mettre en œuvre pour atteindre l'état qui lui est si cher. Concernant la *temporalité*, il s'agit d'un bonheur *au présent* : on ne parlera pas du bonheur de l'attente pour certaines formes d'addiction. Tout au contraire, l'attente n'est pas un relais qui relie ce que je fais à ce que je veux qu'il soit ; elle est un délai qui délite mon rapport au monde. Quant à sa nature, le « ce en quoi » consiste ce bonheur, c'est le bonheur du plaisir ou celui de la *plénitude des sensations*. Enfin, ce bonheur est également a-social : il ne tient pas compte des exigences du monde du travail, des mœurs. Même s'il contribue au bien-être de tous parfois, comme le montrent les revenus des jeux et des ventes licites de certains produits (alcool, tabac).

Plusieurs raisons ont donc porté à condamner le bonheur issu de l'addiction. Il a été dévalorisé parce qu'il est le fruit de la *perte*. Il est d'abord le fruit de la perte de *contrôle de soi*. Or rien n'était plus important que ce contrôle de soi dans la plupart des morales antiques. Plutarque rapporte que l'on saoulait les hilotes afin de les montrer en exemple aux jeunes Spartiates et de les détourner ainsi de ces conduites viles (*Vie de Lycurgue*, XXVIII, 7-9). Ce bonheur est aussi la perte de la *connaissance de soi* : ivresse ; hallucinations ; états d'exaltation. Il relève,

3. « Si je dis à l'instant : Reste donc ! tu me plais tant ! Alors tu peux m'entourer de liens ! Alors je consens à m'anéantir ! », Goethe, *Faust*, Cabinet d'étude, Paris, Garnier-Flammarion, 1964 (trad. française), p. 77.

dans la typologie des jeux dressée par Roger Caillois, de l'*ilinx*⁴, de cette forme primitive du plaisir né du vertige et de la chute⁵. Il est aussi la perte du *temps*. Perte du temps social qui aurait pu être mis à profit pour produire, perte du temps politique qui requiert de chaque citoyen lucidité et disponibilité – tout particulièrement dans une Athènes démocratique où chaque citoyen devait participer à l'*ecclésiast*. Perte de *son* temps également : le sensuel et le débauché manquent leur vie. Rien n'est plus édifiant que le personnage d'Alcibiade dans le *Banquet* de Platon. Voilà un jeune homme prometteur, amoureux de Socrate, qui, mal conseillé et livré à la boisson, vieillira en homme nuisible aux intérêts de l'État.

Une autre série de facteurs l'a fait condamner : le calcul des conséquences et la balance des risques et bénéfices. En effet, dans une vision utilitariste pour laquelle il s'agit de maximiser le bien-être de tous, les conduites addictives dérogent à cette maximalisation du bonheur. En effet, l'individu, pris isolément, s'expose à des conséquences lourdes concernant sa santé ou son insertion sociale. Quant à la société prise dans son ensemble, elle prend en charge la personne dépendante ou les conséquences de ses actes : soins, coûts engendrés par les délits et les crimes traditionnellement imputés à ces conduites. Pourtant, l'incitation constante aux jeux ou la permission, encadrée ou non, de consommations légales de produits taxés et sur lesquels parfois pèse un monopole (le tabac) contribuent à maximaliser les finances publiques tout en maximalisant les risques individuels et les risques de santé publique. La valeur morale retirée aux conduites addictives se trouve à nouveau réaffirmée : comment discréditer *moralement* des conduites pernicieuses pour la santé individuelle mais fructueuse pour les caisses de la collectivité et, par

4. « *Ilx* ». – Une dernière espèce de jeux rassemble ceux qui reposent sur la poursuite du vertige et qui consistent en une tentative de détruire pour un instant la stabilité de la perception et d'infliger à la conscience lucide une sorte de panique voluptueuse. Dans tous les cas, il s'agit d'accéder à une sorte de spasme, de transe ou d'étourdissement qui anéantit la réalité avec une souveraine brusquerie », R. Caillois, *Les Jeux et les Hommes*, Paris, Gallimard, 1964, p. 67.

5. Caillois opère lui-même ce glissement entre *ilx* et addiction, *ibid.*, p. 114-118. Notamment : « Pour acclimater le vertige dans la vie quotidienne, il est nécessaire de passer des prompts effets de la physique aux pouvoirs louches et confus de la chimie. On demande alors aux drogues ou à l'alcool l'excitation désirée ou la panique voluptueuse que dispensent de façon brutale et brusque les engins de la foire », p. 114.

voie de conséquence, avantageuse à toute la collectivité ? C'est donc sous un autre angle qu'il faut examiner la question.

Les conduites addictives : source de bonheur ?

Si le bonheur vécu dans les conduites addictives ne peut pas être dévalorisé dans son aspect moral (il n'est pas un bonheur *digne*), on peut cependant examiner s'il est légitime de parler de bonheur à son sujet (il n'est pas un bonheur *digne de ce nom*). Le bonheur par l'addiction peut-il être nommé du bonheur ?

Sous un premier aspect, il est bien difficile de refuser au bonheur, à tout bonheur, une dimension addictive : refaire, revoir, reprendre ce qui plaît et qui nous porte dans un état de plénitude, cela semble ne faire qu'un. Cela fait de la recherche du bonheur une caractéristique de toute addiction. En ce sens le bonheur des conduites addictives peut partager quelques propriétés du *rite*. Le rite finit parfois par déterminer une conduite non pas au titre de symbole d'une foi plus importante que les gestes qu'il commande, mais au titre de ce qui conduit à certains états de conscience (l'état d'oraison pour qui égrène le chapelet ou récite des litanies). Le bonheur des conduites addictives exprime donc une propriété du bonheur : être hors de soi pour être pleinement soi. C'est sans doute ce qui rend le bonheur indéfinissable : il est vécu sans que puissent être analysées les causes et les conditions qui le rendent possible. Cependant, la personne dépendante peut agir sur ces causes alors que le promeneur du soir trouve un bonheur auquel il ne s'attendait pas. Si le bonheur est inattendu (le bonheur, ce qui tombe bien, la bonne fortune qui sourit), la personne dépendante sait ce qui la rend heureuse. Faudrait-il en conclure que le bonheur de l'addiction est un bonheur plus authentique que le bonheur ordinaire de tout un chacun ?

Il faut en revenir aux éléments de la définition. Le bonheur est un *état de bien-être*. De là ces trois conséquences qui permettent d'apporter une réponse. Tout d'abord, pour autant que la définition soit exacte, le bonheur est un *état* : il n'est pas un *mouvement*. Une distinction qui nous semble bien subtile départage deux écoles antiques : les épicuriens et les cyrénaïques. Ces deux écoles placent le bonheur dans le plaisir. Mais pour les épicuriens, ce plaisir est un état stable, délimité de part et d'autre par la souffrance, celle du manque et celle de l'excès. Entre la faim qui tarade et l'excès alimentaire, il y a la

satisfaction et la réplétion. Au contraire, les cyrénaïques conçoivent le plaisir comme une force dynamique qui peut être diversifiée et augmentée indéfiniment. Ainsi une conduite addictive devrait être distinguée d'une conduite chronique ou habituelle en cela que la répétition des séquences est, dans ce dernier cas, bornée par deux souffrances (le manque; l'excès). Seconde conséquence : le bonheur est un état de *bien-être*, ce qui est autre chose qu'un état de *mieux-être*. La conduite addictive ne vise pas la plénitude; elle convoite ce qui corrige une souffrance ou ce qui donne l'impression d'améliorer un état. La satisfaction procurée par l'addiction ne saurait donc être identifiée au bonheur. Une dernière considération conforte cette thèse. Le bonheur est inattendu et immaîtrisé : il relève d'une forme d'être qui n'est pas une manière d'être. Une manière d'être serait énonçable et planifiable. Or Kant l'a souligné : le bonheur est un « idéal de l'imagination⁶ ». Il ne forme pas un concept duquel pourraient être déduites l'ensemble des opérations nous y menant infailliblement. Nulle condition du bonheur n'est suffisante : de nouvelles conditions sont sans cesse requises; il nous manque *toujours* quelque chose pour être heureux. Or le bonheur de l'addiction relève d'une manière d'être. Il y a une *manière* d'être alcoolique : toute une existence est orientée par le pôle de l'addiction. Inversement, cela signifie aussi que l'addiction connaît le chemin pour arriver au mieux-être que confère l'objet de l'addiction. Mais faut-il alors croire que le bonheur par l'addiction est un bonheur plus sûr *au moins dans sa démarche* que toute autre forme de bonheur qui va « au petit bonheur la chance » chercher satisfaction ?

Le bonheur par l'addiction est le bonheur du recommencement, de la répétition, de la mise en boucle d'une existence. Lorsque, dans le *Gorgias*, Socrate propose le bonheur simple de celui qui sait se contenir et contenir ses plaisirs, Calliclès lui oppose le bonheur qui ne se contient pas : laisser libre cours à ses désirs, ne pas capitaliser le bonheur (*Gorgias*, 492 e). Telles sont les voies de la vie véritablement vertueuses, c'est-à-dire de la vie d'un homme véritable (*vertu* vient du latin *vir* : l'homme). Il est vain de mettre dans un tonneau percé, tel celui des Danaïdes, les satisfactions : les plaisirs assouvis disparaissent pour renaître aussitôt (493 a-b). Socrate compare les désirs

à l'hydre dont chacune de mille têtes repousse à peine est-elle coupée (*République*, IX, 588 c). Pour Calliclès, le bonheur n'est pas un état d'être. Au contraire, le bonheur est dans le mouvement par lequel on amasse (un bonheur semblable à celui qui se trouve par l'addiction). Cependant le bonheur par l'addiction est le bonheur qui exécute les mêmes séquences. S'il tient du rite, on pourrait aussi dire qu'il tient de l'*instinct* : il va plus sûrement à son terme que la recherche préméditée du bonheur, mais il est enfoncé dans une séquence immuable d'actions dont il ne sait pas sortir. La privation de nicotine n'est pas la seule souffrance de celui qui cesse de fumer : toute une gestuelle nouvelle doit être apprise. Le bonheur par l'addiction est donc une existence mise en boucle par sa nature même : refaire sans savoir comment s'en défaire.

Les conduites addictives : choix individuel et normes sociales

La recherche du bonheur est sans doute une recherche du retour (le paradis, Ithaque, le « vert paradis des amours enfantines », le sein maternel) : elle est nimbée de *nostalgie*. On pourra soutenir alors que le bonheur par l'addiction va tout droit à cette vérité, alors que le bonheur « de tous les jours » la découvre progressivement. Platon évoque, dans le *Phèdre* (244 b-d), la divination parmi les formes de délires capables de faire se ressouvenir l'âme des vérités éternelles contemplées avant la naissance. Dans la poursuite du bonheur de tous les jours, place est laissée au doute, à l'erreur, à la faiblesse : chacun a affaire à *soi*. Le bonheur des conduites addictives est exposé à l'angoisse, au manque, au regard social, aux normes : chacun est *aussi* exposé aux *autres*. Les relations entre la recherche du bonheur et les conduites addictives peuvent être vues de deux façons. La conduite privée laisse chacun à ses choix ; les choix d'une conduite privée sont imbriqués dans un ensemble de choix plus vastes sur lesquels ils ont des conséquences (par les actes de violence, par les atteintes aux liens sociaux, par les coûts qui s'ensuivent). Mais ces deux regards convergent vers le point focal du *choix* : tout ne peut pas être choisi parce que chaque choix individuel s'inscrit dans un ensemble de choix globaux, préalables, révocables. Le bonheur de la cigarette est un choix individuel qui nécessairement compose avec des choix plus vastes qui délimitent le choix individuel (les revenus des taxes – mais aussi les coûts des pathologies induites ; la gestion des dépenses publiques en matière

de santé). Quelles que soient les différences que nous avons essayé de mettre en lumière dans cet article, le bonheur par le laudanum (De Quincey) n'est pas moins véritablement vécu que le bonheur du promeneur solitaire (Rousseau). Mais les deux proposent deux manières d'inscrire la sphère du privé dans la sphère politique commune, seul oecumène pour un ordre stable de coexistence réglée entre les hommes. Avec ces deux risques : faire du consentement individuel la règle de toute conduite au détriment de la communauté ; faire des normes sociales le fondement de toute morale au risque d'exposer les individus à la force du groupe. 

6. Emmanuel Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs* (1785), II^e section, Paris, Delagrave, 1979 (trad. française), p. 132.

La prévention des addictions : un modèle « écologique » pour une politique recentrée sur les jeunes

**Un modèle
écologique et inspiré
des sciences
de l'éducation, c'est
ce que propose l'auteur
pour une prévention
des addictions à la fois
rigoureuse et nuancée.**

Baptiste Cohen
Psychologue, directeur
du service téléphonique
Drogues alcool tabac info service

C'est un paradoxe et un défi à l'épidémiologie : en prévention, plus on est efficace et moins ça se voit et moins on en fait, plus ça a de conséquences. Cette blague n'est pas seulement une manière d'introduire un sujet complexe ; c'est aussi une manière de rappeler que la prévention, comme l'éducation, est toujours sujette à ambiguïtés car elle a toujours plusieurs sens possibles.

Les grandes ambiguïtés de la prévention

La première des ambiguïtés tient à son objet. Pour certains la prévention vise à éviter et limiter les consommations, pour d'autres elle vise à en éviter les dommages. Ça dépend aussi des produits, des époques, des cultures, de l'évolution des connaissances, des conceptions philosophiques ou politiques. Autrement dit, le premier enjeu d'une réflexion sur la prévention est d'en préciser les raisons, les motivations, le sens. Non pas pour n'en retenir qu'un — comme si la simplicité avait le mérite de l'efficacité — mais pour que les actions, les options, les décisions, les choix qui en découlent soient compréhensibles ; pour que les renoncements soient ordonnés à des valeurs supérieures, pour que les efforts soient justifiés par de bonnes raisons. Les plus jeunes par exemple, ne perçoivent pas toujours les dangers d'un comportement qu'ils vivent comme un affranchissement et un plaisir là où les adultes y voient une perte de liberté et une cause de souffrance. À l'exception de dommages immédiatement perceptibles, comme les accidents ou les violences sexuelles, les dangers de la consommation de produits psychoactifs peuvent leur apparaître comme des risques pour ceux qui ne se contrôlent plus

et non pas comme des risques pour ceux qui les découvrent. Plus tard, devant les difficultés liées à une consommation de cannabis dont certains n'arrivent pas à se défaire ou qu'ils n'arrivent pas à réduire, les plus âgés, les jeunes adultes font difficilement le lien entre les troubles qu'ils ressentent, par exemple ceux du sommeil et de l'endormissement, et leur propre consommation qui, pendant des années, ne leur a pas semblé problématique. Mais il faut aussi lever une ambiguïté encore plus fondamentale. Celle du sens ultime de la prévention. Pour les spécialistes et les responsables des politiques publiques, qui s'appuient sur des considérations épidémiologiques, le sens général de l'action préventive est l'augmentation de l'espérance de vie. C'est, en effet, cet indicateur qui, le plus souvent, sert à justifier les stratégies de prévention, à en mesurer les enjeux et à en accepter le coût économique et social. La prévention doit avoir des effets à long terme et le terme ultime est celui que l'on apprécie en mesurant le nombre d'années qu'il reste à vivre. L'espérance de vie est considérée comme signe de santé d'une population et signe de santé de la politique de santé elle-même. Mais pour les jeunes à qui nous nous adressons, le sens ultime de la prévention ne réside-t-il pas plutôt dans les bonnes raisons d'espérer dans la vie ?

