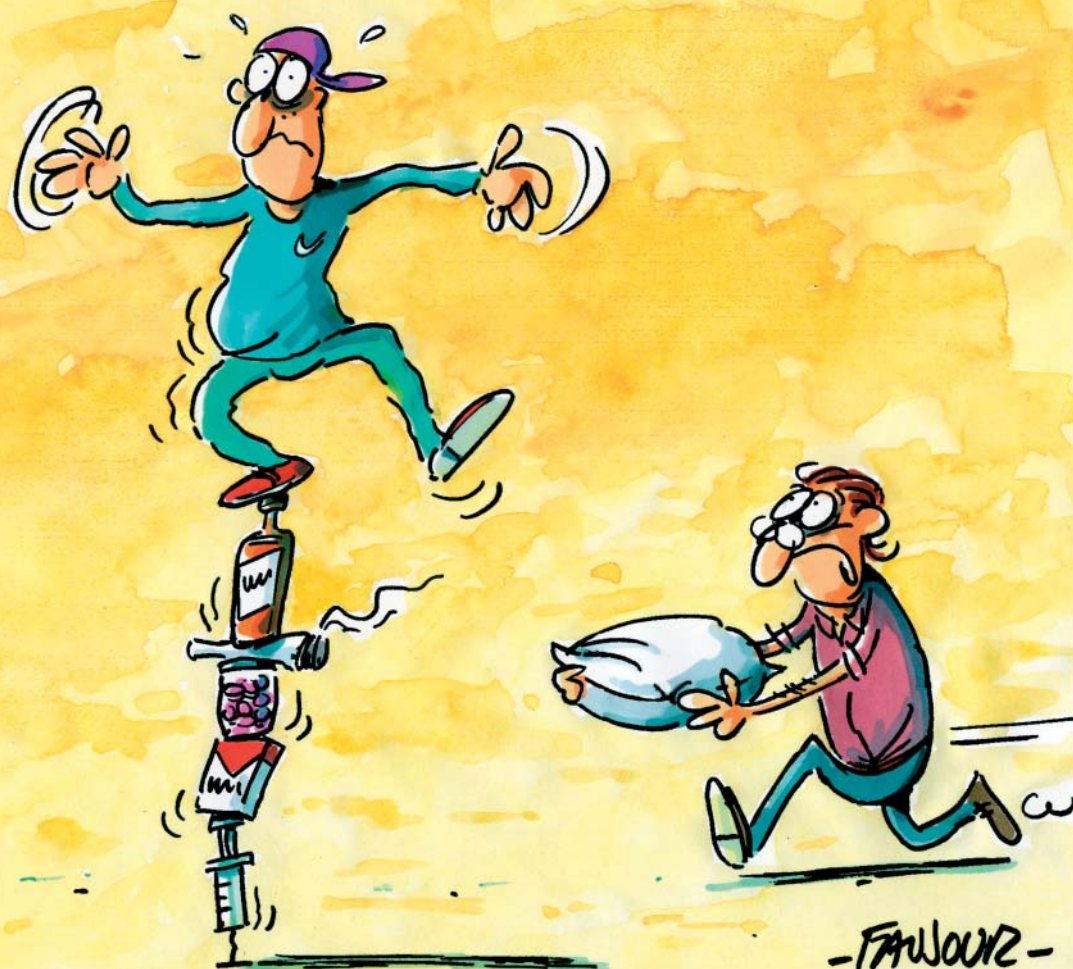


numéro 386

LA Santé

de l'homme

Novembre-Décembre 2006 - 6 €



Prévenir les consommations à risque chez les jeunes

L'inquiétante progression
de l'obésité juvénile

Un entretien
avec le professeur
Arnaud Basdevant

Regard anthropologique
sur la relation
médecins-patients

Institut National
de Prévention
et d'Éducation
pour la Santé
inpes
www.inpes.sante.fr

La revue de la prévention et de l'éducation pour la santé

LA Santé
de l'homme

est éditée par :

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex
Tél. : 01 49 33 22 22
Fax : 01 49 33 23 90
<http://www.inpes.sante.fr>

Directeur de la publication :
Philippe Lamoureux

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Secrétaire de rédaction :
Marie-Frédérique Cormand
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DES RUBRIQUES :

Qualité de vie : **Christine Ferron**
La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux et Nathalie Houzelle**
<sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>
Débats : **Éric Le Grand**
<legrand.eric@cegetel.net>
Aide à l'action : **Christine Gilles et Florence Rostan**
<christine.gilles@inpes.sante.fr>
La santé en chiffres : **Christophe Léon**
<christophe.leon@inpes.sante.fr>
Rubrique internationale : **Jennifer Davies**
<jennifer.davies@inpes.sante.fr>
Éducation du patient : **Isabelle Vincent**
<isabelle.vincent@inpes.sante.fr>
Cinésanté : **Michel Condé**
<michelconde@grignoux.be>
et **Alain Douiller** <alain.douiller@free.fr>
Lectures – Outils : **Olivier Delmer, Sandra Kerzanet et Fabienne Lemonnier**
<doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION :

Soraya Berichi (ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Laure Carrère, Dr Michel Dépinoy (INPES), Alain Douiller (Codes du Vaucluse), Annick Fayard (INPES), Christine Ferron (Hôpital de jour Montsouris du Cerep), Laurence Fond-Harmant (CRP-Santé, Luxembourg), Sylvie Giraud (Fédération nationale de la Mutualité française), Marie-Claude Lamarre (Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé), Anne Laurent-Beq (GRES Médiation santé), Éric Le Grand (conseiller), Claire Méheust (INPES), Colette Ménard (INPES), Félicia Narboni (ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche), Bernadette Roussille (Inspection générale des affaires sociales), Élodie Stanojevich (INPES), Dr Stéphane Tessier (Crésif), Sarah Vozelle (Codes Meurthe - et-Moselle).**

Fondateur : **Pr Pierre Delore.**

FABRICATION

Création graphique : **Frédéric Vion**
Impression : **Mame Imprimeurs – Tours**
ADMINISTRATION
Département Diffusion-Gestion des abonnements : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)
Commission paritaire :
0508 B 06495 – N° ISSN : 0151 1998.
Dépôt légal : 4^e trimestre 2006.
Tirage : 10 000 exemplaires.