Pour le politique, ce qui ne se voit pas n'a pas toujours d'intérêt alors que, pour les professionnels de l'éducation et de la prévention, l'essentiel est souvent dans ce qui ne se voit pas, dans ce qui va prendre le temps de germer.

Pour les consommateurs de produits psychoactifs, la prévention semble souvent sans objet quand elle dénie l'expérience même du

plaisir pour ne retenir que celle des dommages. Toujours dans la vie le pour et le contre cohabitent et l'éducation, comme la prévention, gagneraient en crédibilité à le reconnaître. Le rôle des préventionnistes est, encore une fois, commun à celui des éducateurs. Il est de transmettre aux jeunes pourquoi et comment résister et pas seulement à quoi ou à qui.

Si, pour les épidémiologistes, la réussite de la prévention se calcule en années de vie, il est probable que les jeunes attendent aussi que l'on prenne en compte les difficultés qu'ils ressentent devant les risques de la vie. Ces comptes ne s'opposent pas, mais il nous revient de les faire équitablement et de ne pas toujours considérer que les jeunes sont les seuls à devoir rendre des comptes.

Si la prévention se justifie par un regard sur l'avenir, l'avenir ne s'arrête pas à l'absence de dangers ou de dommages liés aux drogues ou à l'alcool. Aussi, la crédibilité du discours sur la prévention ne peut se satisfaire du caractère scientifique de nos décomptes. Les jeunes donneront certainement plus de crédit aux paroles préventives si elles ne restent pas uniquement centrées sur l'évitement des dangers de la vie. La vie restera mortelle malgré l'absence de tabac et la vraie question, celle des philosophes, celle du dernier moment, celle des parents qui l'ont transmise, restera toujours celle du sens de la vie plus que celle du nombre de ses années. Autrement dit, la prévention en addictologie suppose un état des lieux de ce que l'on cherche à éviter, et de ce que l'on cherche à protéger.

La polysémie des addictions

Le mot addiction a plusieurs sens, plus exactement son sens dépend de celui que chacun donne au mot « liberté ». C'est dire combien l'enjeu de sa définition dépasse largement celui que veulent lui attribuer les quelques spécialistes du champ et qui, à force de rapports ou de plans, pour mieux la prévenir ou la soigner, ne cessent d'essayer de la repérer et de la définir. L'addiction est-elle déjà la dépendance, s'agit-il des comportements dont la poursuite pourrait conduire à une dépendance, ne concerne-t-elle que des consommations de produits « addictogènes » ? L'addiction, tout comme la liberté, ne cesse d'échapper aux contraintes d'une définition trop stricte qui, le plus souvent, se résume à souligner les compétences (et donc les limites) de celui qui s'exprime. Le médecin aime définir l'addiction comme une maladie, l'éducateur comme une stratégie d'évitement de la responsabilité ou comme une transgression plus ou moins structurante,

le psychologue comme un mécanisme de défense, le policier comme un trouble à l'ordre public, le magistrat comme un délit. À la limite, ceux qui fréquentent, d'ailleurs souvent pour les aider, les personnes concernées par la toxico-dépendance aux drogues licites ou aux drogues illicites (quand ce n'est pas aux deux) savent qu'à tout le moins il faut, pour les comprendre, prendre en compte à la fois chacun et son histoire, le produit et son génie, le contexte personnel et celui de la société. En langage moderne, on parle d'approche bio-psycho-sociale. Le risque étant, avec cette définition, qu'elle souligne surtout ce qui rend hasardeuse la possibilité d'en sortir tant est posée comme complexe, voire confuse, sa compréhension par les experts eux-mêmes. N'y a-t-il pas une légère tendance des addictologues à vouloir faire de l'addiction un objet spécifique du savoir, un objet d'expertise, une pathologie à soigner, un comportement inadapté, une règle transgressée ? Plutôt que de l'appréhender comme une part de l'héritage humain avec lequel il faut vivre et apprendre à vivre, une composante de l'environnement au sein duquel l'humain doit vivre, y compris avec des risques.

Devant ce chaos de bonnes idées pour comprendre et prévenir la toxicomanie, mais surtout devant la persistance — non pas au cours des dernières années, mais au cours de l'histoire humaine — des comportements susceptibles d'apporter à l'homme soit du plaisir, soit l'apaisement de ses tensions intérieures, soit le surplus d'énergie qui lui permettra de se dépasser, il est déraisonnable de laisser croire que la théorie des vases communicants s'applique à la toxicomanie comme à la physique des fluides. La toxicomanie n'a pas une cause simple qu'il suffirait de traiter pour voir disparaître ses effets. Il ne suffit pas d'en parler, de l'interdire, de faire du sport ou d'être bien élevé pour en être protégé. On peut être très dépendant et très citoyen, alcoolo-dépendant et créatif, fumeur et productif. On connaît des consommateurs de cannabis engagés dans des luttes sociales au service de l'intérêt général. Ce qui est vrai de l'art l'est de n'importe quelle activité humaine. Et, à l'inverse, on peut ne pas être dépendant et souffrir d'un manque de liberté intérieure ou de goût à la vie. On peut être en bonne santé et n'avoir aucune liberté, aucune créativité, comme on peut être handicapé, malade et passionné par la vie.

Santé, sécurité, solidarité sont des valeurs de premier plan de notre civilisation. Chacune est essentielle, mais aucune n'apporte la solution,

seule. Et le tort de certains est probablement de faire croire qu'elles se déclinent selon un ordre simple. Interdire d'abord et soigner puisqu'il le faut. Soigner d'abord, être solidaire toujours et interdire les abus. Être solidaire d'abord pour n'avoir ni à soigner ni à interdire. Malheureusement, ni la police, ni les travailleurs sociaux, ni les enseignants, les médecins ou les magistrats ne peuvent régler, seuls, le problème de la toxicomanie. Les raisons en sont à la fois simples et complexes. Simples dans la mesure où la nature humaine a cette capacité extraordinaire de transformer en drogue tout ce qui lui donne du plaisir ou apaise ses tensions, que ce soit le vin, le tabac, le cannabis, mais aussi la télévision, l'ordinateur, le travail, le jeu ou la religion. En cela, personne ne pourra jamais supprimer les toxicomanies, sauf à rayer du génome tout ce qui permet à l'humain de goûter au plaisir ou à la liberté. Mais les raisons de cette difficulté sont aussi très complexes dans la mesure où toute l'humanité est aux prises avec cette difficulté de tracer des limites entre libertés individuelles et libertés partagées. C'est un paradoxe, mais c'est aussi la grandeur de la condition humaine : le risque de dépendance des hommes et des femmes est proportionnel à leur goût pour la liberté. Plus les individus se veulent libres, différents, distincts, détachés les uns des autres, indépendants, plus les conditions de survie sont sévères et profitent aux plus forts. La fraternité a pour avantage de créer des liens et pour inconvénient de créer des attaches. De même que la liberté ne se résume pas à la volonté, la dépendance ne se résume pas au manque de liberté. Être libre, c'est s'engager donc s'attacher, que ce soit à des causes, à des gens, à des idées. Avant d'être une maladie, la dépendance est une condition de l'existence humaine.

En réalité, au-delà des enjeux scientifiques qui seraient ceux d'une bonne définition — une définition qui pose bien le problème afin de lui trouver une bonne solution —, comprendre ce qui constitue le risque d'addiction, c'est essayer de percevoir, derrière des comportements dont les conséquences peuvent être dommageables, les complexités humaines qui font cohabiter si subtilement le plaisir et le déplaisir, la liberté et la dépendance, la connaissance et le déni du risque. Le sens de la démarche addictologique n'est certainement pas de soigner toute forme de dépendance ou d'éviter toute conduite à risque. Faire de l'addictologie, c'est faire comme s'il était possible d'aider celui qui risque de perdre, ou qui a déjà perdu, un peu de sa liberté dans un comportement qu'il a du mal à maîtriser à surmonter

cette difficulté, à continuer sa route en prenant part à la marche du monde, en faisant évoluer ses propres comportements et en donnant du sens à cette évolution. Comme si la dignité de chacun, y compris du plus dépendant ou du plus fragile, résidait dans sa participation au mouvement de la vie plus que dans la réussite sociale ou intellectuelle, dans la volonté de marcher plus que dans l'altitude des sommets atteints, dans le dépassement des difficultés plus que dans leur évitement permanent, dans la liberté de s'engager plus que dans l'absence de contraintes. C'est en s'intéressant au sens de l'homme plus qu'aux sciences de l'homme que l'on peut comprendre tout l'intérêt d'une définition de l'addiction.

L'intérêt de cette approche *anthropologique*, qui tente de donner du sens à un mot en mettant des mots sur le sens de la vie est de poser le problème de la prévention autrement qu'avec la démarche habituelle qui consiste à désigner le risque et à rechercher les moyens de l'éviter. Le risque addictologique, pour le dire autrement, les risques liés aux consommations de substances psychoactives, n'est pas un objet ordinaire de prévention, une situation qu'il suffirait d'éviter, un comportement dont il conviendrait de réduire l'occurrence.

Une approche écologique de la prévention

Pour sortir la prévention du schéma médical qui lui a donné naissance, nous proposons ici un modèle différent, à la fois écologique et inspiré des sciences de l'éducation, qui lui offre pour objet, non plus d'éviter les maladies ou la souffrance, mais d'aider à mieux vivre avec son environnement. Cette proposition reprend les termes de Philippe Meirieu¹ [4, 5] qui, initialement, les applique à la pédagogie. Cet assemblage de concepts, à la fois éducatifs et politiques, peut aider à repenser la prévention des dépendances. Nous qualifions cette approche d'«écologique» car elle s'intéresse aux relations de l'homme avec son environnement; veut s'appuyer sur une connaissance objective du monde et sur une approche subjective des responsabilités, elle est une manière moderne de penser la complexité; elle s'intéresse aux interdépendances.

1. Philippe Meirieu est professeur des universités. Enseignant en sciences de l'éducation à l'université de Lyon II, il poursuit ses recherches sur le thème des apprentissages, du transfert des connaissances, de la pédagogie différenciée et de la place de l'éthique dans la relation pédagogique. Il est auteur de nombreux ouvrages sur la pédagogie et l'enseignement, ainsi que de multiples conférences dont, le plus souvent, les textes sont mis en ligne sur Internet.

La référence à l'écologie ne vise pas à donner à la prévention une dimension politique partisane. Elle cherche à l'ancrer dans une réflexion sur la personne et les relations qu'elle entretient, subit et construit, avec son environnement. L'homme étant dépendant de son environnement, l'addictologie a aussi pour objet les relations de la personne à son environnement. Ici, ce n'est pas la personne seule qui compte, même souffrante, mais la personne faisant partie d'un monde qui l'entoure, qui a sur elle une emprise forte mais dont elle contribue à déterminer le sens, la forme, l'évolution. Nous proposons donc de reprendre chacun des quatre piliers proposés par Philippe Meirieu comme fondements d'une stratégie de prévention des risques liés aux dépendances. Non pas que les piliers constituent la raison d'être d'un édifice, mais ils lui en donnent la solidité, ils en permettent la hauteur, parfois ils en composent l'harmonie. Soulignons également qu'une approche écologique de la prévention n'est pas contradictoire avec son acception «bio-psycho-sociale», mais elle permet de souligner que chacun est concerné, que chacun peut et doit jouer un rôle. L'approche écologique de la prévention souligne que la prévention des risques et des dommages liés aux drogues n'est pas d'abord une affaire de spécialistes. Certes, les experts doivent apporter des connaissances, mais celles-ci ne constituent que le premier pilier. Avec cette approche, les sciences de l'éducation sont tout aussi indispensables à la prévention que les sciences psychologiques ou médicales; la compréhension tout aussi indispensable que les comportements acquis; la liberté individuelle que l'ordre social; l'acceptation de l'autre que la capacité à y résister.

Le savoir

Le premier pilier est celui du savoir, de la connaissance, des sciences. La prévention suppose des connaissances, des informations, des recherches, des évaluations. Elles portent sur les produits, sur leurs effets, à court et à long termes, mais aussi sur les méthodes d'intervention, médicales, éducatives, sociales, sur leurs évaluations, etc. Notre société savante est particulièrement sensible à l'importance de ce pilier. Ici, la connaissance et la science ne sont pas le socle des savoirs, mais elles en constituent l'un des piliers.

Les comportements

Le second pilier est celui des comportements. La prévention suppose des apprentissages, des habitudes, des règles, des manières de faire et de

vivre qui, parfois, s'apprennent avant de s'expliquer. Ainsi sait-on que les jeunes qui vivent dans un environnement non fumeur fument moins que les autres. Cela tient beaucoup plus à l'efficacité des modèles behavioristes qu'à ceux de la psychologie dynamique. Ici s'inscrit aussi le rôle de la loi comme outil de régulation sociale devant des risques qui constituent des dangers. Ce pilier concerne tout ce que chacun doit apprendre à faire ou à ne pas faire pour profiter du monde et des sensations qu'il procure, pour apprendre à le partager, pour permettre aux autres d'en profiter, pour le préserver, parfois même mécaniquement. Car l'expérience a montré que l'homme a aussi une capacité à s'autodétruire et qu'il lui faut apprendre à se préserver et préserver le monde, fût-ce au prix d'un peu de sa liberté.

Les interdépendances

Cela ne réduit pas l'importance du troisième pilier, qui est celui de la complexité, des liens systémiques, des interdépendances. Car la prévention suppose aussi que soit prise en compte la complexité des systèmes dont elle veut éviter ou diminuer les risques. L'usage de drogues peut être cause ou conséquence. Et même s'il faut recourir au principe de précaution plus qu'à la preuve pour interdire les produits psychoactifs à tous les jeunes de moins de 15 ans, il ne faut pas non plus faire croire que le cannabis conduit à la toxicomanie plus que l'alcool à l'alcoolisme. À une autre échelle, il faut aussi accepter qu'on ne réglera pas le problème du trafic dans les banlieues sans prendre en compte aussi bien les familles qui ne vivent pas avec les seuls revenus du Smic que celles qui ne vivent, dans le Rif marocain, qu'avec les revenus de leur production de cannabis. Le monde moderne est un monde d'interdépendances qui ne peut qu'intéresser la science des dépendances qu'est l'addictologie.

L'esprit critique

Enfin, le quatrième pilier est celui de la résistance, de l'esprit critique. Car la prévention a bien pour objet de permettre à ceux qui seront au contact du danger de savoir comment l'éviter, comment y résister. Comment résister à la tentation des produits qui modifient les sensations et les perceptions du monde et de soi-même, comment résister ou se dégager de leur emprise? La prévention n'est pas un catalogue des dangers à éviter. Elle vise à transmettre une compréhension et pas seulement la liste de tout ce à quoi l'être humain devra résister, au long de sa vie, pour vivre vieux et heureux. Son rôle est d'apprendre à résister,

à dire «oui» et à dire «non», à exprimer son libre arbitre, à refuser les emprises. L'humain a besoin d'apprendre à développer son esprit critique pour résister aux emprises, celle des produits, celle des groupes, des gourous, des idéologies, même celle de l'enseignant, ou du *préventologue*, dont le rôle n'est pas de détenir ou de transmettre la vérité mais d'apprendre à la chercher. L'addictologie partage avec les sciences de l'éducation ce goût pour la pédagogie de la liberté intérieure.

En addictologie, la politique de santé publique devrait se recentrer sur les jeunes

Dans le domaine de la santé publique comme dans celui de la sécurité, la loi est écrite pour donner à l'action publique son sens, ses priorités et ses moyens. En matière de santé, la loi du 9 août 2004 (n° 2004-806) rappelle ainsi quelques principes simples qui devraient s'imposer et donner sens à la politique de santé publique en matière d'addictologie. Deux d'entre eux méritent ici notre attention car ils concernent directement notre sujet, la prévention et son objet, les jeunes, dont les consommations risquent de mettre la santé en danger. Ce sont les principes de «protection de la jeunesse» et de «précocité». Le premier fixe pour cap la prise en compte systématique de tout ce qui peut améliorer la santé des adolescents (entre autres) et le second veut, ça paraît logique, privilégier les actions les plus précoces possible visant à éviter l'aggravation de leur état de santé.

Autrement dit, il est évident qu'une politique de santé publique doit avoir, à propos des addictions, des orientations globales et variées destinées à agir sur les jeunes, tant pour faire évoluer leurs comportements de consommation de produits psychoactifs, pour réduire ou éviter les dommages sur leur santé que pour aider leur entourage, familial, éducatif, à faire face, le plus tôt possible, aux situations à risque ou susceptibles de le devenir.

Compte tenu du caractère populationnel des consommations de produits psychoactifs, l'addictologie doit mettre en œuvre des mesures pouvant toucher un public extrêmement large. Il est vrai qu'avec la première phase de la révolution addictologique, celle qui a conduit à l'élaboration d'une vision globale sur l'ensemble des «addictions», la discipline s'est, d'un seul coup, trouvée confrontée à une problématique d'une surface épidémiologique sans précédent. Aux millions de fumeurs s'ajoutaient les millions de buveurs excessifs, les millions d'usagers, même occasionnels, de cannabis et autres stupéfiants.

La seconde révolution addictologique

Mais la seconde révolution addictologique lui donne aujourd'hui une tout autre dimension épidémiologique. Il ne s'agit plus seulement de s'intéresser aux consommateurs ayant des «troubles de l'addiction», mais à l'ensemble des consommateurs dont l'usage peut être «simple», c'est-à-dire sans dommages, même s'il n'est jamais sans risques. Car on sait aujourd'hui que les caractéristiques d'une consommation en train de devenir problématique, notamment chez les jeunes, ne sont pas les mêmes que celles de la dépendance chez l'adulte qui a accumulé des années de consommation régulière. Aujourd'hui, l'enjeu principal de l'addictologie, dont les années d'expérience et d'expertise auprès des personnes dépendantes ne font aucun doute, n'est pas seulement d'accompagner les personnes dépendantes vers un peu plus de liberté, mais d'accompagner les jeunes, déjà consommateurs, vers l'évitement d'une dépendance qui pourrait durablement et gravement leur compliquer la vie. L'enjeu n'est plus seulement la compréhension des processus de «sortie de la toxicomanie²», il est de comprendre les processus permettant d'éviter d'y entrer. Ce projet comprend une multitude de facettes qui pourraient donner à la politique de santé publique en addictologie une dimension de grande envergure.

L'approche écologique de la prévention permet une approche modernisée, durable, globale, qui étend largement le spectre des responsabilités, tant aux individus, aux familles, aux éducateurs qu'aux scientifiques, aux médias ou aux politiques. Les risques de l'addiction ne sont pas ceux d'une maladie qui se transmet. Les risques de l'addiction se transmettent à chaque fois que la vie, les relations humaines, l'autre, soi-même, l'engagement, la société sont en manque de sens. Comme avec la défense de l'environnement ou avec le développement durable, la prévention ne doit pas prendre pour objets des cibles simples qu'il suffirait d'atteindre pour résoudre les problèmes, des cibles prioritaires qu'il faudrait atteindre en premier avant de passer aux suivantes. Une politique durable, on le sait aujourd'hui avec l'écologie, suppose un ensemble d'actions dont la diversité donne la vraie mesure, dont la complémentarité assure l'efficacité, dont la succession donne le rythme, dont la cohérence donne le sens.

2. Pour reprendre le thème des 27^{es} journées nationales de l'Anit : «Toxicomanies, addictions, quel(le)s modes de sortie».

Une politique publique exemplaire

Les enjeux et les responsabilités sont individuels et collectifs, éducatifs, sanitaires, médicaux, sociaux, politiques, etc. En cela nos politiques de prévention doivent être à la mesure du problème sociétal³. Mais elles doivent aussi être à la mesure des valeurs qui fondent l'action publique, notamment lorsqu'elle concerne les jeunes : elles doivent être exemplaires. Exemplaires par leur cohérence, par leur pédagogie, par leur continuité, par leur désengagement des enjeux politiques, par leur sens de la justice, par leur équilibre, par leurs intentions, par leur capacité à évoluer en fonction des connaissances, par la solidarité qu'elles traduisent avec les plus vulnérables, par les complémentarités entre les acteurs eux-mêmes de l'action publique. Autrement dit, à moins que chacun ne voie dans la lutte contre les addictions une raison supplémentaire d'affirmer la suprématie de sa propre compétence, il ne peut y avoir de politique publique éducative et préventive qu'à la condition d'en afficher, collectivement, le sens, l'orientation et la détermination. Quoi de pire que de transmettre aux jeunes le message qu'ils sont notre «priorité» et de ne pas énoncer ce qu'on va faire, durablement, pour les aider à affronter les risques de la vie?

L'une des difficultés qui semblent accompagner les politiques publiques de prévention dans le domaine des addictions est le manque de visibilité de leurs effets. La principale cause est purement temporelle, chronologique. Et en plus elle est double. D'une part, les effets des drogues, licites et illicites, sur la santé apparaissent, le plus souvent, à long terme. Aussi n'y a-t-il pas beaucoup d'indicateurs qui constatent un mauvais état de santé des jeunes dû à leur consommation de tabac, d'alcool ou de cannabis. Et lorsque certains indicateurs «passent au rouge», comme l'augmentation des comas éthyliques chez les jeunes, ils appellent un besoin d'intervention qui, pour les jeunes considérés, ne relève déjà plus de la prévention. D'autre part, les effets de la prévention ne se mesurent pas au rythme des actions et, encore moins, à celui de l'allocation de ses budgets. En matière de prévention, le rythme annuel de la loi de finances permet d'apprécier le cycle des actions mais pas d'apprécier celui de leurs effets. À quel moment constatera-t-on la capacité d'un jeune à faire face aux difficultés de la vie et aux risques qu'elle ne manquera

3. Avec plus de 100 000 décès annuels directement liés à des consommations de produits psychoactifs, on comprend que l'épidémiologie considère la prévention des pratiques addictives comme un enjeu considérable pour la santé publique.

pas de lui réserver ? À quelle cause précise sera due la résistance d'un jeune à une offre séduisante de vodka ou d'ecstasy à l'occasion d'une fête chez des amis ? Qui peut le dire ? À ses parents, à ses grands-parents, à son professeur de sciences naturelles ou d'éducation civique, à l'association intervenue au collège en fin d'année précédente ou à la peur de se faire « engueuler » ou interpeller ? Qui peut le dire ? En matière de prévention, le pari éducatif du long terme interdit quasiment toute évaluation à court terme.

Une vision à long terme

Une politique de prévention suppose donc une vision à long terme et à large spectre ; une vision sociétale. C'est pourquoi son élaboration suppose des lieux et des instances qui permettent de l'élaborer sans chercher, immédiatement, à la mettre en œuvre. Ne serait-ce que pour penser, discuter, étudier les conditions de son évaluation, identifier les opérateurs... D'ailleurs, ce type d'instance existe et la loi, toujours dans le domaine de la santé publique, en a consacré l'importance. L'article R. 1413-25 du Code de la santé publique donne pour rôle au Comité national de santé publique de définir, à court et à long termes, des priorités de santé publique en matière de prévention. Et le 26 octobre dernier, le Pr Danièle Sommelet a rendu au CNSP un rapport sur la santé des jeunes et des adolescents (qui évoque à plusieurs reprises les conduites addictives) et l'une de ses premières recommandations est la suivante : *« Le ministère de la Santé a un rôle central en rassemblant toutes les forces susceptibles de soutenir la santé et le développement des enfants et des adolescents en s'appuyant sur les besoins exprimés par la population et notamment par les jeunes. L'approche de l'enfant ne s'improvise pas. [...] Il s'agit d'un investissement à long*

terme qui devrait aller au-delà des préférences personnelles ou des prérogatives politiques. »

On pourrait continuer longtemps à énumérer tout ce qui constituerait une politique de santé faisant de la prévention le fer de lance de son orientation addictologique. Il faudrait notamment prendre en compte les besoins spécifiques aux jeunes adultes, population souvent ignorée des politiques de prévention alors qu'elle constitue la principale courroie de compréhension mutuelle entre les générations. Il faudrait évoquer l'intérêt très particulier d'une offre de services adaptée aux jeunes consommateurs, initiée avec les Consultations cannabis, mais dont le cadre clinique et conceptuel reste encore à préciser. Ces « consultations de prévention » veulent accueillir les jeunes dans un cadre ne relevant ni de la prévention ni de la prise en charge, mais empruntant aux deux leurs compétences. Il faudrait évoquer la dimension si originale, lorsque l'on s'intéresse à la santé des jeunes en même temps qu'à leur « éducation à la vie », qui est celle de la famille, des parents et des éducateurs de proximité. Là aussi, des savoir-faire restent à élaborer pour sortir des cadres parfois simplistes de « l'éducation à la santé » qui s'adaptent mal à la complexité du champ des addictions. Il faudrait évoquer la mise en place de stratégies innovantes et adaptées à la réduction des risques auprès des jeunes. Le concept pose problème car il donne l'impression d'une tolérance incompatible avec un projet pédagogique visant à éviter le risque plutôt qu'à l'accompagner. Mais il est pourtant tellement évident que les parents préfèrent savoir que leur « gamin » reviendra de soirée avec un conducteur qui n'a pas bu plutôt que de se satisfaire de l'illusion que tous ceux qui participent à la fête ne feront aucun excès. À l'échelle du groupe, il ne s'agit pas d'autre chose que d'une stratégie de réduction des risques. Il faudrait évoquer les risques liés à notre civilisation de la commu-

nication et du plaisir immédiatement accessibles. Comment résister au plaisir des émotions immédiatement modifiées dans une époque où tout concourt à ressentir les émotions d'un plaisir immédiatement accessible ? Il faudrait évoquer les addictions familiales, l'apprentissage intrafamilial des premières ivresses, les solutions auto-thérapeutiques aux troubles du sommeil ou de l'humeur, les solutions que chacun réinvente aux pensées dépressives. Il faudrait évoquer les nouvelles addictions au jeu, au poker, à l'Internet et, pourquoi pas, les anciennes comme celle à la télévision qui, chez les très jeunes enfants, fait aujourd'hui partie de l'héritage de la société.

La prévention des addictions remet le projet éducatif au cœur de la société. On pourrait presque se demander si le mouvement de médicalisation qui entraîne aujourd'hui l'addictologie⁴ n'est pas une manière pseudo-scientifique d'éviter les débats, difficiles mais combien nécessaires, sur les enjeux éducatifs de la prévention. Plus la cause semble médicale et relève des spécialistes, moins elle concerne les éducateurs, les familles, la société dans son ensemble. Or le principal problème que posent les conduites addictives n'est pas celui de la « réparation » ou de la « correction » de comportements inadaptés. Le véritable enjeu n'est pas de transmettre aux jeunes le dégoût des drogues ou de tout ce qui pourrait leur faire du mal ou porter atteinte à leur libre arbitre. Il est de leur transmettre ce qui contribue au goût de la vie, et à l'envie de rendre le monde chaque jour un peu meilleur et plus agréable à vivre, au moins pour ses proches. C'est certain, la prévention est un véritable défi. 🍷

4. Le Plan national 2006-2011 de prévention et de soins addictologie ne comprend quasiment que des mesures médicales et hospitalières.