Les titres, intertitres et chapô sont de la responsabilité de la rédaction



Tous les deux mois

- l'actualité
- l'expertise
- les pratiques
- les méthodes d'intervention dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé

Une revue de référence et un outil documentaire pour :

- les professionnels de la santé, du social et de l'éducation
- les relais d'information
- les décideurs

Rédigée par des professionnels

- experts et praticiens
- acteurs de terrain
- responsables d'associations et de réseaux
- journalistes

52 pages d'analyses et de témoignages

Abonnez-vous !

| | |
|---------------------------------|------|
| 1 an | 28 € |
| 2 ans | 48 € |
| Étudiants (1 an) | 19 € |
| Autres pays et outre-mer (1 an) | 38 € |

Je recevrai un numéro gratuit parmi les numéros suivants (en fonction des stocks disponibles) :

- Sport et loisirs : prévenir les accidents, N° 354.
- Santé et travail, N° 355.
- Éducation à la sexualité, N° 356.
- Santé mentale, N° 359.
- La promotion de la santé à l'hôpital, N° 360.
- Soixante ans d'éducation pour la santé, N° 362.
- Santé : des enquêtes à la prévention, N° 365.
- L'Europe à l'heure de la promotion de la santé, N° 371.
- Améliorer la prévention des cancers, N° 375.
- Médecins, pharmaciens : les nouveaux éducateurs ? N° 376.

Je souhaite m'abonner pour :

- 1 an (6 numéros)
- 2 ans (12 numéros)
- Étudiants 1 an (6 numéros)
- Autres pays et outre-mer 1 an (6 numéros)

Joindre copie R^e/V^e de la carte d'étudiant

Soit un montant de _____ €

Ci-joint mon règlement à l'ordre de l'INPES par chèque bancaire chèque postal

Nom _____

Prénom _____

Organisme _____

Fonction _____

Adresse _____

Date _____

Signature _____

SH 386

inpes
www.inpes.sante.fr

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
42, bd de la Libération – 93203 Saint-Denis Cedex - France

sommaire

numéro 386

Novembre-Décembre 2006

► Qualité de vie

Obésité des jeunes : une maladie en pleine progression
Denis Dangaix 4

« Créer partout des centres de soins gratuits pour les jeunes obèses »
Entretien avec Arnaud Basdevant 5

Le Languedoc-Roussillon, précurseur sur la nutrition
Geneviève Le Bihan 6

À Dijon, des petits déjeuners santé pour les personnes précaires
Myriam Grandgeorges, Nadine Labaye, Daniel Rigaud, Myriam Le Tallec 7

« Sachons écouter nos sensations alimentaires »
Entretien avec Gérard Apfeldorfer 8

Lyon expérimente la prise en charge des enfants en surpoids
Sophie Treppoz 10

Cinq réseaux pilotes de prise en charge de l'obésité infantile en France
Isabelle Olivier, Maïthé Tauber, Véronique Nègre, Caroline Resplandy, Soisik Verborg 13

Dossier

Prévenir les consommations à risque chez les jeunes

Éditorial

Développer la prévention
Philippe Lamoureux 16

Quelles consommations... et quels risques ?

Substances psychoactives : ce que consomment les jeunes
François Beck, Stéphane Legleye, Stanislas Spilka .. 17

Drogues : de quoi parle-t-on ?
Judith Cytrynowicz 20

Des représentations différenciées du risque

Conduites à risque ou... passion du risque ?
David Le Breton 22

Adolescentes en souffrance : pour une prise en charge plus proche de leur sensibilité
Hakima Ait El Cadi 26

Parents-adolescents : des représentations opposées du risque
Barbara Lilin 29

Stratégies de prévention et intervention des professionnels

Adolescents et usages de cannabis : plaider pour une intervention précoce
Alain Morel 32

« Elle est où, notre liberté ? » Dialogues à la MJC Jean-Vilar
Alain Douiller, Philippe Lecorps 35

Prévention des addictions : une responsabilité collective
Philippe-Jean Parquet 37

Des résultats sur la prévention du tabagisme, des inquiétudes sur l'alcool
Didier Jayle 40

Programme Capri : résultats instructifs
Isabelle Grémy 41

Éducation pour la santé : des actions ciblées selon les lieux et les populations

Publicité et pressions sociales : un outil pour apprendre à résister
Corinne Røehrig 42

Prévention des conduites addictives : un guide d'intervention en milieu scolaire
Monique Baudry 43

Réduire les risques dans les teknivals : urgence et limites de la prévention
Jimmy Kempfer 44

En Lorraine, une action pour prévenir le dopage chez les jeunes sportifs
Patrick Laure 47

Jeunes en difficulté : une semaine pour voir sa santé autrement
Martine Cazaoulou, Yann Binet, Laurent Goislard .. 49