Références

1. Bernard M., Bolognini M., (2005) « French validity of two substance-use screening tests among adolescents : a comparison of the CRAFFT and DEP-ADO », *Journal of Substance Use*.
2. Cohen B., « Le changement sans traitement, attention point aveugle ! » in *Le Courrier des addictions* (7), n° 3, juillet-août-septembre 2005, éditorial et dossier, p. 87-93.
3. Cohen B. « Repères pour une anthropologie de la prévention », *Prévention des assuétudes*, L'Observatoire (51- 52) : p. 56-61, 2006.
4. Cohen B. « Du top-modèle médical au modèle écologique : les consultations cannabis » *Psychotropes*, Vol 12 : n° 3-4, 2006, De Boeck Université, p. 93-101.
5. Cohen B. « Peut-on intervenir de façon précoce et efficace ? » in Reynaud M., Bailly D., Venisse J.-L., *Médecine et addictions : Peut-on intervenir de façon précoce et efficace ?* 2005, Paris, Masson.
6. Cohen B. « Addiction », in Barreyre J.-Y., Bouquet B., *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale*, Bayard, 2006, p. 36-38.
7. Landry M., Tremblay J. (2004). « La grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (DEP-ADO) : développement et qualités psychométriques ». *Drogues, Santé et Société*, 3 (1), 20-37.
8. Groupe francophone de travail sur le repérage des consommations à risque chez les adolescents et les jeunes, « Substances psychoactives chez les jeunes, Outils de repérage et d'évaluation des consommations disponibles en français », *Alcoolologie et addictologie*, 2007, 29 (2) : 131-141.
9. Guyon L., Landry M. (2001). « Histoire d'un outil de dépistage attendu : la DEP-ADO ». *Actions Tox*, 1 (10), 5-6.
10. Klingemann H., Carter Sobell L. (Eds.). *Promoting Self-Change from Addictive Behaviors, Practical Implications for Policy, Prevention, and Treatment*, Springer 2007, XVI, 260 p.

bibliographie

1. AFR, Actes de la journée thématique « Réduction des risques et prison : ruptures et continuités », 8 juin 2007.
2. Aquatias S., *En bas des tours : sociabilité et lien social des jeunes dans les cités parisiennes*, Ed. ANRT, Université de Lille, 1998.
3. Anaes et FFA. Conférence de consensus. « Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution », Texte des recommandations, 23 et 24 juin 2004.
4. Astaing I. *Place des transferts de dépendance dans les prises en charge de patients présentant une addiction. À partir de deux observations de patients dépendants*, mémoire DES de psychiatrie, université de Champagne-Ardenne, faculté de médecine de Reims, 2005, 62 p.
5. Babor T., Barbor T., Caetano R. (2003), *Alcohol : No Ordinary Commodity, Research and Public Policy*, Oxford.
6. Beck F., Legleye S., Spilka S., *Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France — Escapad 2003*, Saint-Denis, OFDT, 2004, 251 p.
7. Beck F., Legleye S., Spilka S., *Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français : exploitation régionale de l'enquête Escapad 2002/2003.*, St-Denis, OFDT, 2005, 219 p.
8. Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P., Spilka S., « Le tabagisme des adolescents : niveaux, tendances et représentations, quels enseignements pour la prévention ? » *Revue des maladies respiratoires*, 2006, 23, 6, p. 681-693.
9. Beck F., Legleye S., Spilka S., Briffault X., Gautier A., Lamboy B., Leon C., Wilquin J.L., « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005. Exploitation des données du Baromètre santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte », *Tendances*, 2006, 48, 6 p.
10. Beck F., Legleye S., Spilka S., « Les drogues à 17 ans : évolutions, contextes d'usages et prises de risque », *Tendances*, 2006, 49, 4 p.
11. Blaszczynski A., Nower L. « A pathways model of problem and pathological gambling ». *Addiction*. 2002 May; 97 (5) : 487-99.
12. Bouhnik P., *Toxicos. Le goût et la peine*, La Découverte, 2007.
13. Brochu, S. 2006. *Drogue et criminalité : Une relation complexe*, Montréal : Les Presses de l'université de Montréal.
14. Caputo F. et al. (2002). « Short-term methadone administration reduces alcohol consumption in non-alcoholic heroin addicts ». *Alcohol and Alcoholism*, 37 : 164-168.
15. Cloninger CR. et al. « Type I and type II alcoholism : an update ». *Alcohol Health Res World* 1996, 20 : 18-23.
16. Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (CFLD), *Psychoaktiv.ch, D'une politique des drogues illégales à une politique des substances psychoactives*, Berne, mai 2005.
17. Commission for Distilled Spirits, *World Drink Trends 2004*, Henley on Thames, World advertising research center, 2004, 184 p.
18. Coppel A. *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre aux drogues à la réduction des risques*. Paris, La Découverte, 2002.
19. Costes J.M. (dir.), *Cannabis, données essentielles*, Saint-Denis, OFDT, 2007, 232 p.
20. Dugarin J., Nominé P. « Toxicomanie : historique et classification », *Confrontations psychiatriques*, 1987, 20, (28), 9-61.
21. Durand F., Jacobs L.D. « A general theory of addictions : A new theoretical model », *Journal of gambling studies*, 1986, 2, (1), 15-31.
22. *Eurobaromètre spécial n° 272b : Attitudes envers l'alcool*, Bruxelles, Commission européenne, 2007, 78 p.
23. *Eurobaromètre spécial n° 272c : l'attitude des Européens à l'égard du tabac*, Bruxelles, Commission européenne, 2007, 105 p.
24. Glover E. « On the etiology of drug addiction », 1932, *International Journal of Psychoanalysis*, vol. 13, 298-328.
25. Guilbert P., Gautier A., *Baromètre santé 2005. Premiers résultats*, Saint-Denis, INPES, coll. « Baromètres santé », 2006, 176 p.
26. Guilbert P., Gautier A. (dir.), *Baromètre santé 2005*, Saint-Denis, INPES, 2007 (à paraître).
27. Hibell B., Andersson B., Bjarnason T., Ahlström S., Balakireva O., Kokkevi A., Morgan M., *The ESPAD Report 2003. Alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs/CAN, 2004, 450 p.
28. Joubert M., Chauvin P., Facy F., Ringa V. *Précarisation, risque et santé*. Paris, Inserm, 2001 (Questions en santé publique).
29. Klages H. (1983), « Wertewandel und Gesellschaftskrise in den sozialstaatlichen Demokratien » – In : Matthes J : *Krise der Arbeitsgesellschaft ?* Frankfurt/M., Campus Verlag.
30. Lahmek P. « Comment gérer les compensations, les transferts de dépendance et les autres substances psychoactives ? (usage nocif ou usage avec dépendance) » *Alcoologie et addictologie*; 2001/6 ; 23 ; 294-310.
31. Legleye S., Spilka S., Le Nezet O., *Drogues à l'adolescence en 2005 — Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France — Résultats de la cinquième enquête nationale Escapad*, Saint-Denis,

bibliographie (suite)

OFDT, 2007, 77 p. (http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap07/epfxln5.html). 32. Low K. (1994), « Les jeunes, les drogues et la dépendance : éléments d'une prévention radicale », in <i>L'usage des drogues et la toxicomanie</i>, dir. Pierre Brissson, vol. 2, Gaëtan Morin éditeur. 33. Morel A., « Les addictions, un objet spécifique de la prévention », In <i>Alcoolologie et Addictologie</i> 2005 ; 27 (4) : 325-335. 34. Nida (1997) <i>Preventing Drug Use among children and adolescents. A research based guide for parents, educators and community leaders</i>, 2d édition. 35. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). <i>Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas</i>. Paris, OFDT, 2000. 36. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), <i>Drogues et dépendances, données essentielles</i>, Paris, La Découverte, 2005, 202 p. 37. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), <i>Rapport annuel 2006 : état du phénomène de la drogue en Europe</i>, Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes, 2006, 96 p. (http://annualreport.emcdda.europa.eu/). 38. Oddoux K., Peretti-Watel P., Baudier F., « Tabac », in : <i>Baromètre santé 2000. Résultats (vol. 2)</i>, Guilbert P. et al. (dir.), Vanves, Editions CFES, 2001, p. 77-118. 39. O'Neill M. « Le débat international sur l'efficacité de la promotion de la santé : d'où vient-il et pourquoi est-il si important ? » <i>Promotion & Éducation</i> 2004 ; H.S. 1 : 6-9. www.iuhpe.org/adddownloads/PE_Supp1_04.pdf [Dernière consultation le 28/05/2007]. 40. Organisation mondiale de la santé. <i>Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé</i>. Genève : OMS ; 1986. www.euro.who.int/AboutWHO/P	olicy/20010827_2?language=french [Dernière consultation le 28/05/2007]. 41. Organisation mondiale de la santé. <i>Glossaire de la promotion de la Santé</i>. Genève : OMS ; 1999 : 36 p. www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf [Dernière consultation le 28/05/2007]. 42. Organisation mondiale de la santé. <i>Rapport mondial sur la violence et la santé</i>. Genève : OMS ; 2002 : 404 p. www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf [Dernière consultation le 28/05/2007]. 43. Parquet P.J., <i>Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives</i>, Paris : CFES, 1998, 46 p. 44. Peele S. (1985) <i>The meaning of addiction — Compulsive experience and its interpretation</i>. Lexington, Ma, DC Health & Cie (Lexington Books). 45. Pequart C. « Travailler avec les publics précaires ». In : <i>Traité d'addictologie</i>, M. Reynaud (sous la dir.). Flammarion, 2006. 46. Petry NM. « Gambling problems in substance abusers are associated with increased sexual risk behaviors », <i>Addiction</i>, 2000 ; 95 (7) 1089. 47. Petry NM. « Gambling and substance use disorders : current status and future directions ». <i>Am. J. Addict.</i> 2007 ; 16 (1) : 1-9. 48. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). « Stages and processes of self-change of smoking : Toward an integrative model of change ». <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i>, 51, 390-395. 49. Promotion Santé Suisse. <i>Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention</i>. Berne, juillet 2005. www.inpes.sante.fr/outils_methodo/categorisation/V6_20guide_fr.pdf [dernière consultation le 15/11/2007]. 50. <i>Propositions pour une politique de</i>	<i>prévention et de prise en charge des addictions</i>, Lépine J.P., Morel A., Paille F., Reynaud M., Rigaud A., rapport remis au ministre de la Santé le 7 septembre 2006. 51. « La réduction des risques : une approche unique pour des dommages différents ? » <i>Psychotropes</i>, vol. 13 n° 2, Bruxelles, 2007. 52. Réseau francophone international pour la promotion de la santé. <i>Comportements à risque et santé des enfants et des adolescents : agir en milieu scolaire — Programmes et stratégies efficaces</i>. Édition INPES à paraître. 53. Roques B., <i>La dangerosité des drogues</i>, Paris : Ed. Odile Jacob, 1999, 316 p. 54. Safe. <i>Le dispositif national de réduction des risques – enquête interassociative</i>. Paris, juin 2007. 55. Sauvadet T., <i>Le capital guerrier. Concurrences et solidarité entre jeunes de cité</i>. Armand Colin, 2006. 56. Slutske W.S.H. « Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling : results of two US national surveys ». <i>Am J Psychiatry</i> 2006 ; 163 : 297-302. 57. Spilka S., Hassler C., Legleye S., Morin D., Beck F., Choquet M., « Les consommations des adolescents : la France, élève moyen de l'Europe », <i>Santé de l'homme (La)</i>, 2006, 383, p. 43-46. 58. <i>Stratégies nouvelles de prévention</i>, Commission d'orientation Prévention, Toussaint J.-F. président, 15 décembre 2006. 59. Tatarsky A. « Harm reduction psychotherapy : Extending the reach of traditional substance use treatment ». <i>Journal of substance abuse treatment</i>, Elsevier, NY, 2003.
--	---	--



Rhône-Alpes

Tableau de bord régional santé-environnement

Méthodologie et principaux constats

Lucile Monestruq
Olivier Guye
Observatoire régional de la santé
Rhône-Alpes

L'ORS de Rhône-Alpes a élaboré un tableau de bord santé-environnement consacré aux relations entre l'environnement et la santé de la population. Ce document est destiné à éclairer les décideurs sur les atouts et les problèmes spécifiques à la région.

Contexte et objectifs

La mission des observatoires régionaux de la santé (ORS) est, par la collecte, l'analyse et la mise en perspective d'indicateurs de santé, de construire des outils d'aide à la décision et à l'action en santé publique tels que les tableaux de bord santé. Dans ce cadre et en réponse à des préoccupations et sollicitations croissantes, l'ORS Rhône-Alpes investit depuis le début des années 2000, la thématique santé-environnement.

Lors de cette période, les collaborations et échanges développés par l'ORS ont mis en lumière les nombreuses particularités de cette thématique : périmètre mal défini aux confins de deux domaines encore bien scindés, rareté des travaux, données dispersées et peu accessibles, mauvaise visibilité des acteurs concernés, difficultés d'obtention d'une information claire et objective sur un domaine très médiatisé et source de débats passionnés.

Face à ces constats et au vu des particularités de la région en matière environnementale (première région de production nucléaire et hydroélectrique d'électricité, forte densité industrielle notamment pétrochimique et chimique, importance du trafic routier, zones de risques naturels, etc.) l'ORS a proposé la réalisation d'un Tableau de bord régional santé-environnement (TBRSE) qui a été soutenue par le conseil régional Rhône-Alpes.

Ce document, voulu informatif et didactique, s'inspirait d'une expérience préalablement menée en Provence-Alpes-Côte d'Azur [1].

Il poursuit trois grands objectifs :

- Réaliser un diagnostic régional sur les thématiques de santé-environnement à partir des indicateurs disponibles ;
- Informer sur les liens existants entre l'environnement et la santé à partir d'un état des lieux des connaissances ;
- Aider les acteurs et décideurs de la région dans la définition des priorités et le suivi des actions à mettre en œuvre.

En complément des documents existants comme les plans, national et régional, de santé-environnement [2, 3], il s'agissait de construire un outil original et novateur insistant sur les dimensions sanitaire et régionale, doublé d'une volonté de toucher un large public (institutions locales, acteurs du domaine de la santé, de l'environnement, grand public, etc.). En cela, le TBRSE s'inscrit dans une des priorités du Plan national santé-environnement qui est de « *faciliter l'accès à l'information en santé-environnement et de favoriser le débat public* ».

Cet article présente les étapes de conception du TBRSE, les difficultés rencontrées, ainsi qu'une synthèse des constats et enjeux régionaux.

Méthodologie

Pour ce domaine vaste et d'exploration relativement récente, la définition des limites du champ santé-environnement et du sommaire du tableau de bord constitua une première étape. Car si la notion de santé environnementale semble assez simple en apparence, la réalité est en fait complexe, ne relevant pas du seul sens commun [4].

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la « santé-environnementale » porte sur tous les aspects de la santé humaine et de la qualité de vie des populations qui résultent de l'action sur l'homme des facteurs biologiques, chimiques et physiques de l'environnement, qu'ils soient d'origine naturelle ou anthropique.

Le sommaire devait ainsi rendre compte des multiples expositions auxquelles sont soumises les populations dans les différents micro-environnements où elles évoluent, ainsi que les sources d'exposition et agents en cause. C'est donc une approche par environnements et par agents qui a été retenue. Le sommaire comprend 21 dossiers (tableau 1), répartis en 4 grands thèmes, déclinés :

- Selon l'environnement général des populations à travers leurs milieux de vie et d'exposition (eau, air, habitat et air intérieur, sols et alimentation) ;
- Selon les environnements de proximité d'installations ou de sources potentiellement polluantes (activité industrielle, pratiques agricoles, traitement des déchets, transports) ;
- Selon les agents, qu'ils soient chimiques, biologiques ou physiques (pesticides, nitrates, plomb, pollens et ambroisie, légionelles, rayonnements, etc.) ;
- Selon des agents socio-organisationnels tels que les risques naturels et

climatiques et les accidents, qu'ils soient routiers ou de la vie courante.