Prévention dans les lieux de loisirs : soixante-quinze actions financées
Soraya Bérichi 51

Préférence sexuelle, niveau social, origine ethnique : la discrimination conduit à la prise de risque
Éric Verdier 52

► Éducation du patient
Vérité et mensonge, des composantes de la relation médecin-patient
Entretien avec Sylvie Fainzang 55

► Lectures
Olivier Delmer, Yves géry 57

Illustrations : Faujour/Iconovox



LA Santé de l'homme

Obésité des jeunes : une maladie en pleine progression

Le service nutrition de l'Hôtel-Dieu à Paris, dirigé par le professeur Arnaud Basdevant, accompagne des personnes atteintes d'obésité sévère. Depuis une dizaine d'années, de plus en plus d'adolescents et de jeunes adultes consultent. L'équipe, pluridisciplinaire, associe médecins, nutritionnistes et psychologues pour assurer une prise en charge globale prenant en compte tant la dimension familiale que l'environnement économique et social.

Il y a loin entre ce que l'opinion publique perçoit et la réalité quand il s'agit d'obésité. Trop de gras, trop de sucre, il suffit de manger moins, de « faire le régime » et la corpulence, cette enveloppe morphologique chère à chacun, ressemblera à ce que le miroir sociétal répercutera via la publicité et la parole de certains nutritionnistes. Sans vouloir parodier un célèbre guerrier gaulois amateur de sangliers et de menhirs qui, lors de ses multiples crises de nerfs emblématiques, affirme « *je ne suis pas gros, mais légèrement enveloppé* », la citation mérite d'être entendue. Si l'obésité résulte incontestablement d'un déséquilibre chronique entre l'ingestion de calories et la dépense énergétique, il ne suffit pas de moins manger et de bouger davantage pour régler définitivement cette question. Car, pour ces obèses, et ils sont de plus en plus nombreux, d'autres facteurs, notamment génétiques, jouent un rôle important dans la prise de poids. En mai 2005, par exemple, lors des Journées annuelles de diabétologie à l'Hôtel-Dieu, deux chercheurs, Éric Ravussin du *Pennington Biomedical Research Center* (Los Angeles, États-Unis), et Jean-François Gautier, du service de diabétologie de l'hôpital Saint-Louis, à Paris, ont expliqué que face aux connaissances importantes sur la régulation de la prise alimentaire, les mécanismes contrôlant les dépenses énergétiques sont encore peu connus. Ils ont notamment démontré

que, pour la plupart des obèses, « *une inaptitude à ajuster les dépenses énergétiques en réponse à une prise alimentaire excessive peut être la cause de la prise pondérale* ». Ce constat souligne la nécessité de disposer de davantage d'informations sur les gènes de susceptibilité de l'obésité, sur l'environnement dans la genèse de cette obésité et sur les questions métaboliques.

Un service hospitalier dévolu à l'accueil des personnes obèses

À l'Hôtel-Dieu, à Paris, au sein du service nutrition, dirigé par le professeur Arnaud Basdevant, les professionnels accompagnent et prennent en charge les personnes qui, à la différence du docteur Gérard Apfeldorfer (*voir entretien p. 8*), « *ont besoin de traitements lourds et d'accompagnements médicaux spécifiques* ». « *Ce service existe depuis une trentaine d'années, explique le professeur Basdevant. Il est entièrement dédié à l'accueil des personnes obèses, adultes et jeunes entre 15 et 20 ans. Nous suivons aussi, et c'est l'une de nos particularités, des jeunes atteints d'obésité génétique.* » Quand un service comme celui-là est entièrement dévolu à l'accompagnement de personnes, il faut bien comprendre que nous sommes, au sein d'un service hospitalier, dans un endroit où l'on traite des malades qui ont besoin d'être suivis. Le professeur Basdevant aborde avec gravité le travail quotidien de son service : « *Nous sommes confrontés à des personnes qui souffrent d'obésité sévère. Avant, dit-il, nous recevions plutôt des femmes d'une cinquantaine d'années avec des hanches bousillées, des difficultés respiratoires, des transpirations, etc. Aujourd'hui, ce sont des jeunes de*

15 à 20 ans qui pèsent 120, 150 kilos et plus, avec non seulement une panoplie de problèmes médicaux, des troubles endocriniens mais aussi des complications psychologiques qu'il faut traiter. Cela a commencé il y a une dizaine d'années, s'emporte Arnaud Basdevant. Et, depuis cinq ans, c'est net. La semaine passée, lors d'une réunion d'équipe, nous avons décidé que sur treize cas de jeunes adolescents suivis, quatre devront subir une intervention de type chirurgical, ce que nous nous refusions, à l'époque. »

Un problème pour la société

L'obésité est en effet une maladie et les constats sont alarmants, notamment concernant l'obésité infantile. Tout indique que non seulement l'obésité est une maladie de société, c'est-à-dire liée aux évolutions des modes de vie, mais aussi devient un problème « pour » la société¹ et pas seulement aux États-Unis. Selon un rapport de l'*International Obesity Task Force*, rendu public, en mars 2005, un enfant sur cinq est en surpoids ou obèse en Europe. C'est dans la région méditerranéenne que l'on trouve la plus forte prévalence. Certains pays présentent même une proportion d'enfants en surpoids supérieure à celle des États-Unis, estimée à 30 %. Selon une étude présentée dans la lettre électronique de la cité des sciences « *Science actualités* »², les experts notent une accélération rapide de l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité : « *De 0,2 % dans les années 1970, elle est aujourd'hui de 2 % par an, soit quatre cent mille jeunes Européens en surpoids ou obèses en plus chaque année.* » Quant à la France, elle occupe une position intermédiaire dans

la prévalence de l'obésité et du surpoids. 18 % des enfants, selon ce même rapport, seraient en surpoids, dont environ 4 % d'obèses. Une étude publiée, en 2003, par la Direction de la recherche, de l'évaluation et des statistiques (Drees), chez des enfants de 5 à 6 ans, montre une disparité régionale dans la prévalence de la surcharge pondérale. La Corse, l'Alsace, le Languedoc-Roussillon et le Nord – Pas-de-Calais se distinguent par une forte proportion d'enfants en surpoids.

S'adapter à la demande

« Une obésité apparue durant l'enfance entraîne une surmortalité à l'âge

adulte (...). Il faut donc prendre cela au sérieux, souligne le professeur Basdevant. Je constate qu'entre la pédiatrie et l'âge adulte il y a toujours un hiatus, une sorte de déficit dans le système de soins, qu'il nous a semblé nécessaire de combler. Les jeunes obèses en ont bien besoin. » Une équipe multidisciplinaire – médecins, nutritionnistes, psychologues, etc. – entoure des adultes venant d'un peu partout. Le jeune, lui, vient le plus souvent par le biais d'Internet, « un succès formidable, ponctue le professeur. Il vient souvent seul, parfois accompagné de ses parents. Il vient consulter. Et le travail de l'équipe est de distinguer la demande réelle de ce

patient. Son point de souffrance, explique le professeur Arnaud Basdevant. Et il faudra s'adapter à sa demande. » Ce jour-là, cinq autres adolescents étaient ensemble dans une cuisine, appelée « atelier thérapeutique », du service nutrition de l'Hôtel-Dieu. Ils participaient à un exercice d'éducation à la santé (voir entretien ci-dessous) où, en compagnie d'une diététicienne, ils apprenaient à faire un couscous et un gâteau au chocolat.

Denis Dangaix

1. Entretien avec Arnaud Basdevant in marketing.fr
2. <http://www.cite-sciences.fr>

Entretien avec le professeur Arnaud Basdevant, chef du service nutrition de l'Hôtel-Dieu

« Créer partout des centres de soins gratuits pour les jeunes obèses »

La Santé de l'homme : Vous soulignez que l'environnement – et notamment les difficultés socio-économiques – sont associés à l'obésité chez les jeunes de 15 à 20 ans. Pourquoi ?

Professeur Arnaud Basdevant : Notre conception de l'obésité s'appuie sur ce que nous constatons dans notre pratique quotidienne. Cette maladie recouvre, à la fois, des composantes médicales, physiologiques et comportementales largement dépendantes de l'environnement, comme les antécédents familiaux, par exemple. Elle témoigne aussi des conditions socio-économiques de la personne atteinte. C'est tellement vrai que, dans notre approche de cette maladie, nous prenons en compte cette triple considération médicale, psychologique et sociale en constituant dans notre service une équipe multidisciplinaire adaptée. L'obésité chez les jeunes devient un problème de plus en plus grave. Selon moi, il est nécessaire de rendre l'accès aux soins plus faciles pour ces jeunes et constituer en ville des centres où ils peuvent être soignés gratuitement. D'une manière générale, la santé est liée à l'économique. Ces jeunes obèses sont souvent vulnérables sur le plan socio-économique, et il est très difficile de maintenir un équilibre nutritionnel quand on est dans ce type de difficulté. Sans parler de l'activité physique, qui a un coût.

S. H. : Vous avez créé, dans votre service, une cuisine que vous appelez « atelier thérapeutique » où vous accueillez des jeunes

obèses pour qu'ils apprennent à faire des plats. Est-ce une forme de prévention ?

C'est une façon de promouvoir la santé. Je pense très sérieusement que c'est au service public et en premier lieu au service hospitalier qu'incombe la tâche de répondre aux angoisses des gens. Nous savons que, devant un malade atteint d'une obésité grave, nous avons besoin de prodiguer un tiers de médical, c'est l'accès aux soins, un tiers de psychologique, respecter le malade, l'écouter, et un tiers de suivi, c'est-à-dire l'accompagner. Ces structures d'éducation thérapeutiques sont un maillon indispensable pour que le jeune obèse retrouve du plaisir, de la considération et donc de la dignité.

Cette promotion de la santé a un coût, et je peux vous dire que cela coûte cher. Mais cela doit se faire, et à l'hôpital.

S. H. : Selon vous, peut-on faire de la prévention de l'obésité ?

Ma conviction est que l'on a intérêt à faire plus de promotion de la santé que de prévention de l'obésité. Cela dit, il y a plusieurs niveaux de prévention. Nous avons constitué des consultations familiales car l'obésité, qui est souvent de l'ordre de la famille, peut menacer un autre enfant, un frère ou une sœur, par exemple. Nous faisons alors de la prévention familiale. Et puis l'éducation nutritionnelle, la promotion des

activités physiques sont très importantes. Mais cela dépasse l'échelle de l'individu ou celle de la famille. C'est à la cité, en lien avec les professionnels, d'organiser ces campagnes en milieu scolaire, dans les restaurations collectives, etc. Je crois qu'il est bon de faire de la promotion sur le bien-être et l'état de santé. En France, on a fait un énorme progrès concernant l'éducation pour la santé. Mais il ne suffit pas de promouvoir, il faut rendre les conditions possibles. Faire la promotion des fruits et des légumes, promouvoir le goût, fréquenter les équipements sportifs, etc. Il faut continuer à le faire, certes. Mais la tâche principale est de rendre accessible toutes ces actions à ceux qui en ont vraiment le plus besoin.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