Par souci de clarté, la santé au travail, qui justifierait un tableau de bord spécifique, n'a pas été abordée.

Les 21 dossiers ont été rédigés selon un canevas standard qui comprend :

- des *faits marquants* reprenant les points essentiels et un *contexte* de cadrage ;
- les principales *sources d'exposition et de pollution* ;
- l'état actuel des connaissances scientifiques sur les *expositions et les effets sur la santé* ;
- les *aspects réglementaires*, et des éléments de *gestion des risques* permettant de dégager les principaux enjeux ;
- des *indicateurs et annexes* ;
- les *ressources et acteurs* identifiés aux échelles nationale et régionale ;
- une *bibliographie*.

Chaque dossier a été rédigé dans le souci de mettre en valeur la dimension régionale du thème abordé et sa comparaison avec la situation nationale, notamment dans le chapitre « indicateurs et annexes ». Les données présentées sont des indicateurs d'exposition (dépassement des seuils réglementaires ou d'alerte des polluants, indice d'exposition, etc.), des indicateurs sanitaires (incidence, mortalité, consommation médicamenteuse, admissions hospita-

lières, etc.), environnementaux (métrologie des polluants, géographie d'implantation d'installations polluantes, etc.), de perception ou comportementaux (part de la population gênée par le bruit, utilisation des transports en commun, etc.).

Chaque dossier a fait l'objet d'une relecture par des experts régionaux et nationaux (45 experts mobilisés). Un partenariat privilégié a été mis en place avec la cellule d'intervention régionale en épidémiologie de Rhône-Alpes, sollicitée sur l'ensemble des dossiers.

Le TBRSE a été édité en avril 2007 et les dossiers sont accessibles en ligne : <http://www.ors-rhone-alpes.org/environnement/>

Quelques constats en Rhône-Alpes

Dans le domaine de l'eau

Chaque Rhônalpin dispose de 10 000 m³ d'eau par an, soit 2,5 fois la moyenne nationale. Pour l'alimentation en eau potable, la région est caractérisée par un nombre très important de points de prélèvement (2,1 captages par commune ; 0,93 au niveau national).

Le risque sanitaire est lié aux eaux de consommation, de baignade et thermales. Il relève essentiellement de contaminations microbiologiques (bactéries, virus, parasites). En 2003, 9 % de la population restait alimentée par une eau non conforme

tableau 1

Sommaire du Tableau de bord régional santé-environnement

Les milieux d'exposition	Les sources humaines de contamination et de nuisances	Les contaminants et les nuisances	Autres thèmes
1. L'eau	6. L'activité industrielle	10. La qualité de vie, le bruit et les odeurs	20. Les risques naturels et climatiques
2. L'air	7. Les pratiques agricoles	Les agents chimiques	21. Les accidents
3. L'habitat et l'air intérieur	8. Le traitement des déchets	11. Les pesticides	
4. Les sols	9. Les transports	12. Les nitrates	
5. L'alimentation		13. Le plomb	
		14. Les composés organiques volatils	
		Les agents biologiques	
		15. Les pollens et l'ambroisie	
		16. Les risques infectieux	
		17. Les légionelles	
		Les agents physiques	
		18. Les rayonnements non ionisants	
		19. Les rayonnements ionisants et le radon	

sur le plan bactériologique (5 % au niveau national). La qualité des eaux de baignade était satisfaisante (97 % des eaux de bonne et moyenne qualité). Ce sont des épidémies de gastro-entérites ou shigelloses (Ain, Isère, Rhône et Savoie) liées à l'eau de boisson chargée microbiologiquement et des dermatites liées à la baignade en lacs alpins qui ont principalement été observées. En 2004, bien qu'il s'agisse d'une obligation réglementaire, seulement 49 % des ressources en eau potable disposaient de périmètres de protection (37 % au niveau national). Un renforcement des politiques de gestion des risques, en lien avec les politiques d'aménagement du territoire, pourrait permettre une meilleure préservation de la ressource.

Concernant les pesticides, la région compte, en 2004, 29 zones jugées prioritaires. Parmi elles, 9 secteurs disposent d'un diagnostic et 6 sont engagés dans un programme d'actions. En 2003, un état des lieux de la conformité des eaux de consommation a mis en évidence une assez bonne qualité, avec 91 % de la population alimentée par une eau à teneur en pesticides conforme en permanence aux limites de qualité réglementaire. L'Ardèche et l'Isère présentaient la situation la plus défavorable.

Si de nombreuses recherches scientifiques ont cours aujourd'hui dans le domaine de l'eau, rien n'a été identifié, notamment en Rhône-Alpes, sur différents polluants préoccupants d'un point de vue sanitaire tels les parasites (*Cryptosporidium* et *Giardia*), les sous-produits dérivés du chlore, les résidus de médicaments, les plastifiants et les pesticides. Des inventaires spécifiques et des évaluations de toxicité couplées à des études sur la morbidité attribuable pourraient permettre de mieux appréhender les risques et guider des mesures de contrôle et de prévention.

L'air

Les principales sources de pollution atmosphérique sont l'industrie et les transports. La région Rhône-Alpes occupe la première place des régions les plus émettrices des volumes atmosphériques de composés organiques volatils (COV), hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP) et de cuivre. Globalement, on peut dire que l'air est de bonne qualité pour le dioxyde de soufre (SO₂), le monoxyde de carbone (CO) et le plomb. Il est de mauvaise qualité pour

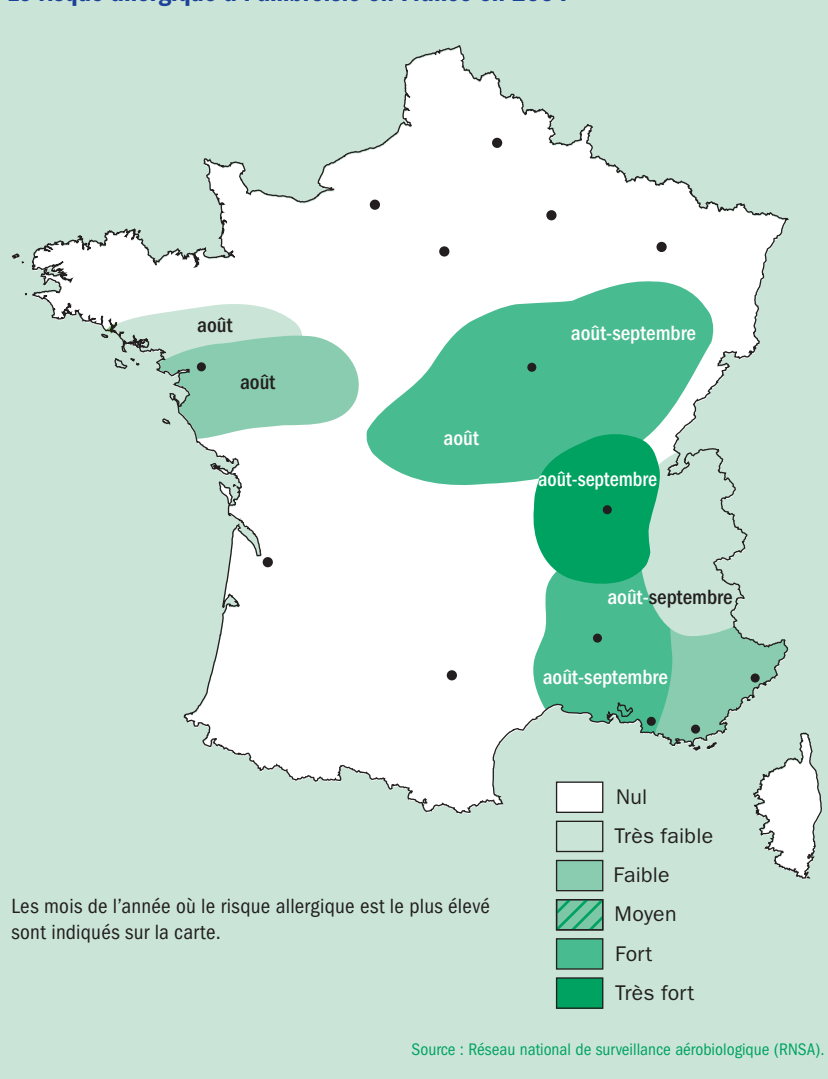
les oxydes d'azote (NOx), les particules (PM_{2,5}) ainsi que pour l'ozone. Enfin, il est dans une situation critique pour certains COV (benzène) et les HAP.

À court terme, la pollution atmosphérique provoque des décès anticipés (d'origine respiratoire et cardio-vasculaire) et aggrave la prévalence de symptômes respiratoires chez les sujets sensibles (asthmatiques, insuffisants respiratoires, etc.). À long terme, elle augmente le risque de décès, diminue la fonction respiratoire et favorise le développement d'affections respiratoires chroniques. Dans la région, la surveillance de la qualité de l'air est assurée par six associations agréées. Seuls certains polluants indicateurs font

l'objet d'un suivi quotidien et de mise en place d'alertes. Mais, sous l'angle de la santé publique, la prévention ne peut se résumer aux seuls évitements des pics de pollution. Il est désormais établi, compte tenu du grand nombre de personnes vivant en milieu urbain, qu'une amélioration de la qualité de l'air au-delà du respect des valeurs limites réglementaires permettrait des gains sanitaires très importants. Les mesures politiques à entreprendre doivent être envisagées à travers une approche globale qui vise à diminuer les niveaux quotidiens de pollution. De plus, particularisme rhônalpin, le risque allergique élevé pour les pollens d'ambrosie est aussi à prendre en considération (figure 1). Il fait

figure 1

Le risque allergique à l'ambrosie en France en 2004



l'objet d'une action spécifique du plan régional santé-environnement. Une coordination entre les différents acteurs (agriculteurs, élus, propriétaires privés, etc.) reste à développer pour gérer et maîtriser ce risque.

L'habitat et l'air intérieur

Les concentrations de polluants peuvent être bien plus fortes à l'intérieur des logements qu'à l'extérieur (COV notamment), et l'homme passe 70 à 90 % de son temps à l'intérieur de locaux. La pollution par des gaz, des particules ou divers micro-organismes peut occasionner une aggravation des maladies respiratoires, chroniques ou aiguës, des crises d'asthme, des allergies, voire l'asphyxie en cas d'intoxication sévère au monoxyde de carbone. Sur ce dernier point, on a compté en Rhône-Alpes, entre 2002 et 2004, près de 200 séjours hospitaliers par an pour intoxications oxycarbonées (figure 2).

En 2000, 30 départements ont été reconnus à risque radon, dont la Loire, l'Ardèche, et la Savoie en Rhône-Alpes, rejoints en 2003 par le Rhône.

La prise de conscience de l'importance de la qualité de l'air intérieur est relativement récente et rares sont encore les études menées dans la région qui visent à mieux connaître cette pollution.

Les sols

On compte 3 775 sites pollués en France en 2005, dont 544 en Rhône-Alpes (14 %), soit le plus grand nombre régional de sites et sols pollués (figure 3). L'exposition de la population peut être directe, par ingestion ou inhalation de poussières de sols, ou indirecte, par ingestion d'aliments contaminés.

La part des effets sanitaires attribuables à la pollution des sols reste cependant difficile à évaluer. L'évaluation des risques sanitaires liés à la pollution des sols passe par une nécessaire amélioration des connaissances concernant l'exposition des populations.

Mais la problématique des sols n'apparaît pas comme une priorité en santé publique. Elle n'est souvent prise en compte qu'à travers l'identification des activités de sites industriels et apparaît alors en complément des émissions aériennes industrielles. C'est donc aujourd'hui dans la dimension sanitaire que des efforts méritent d'être déployés.

figure 2

Les intoxications oxycarbonées en région Rhône-Alpes en 2002-2004

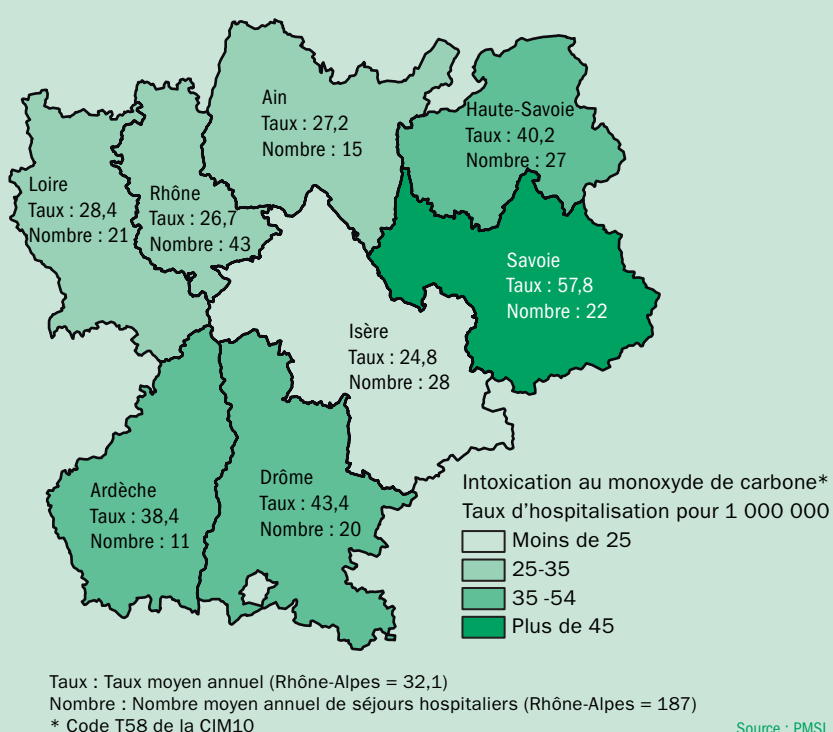
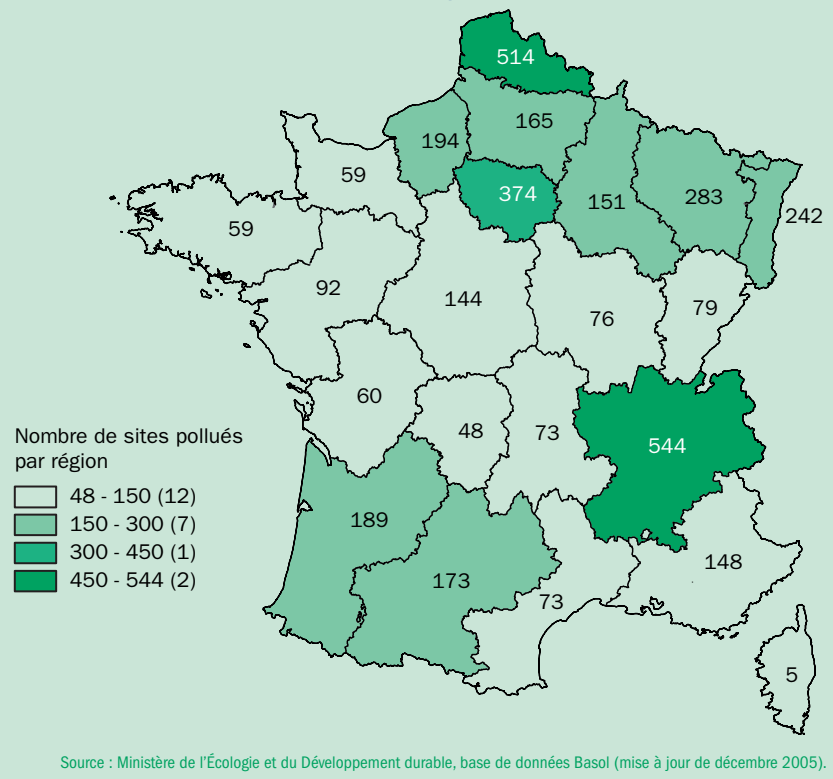


figure 3

Carte des sites pollués inventoriés par région



D'autres enjeux

L'activité industrielle, les pratiques agricoles, le traitement des déchets, les transports

De manière plus transversale, l'activité industrielle, les pratiques agricoles, le traitement des déchets ou encore les transports sont sources de nombreux rejets. Leur impact sanitaire va dépendre des milieux contaminés, de la nature des risques, des types de polluants, de leurs concentrations et des voies d'exposition. Les effets peuvent aller de la simple gêne olfactive à la survenue de cancers. La maîtrise de ces risques repose essentiellement sur la réglementation, la réduction des volumes émis, sur la modification généralisée des pratiques, habitudes et comportements, mais aussi sur un meilleur suivi des professionnels travaillant sur les sites et une amélioration de l'information des riverains.