La prévention de l'obésité, inscrite dans la loi de santé publique

La prévention de l'obésité fait partie de la loi n° 2004 806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Elle est le socle de toutes les réglementations en cours et complète, notamment dans la partie nutrition, les directives arrêtées dans la circulaire 2003 210 du 1^{er} décembre 2003 du ministère de l'Éducation nationale. Depuis le 1^{er} septembre 2005, plusieurs mesures sont en cours, comme l'interdiction des distributeurs automatiques de boissons sucrées et de confiseries dans les établissements scolaires, la réglementation de la publicité sur les produits ou une surtaxe sur les mélanges alcoolisés et sucrés. Des recommandations ont été également faites sur les collations et goûters en milieu scolaire. Toutes ces mesures confortent le Programme national nutrition santé (PNNS), qui a été lancé en 2001. Ce Programme souhaite agir sur l'un des déterminants majeurs de l'obésité : la nutrition. Il comprend neuf objectifs prioritaires dont l'arrêt de la prévalence de l'obésité chez l'enfant. Le 6 septembre dernier, à la suite du rapport établi par le professeur de nutrition Serge Hercberg, le ministre de la Santé, Xavier Bertrand, a présenté le deuxième plan du PNNS, qui s'achèvera en 2010. Celui-ci met l'accent sur le problème du surpoids et insiste sur la promotion de la nutrition et sur le dépistage précoces des troubles alimentaires. Enfin, citons, parmi les initiatives nombreuses mises en œuvre, le programme Epode (Ensemble prévenons l'obésité des enfants), en cours dans une dizaine de villes. Il est coordonné par Jean-Michel Borys, médecin nutritionniste.

D.D.

Le Languedoc-Roussillon, précurseur sur la nutrition

La région Languedoc-Roussillon est l'une des premières en France à s'être dotée d'un Programme régional nutrition santé. Une centaine d'actions ont été mises en œuvre, depuis 1997, via des appels à projets. Les communes participent à cette mobilisation en incitant les professionnels de l'éducation et de la santé mais aussi de la restauration et de l'urbanisme à travailler en réseau.

En Languedoc-Roussillon, la nutrition est une priorité de santé depuis une dizaine d'années. C'est en effet lors de la première Conférence régionale de santé (1996) que l'accent avait été mis sur ce déterminant important de la santé. La population régionale présentait alors un état de santé a priori satisfaisant par rapport au reste de la France mais on observait déjà une perte des avantages sanitaires caractérisée par une augmentation de l'obésité, en particulier infantile, et de la mortalité par cancer et maladies cardio-vasculaires. En toile de fond de cette dégradation, on pouvait observer une évolution marquée des modes de vie et de consommation alimentaire ainsi que des modifications profondes de l'environnement économique et social.

C'est ainsi qu'un Programme régional de santé « PRS alimentation-nutrition » a été mis en œuvre et piloté par un groupe de travail pluridisciplinaire et intersectoriel. Ce groupe a tout d'abord permis de lancer le débat dans la région en organisant ou en participant à un certain nombre de manifestations contribuant à sensibiliser les professionnels et les décideurs. Il a permis également de développer un langage commun entre les membres du groupe issus d'organismes différents et de définir, par la suite, des objectifs de travail. Une dynamique entre différents acteurs, essentiellement centrée sur la prévention et l'éducation pour la santé, s'est développée, permettant la réalisation d'une centaine de projets, financés principalement dans le cadre des appels à projets régionaux. Parmi ceux-ci, on citera la réalisation du guide « Alimentation et santé des lycéens et des collégiens », la publication d'un « Annuaire régional des ressources en alimentation », l'extension régionale du Baromètre santé nutrition 2002 de l'INPES, la conception d'un projet de veille alimentaire et nutritionnelle. Plus récemment, l'accent a été mis sur l'incitation à l'activité physique par l'accompagnement d'un

certain nombre de projets d'études, de formations et d'interventions. Par ailleurs, un soutien a été apporté à plusieurs initiatives menées par des municipalités pour la prévention de l'obésité infantile (voir encadré).

La région a précédé le PNNS

Depuis 2005, le groupe de travail contribue à l'élaboration de la politique régionale de santé publique et, à ce jour, on peut noter que la nutrition demeure bien une priorité dans la région : elle est intégrée aux différents programmes de santé publique – Plan régional de santé publique (PRSP), Plan santé environnement, Programme académique santé-social pour les élèves et les étudiants – ainsi qu'au Schéma régional d'organisation des soins. La politique nutritionnelle régionale s'est articulée de façon naturelle avec le Programme national nutrition-santé (PNNS), lancé en 2001, dans la mesure où les axes de ce dernier correspondaient aux préoccupations régionales. Le PNNS n'a donc pas été « décliné » en région ; il est plutôt venu renforcer les initiatives existantes. Le groupe de travail déjà constitué a ainsi assuré les fonctions de comité technique régional de nutrition, comme prévu dans le PNNS.