Les risques naturels et climatiques

La région Rhône-Alpes est particulièrement concernée par les risques naturels, soit disséminés (inondations, mouvements de terrain, etc.), soit concentrés dans certaines zones (avalanches et éboulements dans les Alpes, incendies de forêt dans le Sud). La gestion des risques s'articule autour de mesures préventives telles que des cartographies des risques pour une prise en compte, dans les documents d'urbanisme, des mesures d'aménagement, la mise en place de plans organisant la veille et l'alerte (plan communal de sauvegarde, plans relatifs aux vagues de froid et de chaleur, dispositif Orsec, etc.), mais aussi d'actions d'information et de sensibilisation

des populations (risques en montagne, par exemple).

Difficultés rencontrées et discussion

Les données de santé-environnement sont encore caractérisées par leur importante dispersion et leur accessibilité limitée. Nombreuses sont les données recueillies qui sont pas ou irrégulièrement exploitées. Aujourd'hui, en Rhône-Alpes, le dernier état des lieux sur l'eau potable diffusé en région date de 1999, alors que la surveillance réalisée par les services de l'État est continue. Sachant que ces derniers interviennent aussi dans l'élimination des déchets, le cadre de vie, l'habitat, les nuisances sonores, l'hygiène alimentaire, les pollutions chimiques, biologiques et microbiologiques, sans qu'une visibilité systématique extérieure ne soit donnée, de nombreuses améliorations en matière de diffusion de l'information sont envisageables.

De plus, la qualité des données est parfois insuffisante. La variabilité des modalités de recueil d'information, des procédures d'échantillonnage, des sources utilisées (enquêtes, études, estimations), du maillage géographique, etc., rendent souvent les comparaisons, spatiales ou temporelles, délicates voire impossibles. L'exhaustivité de recueil peut être très variable et entraîner des biais majeurs (dépistage du saturnisme, enregistrement des cas de légionellose, etc.).

Par ailleurs, comme précisé ci-dessus, il existe encore de nombreuses lacunes en matière d'observation et de surveillance

(perturbateurs endocriniens dans l'eau, dioxines et furanes dans les sols, pesticides dans l'air et l'alimentation, etc.).

Pour réduire ces entraves à l'acquisition de connaissances sur les liens entre exposition environnementale et état de santé, une réflexion pourrait être menée au niveau régional sur la mise en place d'un système d'information en santé-environnement et l'accès aux données. Des concertations et une organisation en un réseau régional d'expertise collective sembleraient également des perspectives pertinentes.

Des expériences comme le TBRSE ou le profil environnemental régional [5] contribuent à alimenter cette réflexion et à rendre plus accessibles les informations nécessaires à l'action. Les prochaines actualisations du TBRSE permettront de constater les éventuels progrès dans ce domaine. ■

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier le conseil régional Rhône-Alpes pour son soutien, les experts qui ont bien voulu se prêter à l'exercice de relecture des dossiers, et enfin toutes les institutions sollicitées en vue d'obtenir des données.

Bibliographie

1. Bocquier A., Mayer L., Michel E., Sabatier L., Verger P., Viau A. *Tableau de bord régional santé-environnement*. Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Édition 2005, 241 p.
2. Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, ministère de l'Écologie et du Développement durable, ministère de l'Emploi du Travail et de la Cohésion sociale, ministère délégué à la Recherche. *Plan national santé environ-*
3. Préfecture de la région Rhône-Alpes. *Plan régional santé-environnement en Rhône-Alpes*. 2006-2010. Sept. 2006, 159 p.
4. Dab W. *Santé et environnement*. Que sais-je ? Ed. PUF, n° 3771, février, 2007, 128 p.
5. Préfecture de la région Rhône-Alpes, région Rhône-Alpes, Direction régionale de l'environnement (DIREN) Rhône-Alpes et Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME). *Profil environnemental régional 2005*. Mars 2006, 174 p.

Recherche en santé mentale et santé publique

Inserm U669

Date de création

1^{er} janvier 2005

Formations antérieures

L'unité Inserm U669 s'est constituée à partir de l'équipe de recherche universitaire « Innovation méthodologique en santé mentale » JE2360 et à partir des services hospitalo-universitaires :

- Santé publique (Département de santé publique de l'hôpital Paul Brousse, Bruno Falissard),
- Psychiatrie infanto-juvénile (service du P^r Bernard Golse, Necker-Enfants-malades; service du P^r Maurice Corcos, Institut mutualiste Montsouris; service du P^r Catherine Jousset, Fondation Val-lée; Service du P^r Marcel Rufo, Maison des adolescents),
- Psychiatrie adulte (service du P^r Patrick Hardy, Le Kremlin-Bicêtre; service du P^r Michel Reynaud, Paul Brousse; service du P^r Frédéric Rouillon, hôpital Sainte-Anne).

Directeur

Bruno Falissard

Coordonnées

Inserm U669

Maison de Solenn
97 boulevard de Port-Royal
75679 Paris cedex 14
Tél. : 01 58 41 28 50
Courriel :

falissard_b@wanadoo.fr

Structure

Composition

Deux axes de recherches et dix pôles d'activité

Structures associées

L'unité est mixte. Ses trois tutelles sont : l'Inserm, l'université Paris Sud (XI), l'université René Descartes (V). L'unité fait partie de l'IFR 69 « Épidémiologie, sciences sociales et santé publique », ainsi que de l'IFR 77 « Affections du système nerveux central ».

Collaborations

L'unité Inserm U669 est une unité associée franco-canadienne. Cette association a été officialisée en 2007, le partenaire québécois étant le GRIP (Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant, université de Montréal), dirigé par le P^r Richard Tremblay. Des relations privilégiées ont été nouées avec le conseil général du Val-de-Marne (Elisabeth Feur), ainsi qu'avec l'OFDT (Observatoire français sur les drogues et la toxicomanie, Stéphane Legleye).

Thèmes de recherche

Les recherches s'articulent autour de dix pôles :

- Évaluation pharmacologique et épidémiologique du médicament (Emmanuelle Corruble) : Évaluation des effets des médicaments psychotropes. Les méthodologies utilisées relèvent de la pharmacogénétique, de la psychopathologie quantitative et de la pharmacoépidémiologie.
- Épidémiologie psychiatrique de l'adulte (Isabelle Gasquet) : Évaluation de réseaux de soins en psychiatrie (Yvelines-sud, réseau en alcoologie), mesure de la satisfaction des patients et des soignants, pharmacoépidémiologie des psychotropes en population générale. Étude de la santé mentale en milieu carcéral.
- Neuro-développement et troubles des apprentissages (Laurence Vavre-Douret) : Troubles développementaux des enfants et adolescents à fort potentiel (quotient intellectuel), évaluation standardisée du développement psychomoteur, essais randomisés de prévention des troubles psychomoteurs en réanimation néonatale.
- Méthodologie de recherche en psychiatrie (Bruno Falissard) : Développements de nouvelles stratégies

de mesure en psychiatrie et en santé mentale. Techniques de redressement des études d'épidémiologie évaluatives non randomisées. Essai randomisé d'évaluation de psychothérapie (sevrage au cannabis chez l'adolescent).

- Méthodes qualitatives (Catherine Jousset, Anne Révah-Lévy) : Développement et application de l'analyse de contenu à des objets de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Par exemple : expérience du deuil d'un très jeune enfant en réanimation; expérience du vécu des prisonniers purgeant des longues peines; évaluation de l'investissement narcissique du corps masculin; vécu d'enfants et d'adolescents de parents cérébrolésés.

- Recherche clinique et épidémiologique des troubles des conduites alimentaires (Nathalie Godart) : Évaluation des prises en charge des troubles des conduites alimentaires. Recherche de facteurs pronostiques de l'évolution et des coûts. Étude de la psychopathologie et physiopathologie : comorbidité, personnalité, relations familiales, fonctionnement cognitif, attachement, état somatique (clinique et biologique).

- Études longitudinales et interven-

Objectifs et orientations

L'unité Inserm U669 s'intéresse aux problèmes de santé mentale dans une perspective de santé publique. Deux grandes thématiques sont abordées :

- Les conduites de destruction de l'adolescent et du jeune adulte. Destruction de soi (tentatives de suicide, toxicomanie, troubles des conduites alimentaires) ou destruction d'autrui (troubles des conduites, personnalité antisociale, trouble limite de la personnalité).
- L'évaluation des thérapeutiques en psychiatrie (traitements psychotropes, des psychothérapies, des prises en charges globales ou des réseaux de soin dans le domaine de la santé mentale). Les méthodologies utilisées relèvent avant tout de l'épidémiologie, avec des ouvertures sur les sciences humaines et sociales et sur les sciences cognitives.

tionnelles, troubles des conduites et des comportements alimentaires en relation avec l'attachement (Sylvana Côté) : Prévention précoce des troubles des conduites auprès de femmes enceintes en difficulté : étude randomisée. Facteurs de risque développementaux et familiaux de troubles du comportement alimentaire (étude de cohorte). Étude de trajectoires évolutives.

- Trouble de la personnalité borderline (Maurice Corcos) : Psychopathologie du trouble borderline chez l'adolescent et l'adulte. Essai randomisé (« hotline » téléphonique) pour la prévention du suicide chez les patients souffrant de personnalité borderline.

- Recherche clinique et épidémiologiques dans les troubles addictifs (Michel Reynaud) : Épidémiologie, étude des dysfonctionnements cognitifs dans les troubles addictifs

- Épidémiologie générale de la santé mentale de l'adolescent (Marie Choquet) : Suivi des prévalences et des facteurs de risques de troubles mentaux (problèmes comportementaux, consommation de substances, dépression) chez l'adolescent en population générale. Études Espad et Escapad.

profession médicale

Le métier d'infirmière libérale.
Portrait sociologique d'une
profession en pleine mutation
Florence Douguet, Alain Vilbrod.
Paris, Éditions Seli Arslan, 2007.

Les quelque 60 000 infirmières libérales en exercice en France occupent une place particulière dans les interventions médicales à domicile. Cependant, assez étonnamment, leur métier a suscité jusqu'alors très peu d'études. Il connaît pourtant de profondes mutations et se trouve désormais à la croisée des chemins. Bien des explications à une telle carence peuvent être avancées, au-delà du « tropisme médical » qui aboutit à une profusion de recherches portant sur les médecins et à de relatifs silences sur des professions sanitaires moins en vue. Pour ce qui concerne les infirmières libérales, s'il existe donc quelques ouvrages faisant la part belle aux témoignages, les publications scientifiques sont, quant à elles, quasi inexistantes. Une part importante de leurs pratiques

reste ainsi largement méconnue et ces professionnelles peinent elles-mêmes à faire reconnaître leur espace d'exercice propre.

Sur l'étendue de leurs activités, plutôt mal connues car perçues à travers un prisme déformant, celui des actes répertoriés, sur la part de symboles, de valeurs impulsées, d'engagement personnel, quasi jamais restitués, sur la manière aussi dont elles concilient vie professionnelle et vie privée, les infirmières libérales sont pourtant assez prolixes pour peu qu'on les écoute. On mesure alors tout ce qui peut renvoyer au malaise qu'une large part d'entre elles ne manque pas de manifester. Entre accaparement à la tâche et sentiment de ne pas être reconnues à la juste valeur de tout ce qu'elles entreprennent, se donne, de fait, souvent à entendre une certaine désillusion dans l'exercice d'une profession, libérale certes, mais de fait largement administrée.

Ce constat a été à l'origine d'une vaste étude de terrain à la fois quantitative (un peu plus de 1 000 questionnaires portant sur un échantillon représentatif à

l'échelle nationale) et qualitative (plus de 120 entretiens). Les nombreuses données recueillies et restituées au fil de ce livre très complet portent à la fois sur les parcours biographiques, le travail quotidien et les représentations du métier chez ces infirmières. Les analyses conduisent d'abord à souligner la singularité de leurs origines sociales, de leurs trajectoires et de leurs expériences professionnelles. Au-delà, l'ouvrage apporte un précieux éclairage sur les conditions d'exercice et la teneur réelle des pratiques des infirmières libérales. Les actes répertoriés et transmis aux organismes payeurs ne rendent compte en effet que très partiellement de tout ce qui est réalisé par ces femmes (85 % des effectifs) et par ces hommes (15 %), toutes et tous fortement investis dans leur exercice professionnel.

Métier empreint d'une technicité avérée, c'est aussi un exercice qui met en jeu une relation singulière à la personne soignée. C'est un métier relationnel, sans faux-semblant, où le dire et le faire ne peuvent être dissociés. En deçà et au-delà des procé-

dures, les infirmières libérales jouent sur les valeurs, cherchent à impulser du sens ; tout cela requiert des aptitudes techniques mais aussi des compétences au maniement de symboles. Infirmière libérale, c'est un métier où il est bien difficile de ne pas s'impliquer, où l'on donne de soi, où l'on est en permanence renvoyé à soi. L'ouvrage montre aussi que ces infirmières libérales sont amenées, quelquefois bon gré mal gré, à outrepasser leur rôle, à gérer les liens avec les familles, avec d'autres professionnels, à « dépanner » de diverses façons une part de leur clientèle, majoritairement âgée, dépendante, et pour laquelle cette femme de métier est la personne la plus régulièrement côtoyée.