Les activités du groupe de travail sont le résultat d'une construction collective avec des professionnels et organismes réunissant diverses compétences : Drass, Urcam, Cram, conseil général, conseil régional, Éducation nationale, DRDJS, organismes de prévention et d'éducation pour la santé, Mutuelles, CHU, ORS, associations de consommateurs, association des diététiciens, associations de parents d'élèves,

Civam, organismes d'enseignement et de recherche. Cette pluridisciplinarité a été une richesse pour le groupe et a permis des échanges fructueux, la construction de partenariats, la création d'outils. Motivé et dynamique, le groupe a tenté d'instaurer une approche globale de la nutrition dans la région. Toutefois, le manque de moyens humains et le manque de vision à long terme des moyens financiers

disponibles ont été des obstacles importants à un meilleur fonctionnement. Par ailleurs, malgré certaines initiatives, une véritable stratégie de communication reste à mettre en œuvre afin de mettre en lien l'ensemble des professionnels de la région et de sensibiliser les décideurs mais également de valoriser les actions menées dans la région. Enfin, le groupe de travail devrait apporter plus de cohérence entre les acteurs de santé publique de la région mais également entre ces derniers et les acteurs des autres secteurs concernés par la nutrition : production et transformation d'aliments, restauration, distribution, transports, aménagement du territoire, etc.

Enfin, c'est dans ce contexte – nouveau paysage régional de santé publique, PNNS 2 et bilan des travaux du groupe régional – qu'il est apparu nécessaire et important de redéfinir les missions du groupe de travail et son articulation avec les institutions.

Geneviève Le Bihan

Chargée de projet,

Comité régional d'éducation pour la santé

Languedoc-Roussillon, Montpellier.

Coordnatrice du Groupe régional nutrition.

Plusieurs communes engagées dans la lutte contre l'obésité

Alès, Béziers, Montpellier, Nîmes, Port-la-Nouvelle, etc., autant de villes de la région Languedoc-Roussillon engagées dans des projets de prévention et de prise en charge de l'obésité infantile. Les « histoires » de ces projets territoriaux sont souvent différentes mais elles ont en commun la volonté forte d'une équipe, des partenariats solides (services municipaux, caisse primaire d'assurance maladie, Éducation nationale, services de PMI des conseils généraux, services hospitaliers, comités d'éducation pour la santé, secteur économique, etc.) ainsi qu'une méthodologie rigoureuse. Les publics concernés par les actions mises en place sont bien sûr les enfants dans leurs différents lieux de vie, mais également leurs parents, les professionnels de santé et tous les autres professionnels qui entourent les enfants ainsi que, de manière plus globale, la population générale. Le dépistage de l'obésité chez les enfants, mis en place dans ces villes, a conduit naturellement à la création de réseaux de proximité pour la prise en charge des troubles dépistés.

L'exemple de ces quelques villes ainsi que d'autres en France illustre bien l'intérêt et l'importance de la mobilisation des collectivités territoriales pour la mise en œuvre d'une politique nutritionnelle.

À Dijon, des petits déjeuners santé pour les personnes précaires

La ville de Dijon et l'université de Bourgogne ont mené l'enquête sur le rapport des Dijonnais avec l'alimentation. Des actions sont mises en place dans la commune, à commencer par des « petits déjeuners » destinés aux populations précaires dans les maisons de quartier.

En 2002, la ville de Dijon a adhéré au réseau des « villes santé » de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le comité de pilotage, regroupant des partenaires institutionnels et associatifs (Drass, conseil général, Assurance Maladie, Mutualité, université, CHU, Éducation nationale, médecins, pharmaciens, associations de patients, de prévention et d'éducation pour la santé, etc.), a retenu la thématique nutrition dans ses objectifs. En complément d'une action de sensibilisation du grand public autour des petits déjeuners, les membres du groupe nutrition ont décidé de prendre en compte les besoins spécifiques de la population pour élaborer et renforcer des actions. Pour ce faire, ils ont réalisé une étude action intitulée « Pourquoi mangeons-nous ? », élaboré un questionnaire ayant trait à l'aspect nutritionnel, l'aspect social et au ressenti. Le préambule et le libellé des

questions insistaient sur le fait que c'était l'avis de la personne qui comptait et non la réponse « correcte ».

Mille cinq cents questionnaires ont été diffusés dans trois écoles primaires, trois collèges et trois lycées¹ durant les cours et par l'intermédiaire des professeurs. Mille deux cent trente-quatre questionnaires, représentatifs des élèves de 9 à 17 ans, ont fait l'objet d'une analyse plus précise par l'université de Bourgogne (faculté de médecine).

Cette étude n'a pas de caractère scientifique ni d'ambition d'exhaustivité. Néanmoins, ses résultats permettent d'orienter localement l'action. Il en ressort que pour les 9-17 ans interrogés, le repas c'est : « une entrée + un plat + un dessert » (63 %), plus volontiers « en famille » (48 %), « assis » (61 %) et « un vrai plaisir » (61 %). Ils disent que manger entre les repas, ce n'est pas « se nourrir » (70 %) ni « se faire du bien » (71 %).

Les réponses sont également instructives en matière de ressenti ou de comportement. Un repas c'est « ce qu'il y a dans le réfrigérateur » (7 %), « grossir » (15 %) et « devant la télé » (22 %). Ils disent que manger entre les repas, c'est une réponse à « l'ennui » (31 %), à « l'an-

goisse » (10 %), une « manière de regarder la télé » (17 %) et « une perte de temps » (10 %). L'enquête souligne également les différences d'approche selon le sexe : 23,5 % des filles répondent « pour moi, manger, c'est grossir » contre 6,7 % des garçons. Quel que soit le sexe, les jeunes, maigres et en surpoids, répondent plus souvent « pour moi, manger, c'est grossir ».

Ainsi, ce questionnaire a apporté des éléments à prendre en compte dans chacune des actions et a contribué à lancer une dynamique autour de la nutrition dans la ville. Le comité de pilotage de Dijon ville-santé va développer un programme d'action en s'appuyant sur des relais de proximité, tels que les centres sociaux qui ont élaboré des projets globaux autour de l'alimentation. Il est envisagé de travailler sur la transmission des savoir-faire autour d'ateliers cuisine. Par ailleurs, à la suite de la diffusion des questionnaires par la Maison de la solidarité d'un quartier, une action participative avec un public en situation de précarité s'est mise en place.

Petits déjeuners santé

Depuis septembre 2006, des petits déjeuners santé sont organisés à la Maison de la solida-

rité d'un quartier constitué en majorité de personnes en difficulté. Ce projet fait suite à une action menée, l'an passé, intitulée « Tour du monde des petits déjeuners », réunissant des personnes du quartier isolées, voire en rupture avec le monde extérieur. Elles avaient choisi les recettes et participé à la préparation mais elles étaient toutes « invitées » pour la matinée de dégustation et échanges. Les intervenants sociaux du quartier ainsi qu'une infirmière de prévention, qui ont collaboré à cette opération, ont souhaité donner une suite à l'action. L'objectif principal est d'accompagner les participants à devenir acteur de leur santé autour d'un petit déjeuner, moment privilégié pour l'échange. Nous avons choisi d'intervenir en binôme : une infirmière pour l'approche santé et une conseillère en économie sociale et familiale de Dijon ville-santé pour l'animation. Ces deux rôles sont complémentaires et permettent « d'organiser » ce temps. Le petit déjeuner santé est mis en place tous les quinze jours, les lundis matin de 9 h à 11 h. Les participants sont conviés sur invitation. Les travailleurs sociaux effectuant des permanences à la Maison de la solidarité proposent une

liste de personnes. Ces professionnels de terrain sont les mieux placés pour cibler les participants. Ils connaissent les problématiques santé de chacun.

Afin que le groupe s'approprie ce temps, le thème (portant sur une question générale de santé) est choisi d'une séance sur l'autre par les participants. La prise du petit déjeuner s'effectue sur trente minutes avec une diversité dans les contenus permettant une sensibilisation à l'équilibre alimentaire. Ensuite, une information est passée pour amener à un échange autour d'un thème.

Le bilan, au bout de quatre petits déjeuners, est positif. Les participants dans l'ensemble sont satisfaits : « c'est sympa », « on se retrouve », « on oublie sa solitude ». Les thèmes abordés ont été le mal de dos, le stress et l'alimentation (régime, bien manger sans trop dépenser). Le groupe souhaite continuer à travailler sur l'alimentation.

Cependant, la dynamique de groupe est difficile à mettre en place : trois personnes sont venues régulièrement, les autres participent à une séance (manque d'intérêt, oubli d'une séance sur l'autre). L'action est mise en place

depuis peu, le temps nous permettra de faire reconnaître ce moment privilégié. Un bilan était programmé, fin 2007, avec les professionnels et permettra d'avoir un retour de cette action. L'alimentation est un domaine très porteur. Se réunir autour d'une table en savourant un petit déjeuner permet un échange fructueux pour favoriser le lien social et faire passer des messages sur la santé. La santé est l'affaire de tous, encore faut-il en parler.

Myriam Grandgeorges

Conseillère en économie sociale et familiale, service Dijon ville-santé, centre communal d'action sociale, Dijon.

Nadine Labaye

Médecin conseiller technique à l'Inspection académique de Côte-d'Or, Dijon.

Pr Daniel Rigaud

Endocrinologue, CHU, Dijon.

Myriam Le Tallec

Responsable service Dijon ville-santé, centre communal d'action sociale, Dijon.

Entretien avec Gérard Apfeldorfer, psychiatre, spécialiste des comportements alimentaires

« Sachons écouter nos sensations alimentaires »

Comment prendre en charge les personnes en surpoids ? Gérard Apfeldorfer, psychiatre, reçoit en consultation des patients de tous âges, certains persuadés qu'ils sont obèses alors qu'ils ne le sont pas, d'autres réellement en surpoids. En préambule de toute prise en charge ou accompagnement, il dénonce l'importance de la norme sociale, la mode des régimes, et réhabilite le plaisir de la nourriture, y compris dans une démarche de perte de poids. Pour se bien nourrir, il faut tourner le dos à la culpabilité, ne pas tenir compte des injonctions sociétales de plus en plus pressantes. Il souligne que le professionnel doit travailler sur le plaisir de la nourriture, accompagner la personne qui consulte pour lui donner accès à une plus grande autonomie.

La Santé de l'homme : Vous êtes psychiatre, psychothérapeute, spécialiste des comportements alimentaires. Qui vient vous voir et pourquoi ?

Docteur Gérard Apfeldorfer : Les personnes viennent me voir en tant que psychiatre car elles

sont malheureuses et en difficulté en raison de leur problème de poids et de leur comportement alimentaire. Je vois d'abord des personnes qui ont fait toutes sortes de régimes. Elles ont essayé quantité de trucs. Je vois aussi un certain nombre d'adolescents qui ont le plus souvent des troubles de comportements alimentaires : boulimie ou anorexie. Je reçois des jeunes adultes qui ont des problèmes de poids réels ou imaginaires, c'est-à-dire qui ne sont pas contents de leur image corporelle. Cela leur provoque, chez eux, un certain nombre de handicaps dans leur vie sociale, sentimentale, professionnelle. Je vois, enfin, des personnes qui ont une obésité importante, en particulier des gens qui ont peu de chance de revenir à un poids normé, mais j'y reviendrai. D'une manière générale, toutes ces personnes se sentent en situation d'échec. Elles viennent consulter un psychiatre car elles ont échoué avec un nutritionniste, ou avec un médecin, ou tout simplement en essayant de se prendre en charge seules.