Ce livre révèle ainsi au lecteur les multiples facettes du métier d'infirmière libérale, les femmes et les hommes qui l'exercent résistant à toute tentative de schématisation. Il apporte assurément une somme de nouvelles connaissances sur une profession jusqu'alors mal connue du grand public et des spécialistes.

Sandrine Chambaretaud

Loi handicap

Loi « handicap » pour suivre la réforme...

Paul Blanc, sénateur.

Rapport d'information fait au nom de la Commission des affaires sociales sur l'application de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005. Les rapports du Sénat, Commission des affaires sociales, n° 356, juillet 2007, 95 pages, 3,50 euros.

L'adoption de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a soulevé un grand espoir, chez ces personnes et leur famille, d'une mise en œuvre effective du

droit à compensation et de leur intégration pleine et entière à la vie de cité. Deux ans plus tard, si des efforts importants ont été engagés pour assurer la traduction concrète de la loi avec la mobilisation des départements, de nombreux efforts restent à poursuivre dans la mise en œuvre institutionnelle ainsi que dans le domaine de l'intégration des personnes handicapées, notamment dans l'emploi et l'accessibilité de la cité.



VIH/sida

Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida

Sous la direction de Nathalie Lydié
Éditions INPES,
Études santé,
juin 2007, 183 pages, 18,50 euros.

Le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports et l'INPES présentent la première enquête sur les connaissances, attitudes,

croyances et comportements face au VIH/sida des populations originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Ile-de-France. Cette enquête réalisée auprès de 1 874 personnes âgées de 18 à 49 ans a nécessité la mise en place d'une méthodologie originale permettant, grâce à de meilleures connaissances et perception des comportements de ces populations, de disposer d'informations pour mener une politique de prévention adéquate et plus efficace à l'avenir. Cette étude est complétée par des annexes : questionnaire de l'enquête présenté dans son intégralité, les données par commune, la liste des tableaux et des figures.

Pays de la Loire

La santé observée dans les Pays de la Loire

Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire, *Tableau de bord régional sur la santé*, édition 2007, juin 2007, 222 pages.

Dans le cadre du contrat de projet État-région 2007-2013, l'observatoire régional de la santé des Pays de la Loire produit la seconde édition du tableau de bord régional, qui rassemble en 83 fiches thématiques les principales données caractéristiques sur la santé de la population : les données démographiques, l'état de santé des populations et les disparités de santé, les problèmes de santé et pathologies, les déterminants comportementaux et environnementaux et les ressources sanitaires de la région. Chaque fiche permet de faire une comparaison en présentant, pour chaque thème traité, le contexte national et les données spécifiques de la région. Cette dernière édition s'est enrichie de nouvelles fiches concernant certaines pathologies, l'environnement et le dispositif de soins.



agences de sécurité sanitaire

Les agences de sécurité sanitaire : de la réactivité à la stratégie

Nicole Bricq, sénatrice.
Rapport d'information fait au nom de la Commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la nation sur le dispositif des agences en matière de sécurité sanitaire. Les rapports du Sénat, n° 355, juin 2007, 88 pages. 3,50 euros.

Depuis le début des années 1990, le recours aux agences en matière de sécurité sanitaire n'a cessé de se développer pour répondre d'une manière réactive, efficiente et rapide à des crises graves. Face à la montée en puissance des moyens humains et financiers alloués à ces organismes, l'objet de ce rapport présenté par Nicole Bricq est de faire le point sur ces dispositifs, conçus comme formes alternatives aux administrations traditionnelles et d'en évaluer le fonctionnement (comme y invite la LOLF) au regard de deux notions : la « bonne administration » et l'efficacité.

conduites addictives

Toxicomanies et usages de drogues à Paris : état des lieux et évolutions en 2006

Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, juillet 2007, 186 pages.

Les informations réalisées dans deux espaces, « l'espace urbain » et « les espaces festifs », ont été recueillies à Paris en 2006 dans le cadre du dispositif Trend « tendances récentes et nouvelles drogues » (mis en place en 1999 par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et coordonné à Paris par l'ORS d'Ile-de-France). Les observations montrent une grande désinsertion des usagers de « l'espace urbain » fréquentant les structures parisiennes de première ligne, vivant dans des conditions d'isolement important et d'extrême précarité. Les niveaux de consommation de produits psychotropes y sont particulièrement élevés, avec des pratiques fréquentes de partage du matériel d'injection entraînant des infections. Les professionnels de santé participant au dispositif Trend Paris ont souligné les difficultés de prise en charge de ces usagers de drogues, présentant parfois une comorbidité psychiatrique. Dans « les espaces festifs », on note un

« retour » des petites free parties attirant un public plus féminin qu'auparavant et consommant une diversification croissante de produits (cocaïne, ecstasy, héroïne), avec une recherche d'un effet de « défoncé » associée à l'alcool. L'année 2006 est marquée par une augmentation du trafic de médicaments détournés.



assurance maladie

Rapport 2007 de la Cour des comptes

La Documentation française.
Rapport 2007 de la Cour des comptes, septembre 2007, 464 pages.

En 2006, le déficit du régime général a été réduit à 8,7 milliards d'euros, contre 11,6 milliards d'euros en 2005 ; celui de l'ensemble des régimes de base de 11 milliards d'euros à 8 milliards d'euros et celui des deux fonds de financement, FSV et FFIPSA, de 3,4 milliards d'euros à 2,6 milliards d'euros. Mais la cour note que cette amélioration de la situation financière reste à la fois fragile et partielle, et souligne à nouveau la gravité de la situation financière de la Sécurité sociale. Elle rend un premier avis « sur la cohérence des tableaux d'équilibre », qui font apparaître les écarts entre prévisions initiales, prévisions révisées et réalisations et mettent en évidence les résultats cumulés des régimes et des fonds. La cour appelle à un redressement volontariste des comptes qui passe par la résorption des dettes de l'État, l'arrêt du mitage de l'assiette des cotisations et la recherche d'économies en matière de gestion et de prestations. Elle s'est également livrée à un premier bilan partiel de la mise en œuvre de la loi de 2004 sur l'assurance maladie : la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie et la mise en place du parcours de soins coordonné dans une problématique plus vaste incluant une analyse de la démographie médicale et des revenus des médecins. La cour a également porté son attention sur la consommation et la prescription de médicaments en ville et sur les dépenses hospitalières (politique d'achat des hôpitaux).

La vaccination par le BCG

L'obligation de vaccination par le BCG chez l'enfant et l'adolescent est suspendue au profit d'une forte recommandation de vaccination des enfants les plus exposés à la tuberculose... Cette décision fait suite aux expertises scientifiques et aux recommandations du Conseil supérieur d'hygiène publique de France et est rendue possible par l'élaboration et le lancement du programme national de lutte contre la tuberculose 2007-2009. Sur le site du ministère, sont disponibles : le discours du ministre en date du 11 juillet 2007, un dossier de presse, des généralités sur la tuberculose, les nouvelles recommandations, le nouveau programme de lutte contre la tuberculose et les sites Internet utiles.

<http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/tuberculose/sommaire.htm>

Mise en œuvre de la loi sur le handicap et du fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)

Le 27 août 2007, Patrick Gohet, délégué interministériel aux Personnes handicapées, a remis au ministre du Travail et à la secrétaire d'État à la Solidarité un rapport d'évaluation concernant la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 sur le handicap et l'état d'avancement de la mise en place des maisons départementales des personnes handicapées. Le rapport, tout en rappelant les quatre axes prioritaires de cette politique du handicap (la scolarisation des enfants handicapés, l'emploi des personnes handicapées, l'accessibilité des lieux publics et la mise en place des MDPH), dresse un état des lieux pour chacun d'eux avec les objectifs atteints et ceux qui restent à

poursuivre en proposant une série de mesures pour améliorer le fonctionnement de la réforme : suivi accompagné de la réforme, simplification et amélioration du dispositif juridique, développement de la professionnalisation des enseignants pour la scolarisation des enfants et de la formation des agents dans les MDPH, accélération et relance de l'accessibilité à l'emploi des personnes handicapées et des lieux publics...

<http://www.travail-solidarite.gouv.fr>

Nanotechnologies

La Commission européenne consciente de l'enjeu économique de la technologie émergente que représentent les nanotechnologies, entend faire adopter par les États membres un « code de conduite pour une recherche responsable en nanosciences et nanotechnologies » tel qu'il est prévu par le plan d'action 2005-2009. « Ce code de conduite a pour objectif d'assurer un développement et une utilisation sûrs des nanotechnologies en intégrant une gestion et une maîtrise responsable des questions éthique, sociétale, environnementale et sanitaire. » Ce code s'appuierait sur trois principes fondamentaux : le principe de précaution, le principe d'ouverture et le principe de l'intégrité éthique et morale de la communauté scientifique.

http://ec.europa.eu/research/consultations/pdf/nano-consultation_en.pdf

Mission de médiation et propositions d'adaptation du dispositif de permanence des soins

Le 3 septembre 2007, le Dr Jean-Yves Grall, médiateur national de la permanence des soins (PDS), a remis à la ministre en charge de la Santé un rapport sur la permanence des soins en analysant dans une première

partie les faiblesses du dispositif en 2007 : difficultés d'organisation des professionnels de santé et d'adaptation locale de la PDS, insuffisance de financement et de médecins volontaires, médiation peu opérante auprès de la population par un manque d'information et de communication adaptées, absence de fiabilité du système due à son pilotage structurellement délicat. Dans la deuxième partie, l'auteur préconise des solutions pour un dispositif fiable, pérenne et lisible, en déclinant les sept points stratégiques suivants : redéfinir les missions et clarifier la sémantique (création de l'aide médicale permanente à la population) ; mettre en place un dispositif institutionnel et un financement cohérents ; décliner une organisation homogène, lisible et décloisonnée, assurant la synergie de tous les acteurs ; favoriser le volontariat et la pérennité du dispositif ; adapter les formations ; informer et responsabiliser la population et instaurer une démarche de qualité.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000534/0000.pdf>

Statistiques sanitaires mondiales 2006 de l'OMS

Les statistiques sanitaires mondiales 2006 représentent les estimations les plus récentes depuis 1997, sur une cinquantaine d'indicateurs sanitaires pour les 192 États membres de l'OMS. Cette deuxième édition contient une série plus étendue de statistiques axées en particulier sur l'équité dans la santé et l'accès aux services au sein des différents pays et entre eux. La série d'indicateurs de base propose d'apporter une vision synthétique de la situation sanitaire de la population et de l'état des systèmes de santé d'un pays à un moment donné dans les domaines suivants : mortalité, morbidité, facteurs de

risque, couverture des interventions sanitaires sélectionnées, systèmes de santé, inégalités en matière de santé et caractéristiques démographiques et socio-économiques...

<http://www.who.int/whosis/fr/index.html>

Base de données de mortalité européenne (DMDB)

Cette base de données sur la mortalité, conçue en 2007, permet de faire des comparaisons entre les différentes causes de mortalité dans un certain nombre de pays de la région européenne et de comparer, entre les pays pour un groupe sélectionné, les causes de mortalité.

<http://www.euro.who.int>

Addictions : le premier portail européen sur Internet

L'association European Association of Libraries and Information Services on Alcohol and other Drugs (Elisad) lance le portail européen sur l'alcool, les drogues et les addictions. Ce service en ligne gratuit propose un accès aux ressources du web en Europe. Le portail Elisad, financé par la Commission européenne, est développé dans 22 pays par 27 centres : le réseau français Toxibase et l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, OFDT, en font partie.

<http://www.addictionsinfo.eu>
<http://www.elisad.eu>

médicaments

Médicaments : autorisations temporaires d'utilisation

Décret n° 2007-1047 du 25 juin 2007 modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires), JO du 27 juin 2007.

Ce décret précise les conditions de délivrance des autorisations temporaires d'utilisation de médicaments et d'obtention des autorisations de mise sur le marché avec l'aval de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

vaccination

Comité technique des vaccinations

Arrêté du 18 septembre 2007, JO du 27 septembre 2007.

Le Comité technique des vaccinations a pour missions : d'assurer la veille scientifique sur les évolutions et les perspectives en matière de vaccins ; d'élaborer la stratégie vaccinale en fonction des données épidémiologiques et d'études bénéfice-risque individuel et collectif et d'études médico-économiques relatives aux mesures envisagées ; de proposer des adaptations en matière de recommandations et d'obligations vaccinales pour la mise à jour du calendrier vaccinal.

Les rubriques *Brèves européennes*, *Lectures*, *Lois et réglementation* et *En ligne* ont été rédigées par Antoinette Desportes-Davonneau, sauf mention spéciale.

menaces sanitaires

Menaces sanitaires de grande ampleur

Décret n° 2007-1273 du 27 août 2007, JO du 28 août 2007.

Ce décret pris pour l'application de la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur concerne la constitution et l'organisation du corps de réserve sanitaire (modalités de recrutement, dispositions applicables aux réservistes sanitaires...), ainsi que l'établissement public chargé d'en assurer la gestion.

programme national nutrition santé

Utilisation de la marque « Programme national nutrition santé »

Arrêté du 27 juin 2007, JO du 14 juillet 2007.

Les entreprises publiques ou privées, les organismes ou établissements à caractère public ou privé, les collectivités locales qui souhaitent mener des actions ou engager des campagnes de communication sur le thème nutrition-santé peuvent utiliser, pour une durée d'un an, la marque « Programme national nutrition – santé » sous certaines conditions prévues par un cahier des charges annexé au présent arrêté.

vaccination

Vaccin antituberculeux BCG

Décret n° 2007-1111 du 17 juillet 2007, JO du 19 juillet 2007.

Ce décret relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux indique que cette obligation est suspendue pour les enfants accueillis dans certains établissements mentionnés dans le texte de ce décret.

plan Alzheimer

Création de la Commission nationale et de groupes de travail chargés d'élaborer des propositions pour le plan Alzheimer

Décret n° 2007-1313 du 6 septembre 2007, JO du 7 septembre 2007.

Présidée par Joël Ménard, la Commission nationale, créée pour une durée de quatre mois, est composée de dix membres. Huit groupes de travail sont chargés de donner à la commission des avis techniques sur différentes thématiques : accompagnement des malades et de leurs familles, approches médicosociales ; organisation de la continuité de la prise en charge médicale, neuropsychologie, neuro-imagerie, génétique, psychiatrie ; recherches physiopathologiques ; pharmacologie, thérapeutique, relations avec les industriels ; éthique et communication, nouvelles formations ; économie, financement et prospective ; comparaisons internationales. Le nouveau plan Alzheimer (le troisième en six ans) devra être mis en œuvre le 1^{er} janvier 2008.

produits sanguins

Dépôts de sang

Décret n° 2007-1324 du 7 septembre 2007, JO du 9 septembre 2007.

Il fixe les conditions des autorisations de dépôts de sang, attribuées au titre de l'une des catégories suivantes : dépôt de délivrance, dépôt d'urgence, dépôt relais et dépôt de délivrance. Il indique également les personnes habilitées à exercer les activités de distribution ou de délivrance des produits sanguins labiles.

sécurité sanitaire des dispositifs médicaux

Création de la Commission nationale des dispositifs médicaux

Décret n° 2007-1336 du 10 septembre 2007, JO du 12 septembre 2007.

Cette commission est placée auprès de l'Afssaps. Elle a pour mission de participer à l'évaluation des informations sur les incidents et risques d'incidents mettant en cause des dispositifs médicaux ; de donner un avis à la demande du directeur général de l'Afssaps ; elle doit participer à la veille technologique et également proposer au directeur de l'Agence tous travaux et enquêtes qu'elle estime utiles au maintien de la sécurité sanitaire des dispositifs médicaux. Le décret donne également la composition de cette commission.

voyageurs

Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation

Arrêté du 18 septembre 2007, JO du 27 septembre 2007.

Le Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation a pour missions : d'assurer la veille scientifique en matière de pathologies liées aux voyages, d'élaborer des recommandations pour les voyageurs en fonction des données épidémiologiques et des connaissances actualisées en matière de prévention, et d'élaborer des recommandations pour éviter l'importation de maladies infectieuses.

Europe



influenza aviaire

Mesures visant à empêcher la propagation de l'influenza aviaire hautement pathogène aux autres oiseaux captifs détenus dans les jardins zoologiques et dans les organismes, instituts ou centres officiellement agréés des États membres.

Décision de la Commission du 28 août 2007, JOUE du 1^{er} septembre 2007.

Cette décision établit des règles visant à prévenir la propagation, par des oiseaux vivant à l'état sauvage, de l'influenza aviaire hautement pathogène aux oiseaux détenus dans les jardins zoologiques et dans les organismes, instituts ou centres officiellement agréés, par un plan de vaccination préventive. Ces jardins zoologiques et autres centres agréés où la vaccination doit être pratiquée sont répertoriés par les États membres, qui doivent présenter chaque année un rapport sur l'application des plans de vaccination préventive.



aide alimentaire

Règlement modifiant le règlement (CE) n° 1539/2006 adoptant un plan portant attribution aux États membres de ressources imputables à l'exercice 2007 pour la fourniture de denrées alimentaires provenant de stocks d'intervention au bénéfice des personnes les plus démunies de la Communauté, et dérogeant au règlement (CEE), n° 3149/92

Règlement (CE) n° 937/2007 de la Commission du 6 août 2007, JOUE du 7 août 2007.

La commission a adopté un plan portant attribution de ressources aux États membres,

pour la distribution de denrées alimentaires au profit des personnes les plus démunies de la Communauté. Le plan détermine également pour chacun des États membres appliquant l'action, les moyens financiers maximaux mis à disposition pour exécuter leur part de plan ainsi que la quantité de chaque type de produit à retirer des stocks détenus par les organismes d'intervention. En effet, il convient d'affecter les nouvelles ressources disponibles à d'autres États membres en fonction de leurs demandes.



santé des consommateurs

Les teneurs maximales en résidus (TMR) de pesticides

Directive 2007/56/CE de la Commission du 17 septembre 2007, JOUE du 18 septembre 2007.

Les teneurs maximales en résidus (TMR) correspondent à l'utilisation de quantités minimales de pesticides (sur et dans les céréales, sur et dans les denrées alimentaires d'origine animale, sur ou dans certains produits d'origine végétale, y compris les fruits et légumes) pour assurer une protection efficace des végétaux, appliquées de telle sorte que la quantité de résidus soit la plus réduite possible et soit acceptable sur le plan toxicologique, notamment pour ce qui est de l'apport alimentaire estimé. Les TMR de pesticides relevant de la directive 90/642/CEE doivent être constamment réexaminées. Pour protéger la santé des consommateurs, la présente directive modifie certaines annexes des directives 86/362/CEE et 90/642/CEE du Conseil en ce qui concerne les teneurs maximales en résidus des subs-

tances suivantes : azoxystrobine, chlorothalonil, deltaméthrine, hexachlorobenzène, ioxynil, oxamyl et quinoxifène.



dispositifs médicaux

Directive 2007/47/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 septembre 2007 modifiant la directive 90/385/CEE du Conseil concernant le rapprochement des législations des États membres relatives aux dispositifs médicaux implantables actifs, la directive 93/42/CEE du Conseil relative aux dispositifs médicaux et la directive 98/8CE concernant la mise sur le marché des produits biocides.

Directive 2007/47/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 septembre 2007, JOUE du 21 septembre 2007.

Pour améliorer la protection de la santé et de la sécurité publiques, la directive 2007/47/CE modifie trois directives précédentes relatives aux dispositifs médicaux et à la mise sur le marché des produits biocides pour veiller à une application plus cohérente de ces dispositifs afin qu'ils ne mettent pas en danger, au moment de leur utilisation, la santé ou la sécurité des patients : informations relatives à l'enregistrement, rapports de vigilance, contrôles de conformité, évaluation, certificats...

Paris

Le 10 novembre 2007

Journée nationale «Autisme et pratiques adaptées : de la théorie à la pratique», organisée par Autisme France

Renseignements

Autisme France
460, avenue de la Quiera
06370 Mouans-Sartoux
Téléphone : 04 93 46 01 77
Télécopie : 04 93 46 01 14
Courriel : autisme.France@wanadoo.fr

Paris

Le 18 novembre 2007

Journée d'études : « Le jeune enfant sourd : consensus et controverses », organisée par le Groupe d'études et recherches sur la surdité (GERS)

Renseignements

Annette Gorouben
1, square du Croisic
75015 Paris
Téléphone : 01 47 34 94 47
Télécopie : 01 47 34 94 47
Site : www.gers-biling.net
Courriel : annette.gorouben@noos.fr

Nice

Les 20 et 22 novembre 2007

9^e réunion francophone sur la maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés, organisée par Alliance médicale et scientifique

Renseignements

Service gestion congrès
Nice-Acropolis
1, esplanade Kennedy
06000 Nice Cedex 04
Téléphone : 04 93 92 81 61
Télécopie : 04 93 92 83 38
Courriel : alzheimer2007@nice-acropolis.com

Rennes

Les 22 et 23 novembre 2007

Colloque : « La gérontologie au prisme des sciences humaines : histoire et prospective », organisé par l'Association psychologie et vieillissement

Renseignements

Association psychologie et vieillissement
6, square de Provence
35000 Rennes
Téléphone : 02 99 54 94 68
Télécopie : 02 99 54 67 42
Site : www.psychogeronto.com
Courriel : psychologie.vieillessement@wanadoo.fr

Saint-Martin-d'Hères

Le 22 novembre 2007

Séminaire : « 1987-2007 : l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés », organisé par le Centre pluridisciplinaire de gérontologie (CPDG)

Renseignements

CPDG
Université Pierre Mendès France
1221, avenue Centrale
38040 Grenoble
Téléphone : 04 76 82 73 00
Télécopie : 04 76 82 73 01
Courriel : cpdg@upmf-grenoble.fr

Paris

Les 23 et 24 novembre 2007

Séminaire de la SFA : Observations cliniques et interprétations psychanalytiques : de la souffrance des patients alcooliques aux modes de prise en charge

Renseignements

Téléphone : 01 46 38 24 14
Télécopie : 01 40 95 72 15
Courriel : princeps.format@wanadoo.fr

Toulouse

Les 24 et 25 novembre 2007

3^e rassemblement national : « L'implant cochléaire et la surdité avec déficience associée », organisé par l'Aparsha

Renseignements

Jean-Pierre Moindreau
Aparsha France
11, rue du Stade
17700 Surgères
Téléphone : 05 46 07 15 16
Télécopie : 05 46 43 05 45
Courriel : aparshafrance@orange.fr

Paris

Les 26 et 28 novembre 2007

Première conférence internationale sur monoxyde d'azote et cancer, organisée par l'École pratique des hautes études (EPHE)

Renseignements

INHA
2, rue Vivienne
75002 Paris
Courriel : nocancer@ephe.sorbonne.fr

Lyon

Le 30 novembre 2007

19^e colloque de l'Association française d'étude des ambroisies (Afeda)

Renseignements

Afeda
25, rue Ambroise Paré
69800 Saint-Priest
Téléphone : 04 78 40 61 75
Courriel : afeda@wanadoo.fr

Marseille

Le 30 novembre 2007

Congrès « Cancer et douleur en gastro-entérologie », organisé par le CLEF

Renseignements

Le CLEF
26, rue Pierre Sépard
92320 Châtillon
Téléphone : 01 41 48 54 49
Télécopie : 01 41 48 58 17
Courriel : infos.leclef@orange.fr

Lille

Le 6 décembre 2007

Alimentation des populations défavorisées : comment agir ?

Renseignements

Sandrine Siret
Téléphone : 03 28 38 50 23
Courriel : osean@adrinord.asso.fr

Paris

Les 10 et 11 décembre 2007

Les 9^{es} journées internationales de la qualité hospitalière

Renseignements

Alain Miquel
Téléphone : 01 45 46 19 00
Télécopie : 01 45 46 21 87
Site : www.mateda.com
Courriel : mateda@atefo.fr

À photocopier ou à découper et à envoyer à
La Documentation française
124, rue Henri-Barbusse
93308 Aubervilliers CEDEX
Téléphone 01 40 15 70 00
Télécopie 01 40 15 68 00

Nom

Prénom

Profession

Adresse

Code postal

Localité

Oui, je m'abonne à **adsp** actualité et dossier en santé publique
(4 numéros par an)

- ☐ France 42,50 euros TTC
- ☐ Europe 45,50 euros TTC
- ☐ DOM-TOM et RP 46,00 euros HT avion éco.
- ☐ Autres pays 47,30 euros HT avion éco.
- ☐ Supplément avion 5,20 euros

- ☐ Le numéro 13,80 euros (à partir du numéro 24)
Participation aux frais de facturation et
de port (sauf pour les abonnements) + 4,95 euros

Ci-joint mon règlement :

☐ Par chèque bancaire ou postal à l'ordre de
M. l'agent comptable de La Documentation française.

☐ Par carte bancaire

date d'expiration [][][][]

numéro [][][][] [][][][][] [][][][][]

Date

Signature



Haut Conseil de la
Santé Publique
www.hcsp.ensp.fr

éditorial

- 1 Les addictions, question sociale, enjeu de santé publique**

Patrick Peretti-Watel

HCSP DIRECT

- 4 Répartition des objectifs au Haut Conseil de la santé publique**

actualité

- 6 La vaccination par le BCG en France : historique et évolution jusqu'à la suspension de l'obligation vaccinale**

Nicole Guérin

- 9 Vaincre les discriminations dans le domaine de la santé mentale : quelques recommandations**

*Jean-Luc Roelandt,
Aude Caria*

rubriques

international

- 12 Prélèvements et greffes d'organes : éthique, droits et devoirs internationaux comparés**

Dominique Grimaud

régions

- 85 Tableau de bord régional santé-environnement : méthodologie et principaux constats**

*Lucile Monestruq,
Olivier Guye*

Prévenir les addictions

dossier coordonné par **Alain Morel, Pierre Poloméni et Pascale Gayraud**

p. 17

18 État des lieux et concepts

- 18 Vers une prise en compte effective des conduites addictives**

Pascale Gayraud, Pierre Poloméni

- 20 Dangereusités et plaisirs : l'ubiquité des drogues en cubes**

Alain Morel

- 22 Les consommations de substances psychoactives en France**

*Jean-Michel Costes,
Hélène Martineau*

- 26 Vers une nouvelle prévention ?**

Alain Morel

- 32 Les acteurs de proximité de la prévention des addictions**

36 Axes de la prévention

- 36 Éducation pour la santé et conduites de consommation à risque**

René Demeulemeester

- 37 Comment la communication peut préparer et accompagner une mesure de santé publique ?**

- 39 « Libre comme l'air » : un coffret d'éducation pour la santé et de prévention du tabagisme au collège**

- 40 Promouvoir, initier et coordonner des actions de prévention du tabagisme et d'aide au sevrage tabagique en entreprise dans la région Limousin**

- 41 Actions de prévention de proximité en addictologie**

Alain Rigaud

- 43 L'aide à distance en addictologie**

Baptiste Cohen

- 45 Le travail, un lieu où apprendre à gérer ensemble la réalité alcool**

*Jean-François Vallette,
Pascale Gayraud*

- 47 Conduites addictives et milieu professionnel**

Michel Massacret

- 48 Un diaporama ouvert pour la formation et la prévention dans les écoles de police**

Pierre Poloméni

- 49 L'intervention précoce : pourquoi et comment ?**

*Jean-Pierre Couteron,
Jean-Jacques Santucci*

- 52 Le repérage précoce de l'alcoolisation excessive et les interventions brèves**

Benoît Fleury

- 54 Intervention précoce à partir des « consultations jeunes consommateurs »**

*Jean-Pierre Couteron,
Jean-Jacques Santucci*

- 55 Le dispositif des « consultations jeunes consommateurs »**

- 56 La réduction des risques : aujourd'hui et demain**

*Catherine Pequart,
Martine Lacoste*

61 Questions actuelles

- 61 Prévention des conduites à risques et question sociale**

Santiago Serrano

- 65 Passer d'une addiction à une autre**

Marc Valleur, Pierre Poloméni

- 69 Vers la reconnaissance et le financement de la prévention**

Alain Rigaud

72 Tribunes

- 72 Quelle efficacité attendre des mesures légales et réglementaires de prévention des conduites addictives ?**

Jean-Louis San Marco

- 75 Recherche du bonheur et conduites addictives**

Serge Boarini

- 78 La prévention des addictions : un modèle « écologique » pour une politique recentrée sur les jeunes**

Baptiste Cohen

83 Bibliographie

repères

- 15 brèves européennes**

- 16 organisme**

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

- 90 recherche**

Recherche en santé mentale et santé publique

- 92 lectures**

- 93 en ligne**

- 94 lois & réglementation**

- 96 calendrier**

3 303335 300607



Prix 13,80 euros
ISSN 1771-7450.
CP : 1008 B 05201

La documentation Française
29-31, quai Voltaire
75344 Paris CEDEX 07

Téléphone : 01 40 15 70 00
Télécopie : 01 40 15 68 00
www.ladocumentationfrancaise.fr