S. H. : Ces personnes se considèrent-elles généralement comme des patients qui nécessitent un accompagnement ?

Être en échec ne veut pas dire être malade. Ces personnes ne se considèrent pas comme des malades. Et, à la différence de certains services hospitaliers, par exemple (voir article du Pr Basdevant à l'Hôtel-Dieu), je parle ici de personnes qui n'ont pas besoin de traitements lourds et d'accompagnements médicaux spécifiques. La demande des patients est assez variable. Autrefois, elle se résumait en une phrase : « Je veux pouvoir faire le poids que je veux. » Aujourd'hui, même si cela reste encore valable, les questionnements des patients portent sur les comportements alimentaires et sur les troubles qu'ils provoquent. Je reçois en consultation des patients qui me disent « mon comportement alimentaire est devenu un tel problème que je serais déjà content si je n'étais plus dans cette obsession de minceur, même sans perdre du poids ». Nous sommes dans une société de l'obsession du poids, de la minceur, de la forme corporelle, et maintenant dans ce perfectionnisme diététique dans lequel nous entrons.

S. H. : Que répondez-vous aux parents inquiets du surpoids ou de l'obésité de leur enfant ?

Que cette inquiétude est tout à fait légitime et que je la partage. Mon travail consiste à essayer de comprendre si cette obésité est réelle ou imaginaire. Car – j'insiste là-dessus – dans un certain nombre de cas, cette obésité est bien imaginaire dans la mesure où elle n'existe réellement pas. Il y a simplement l'évolution normale du poids de l'enfant. Il est normal, en effet, que l'enfant soit potelé à un certain moment de la croissance, plutôt maigrichon à d'autres, car il prend de la taille et du poids à des moments différents. Je dois alors dire à ces parents qu'ils s'inquiètent à tort devant une évolution pondérale normale ou assez normale du fait des antécédents génétiques. En réalité, ce que ces parents viennent me demander est une normalisation. Eh bien, dans ces cas-là, le poids ne doit pas être considéré comme anormal. Maintenant, il y a des parents qui sont inquiets devant une obésité réelle de leur enfant. Il faut essayer de comprendre pourquoi pour pouvoir les accompagner.

S. H. : Que constatez-vous alors ?

Cette obésité peut être due à une multitude de causes qui vont du tout-génétique au tout-psychologique avec tous les intermédiaires possibles, y compris bien entendu un comportement alimentaire erratique favorisant l'obésité. Il faut poser un diagnostic sur les causes de cette obésité et c'est compliqué. Un enfant, par exemple, peut avoir des problèmes dans la famille de façon assez générale : on se placerait ainsi dans le cas d'une pathologie familiale. Il se peut aussi que les problèmes soient uniquement centrés sur un comportement alimentaire inadéquat, que les parents d'ailleurs ont eux-mêmes. Je voudrais, ici, pointer un élément qui n'est pas souvent mentionné et qui est largement démontré par un certain nombre d'études : c'est la restriction nutritionnelle cognitive enfants/parents à géométrie variable : quand les mères sont au régime, les filles grossissent. Quand les pères sont au régime, les filles ne grossissent pas ; mais, car il y a un mais, elles perdent leur estime d'elle-même. Donc, les comportements d'anxiété alimentaire des parents, les conduites restrictives se répercutent sur les enfants.

S. H. : Comment venir en aide aux enfants en surpoids ?

Prendre en charge un adolescent pour un problème alimentaire, c'est d'abord faire un travail avec lui, dans certains cas avec la famille, pour aller vers une autonomisation. Il faut qu'il puisse écouter ses sensations alimentaires, reconnaître la faim, le rassasiement, pouvoir manger de façon civilisée, c'est-à-dire doucement, en ne faisant rien d'autre, en prenant son

plaisir. C'est la même chose chez un adulte. Il est nécessaire que l'acte alimentaire lui apporte un contentement. On trouve ce contentement dans le sens des aliments. Il est important de savoir que ce contentement a une grande signification symbolique et familiale. Je prétends qu'il est nécessaire de pouvoir aimer ses aliments et ne pas en avoir peur. Quand vous mangez du chocolat, par exemple, et que vous pensez que vous faites quelque chose de mal, le contentement est effacé par la culpabilité. De ce fait, vous allez manger plus quantitativement que si vous aviez trouvé le contentement. Nous devons réconcilier l'adolescent avec les aliments. Lui apprendre à manger tous les aliments, et en particulier les plus goûteux, les gras et les sucrés. Le Groupe de réflexion sur

l'obésité et le surpoids (Gros), dont je suis le vice-président, se différencie beaucoup du discours nutritionnel habituel. Nous pensons que le travail à faire est d'abord d'apprendre aux enfants à consommer de la bonne façon ce qui existe dans le monde et qui est bon. Ce qui va réguler l'alimentation, c'est l'écoute des sensations alimentaires et le contentement apporté par la nourriture.

S. H. : C'est ce que vous diriez aux professionnels d'éducation pour la santé ?

Absolument. Il s'agit d'orienter les enfants sur la perception de leur sensation alimentaire. Pour cela, il faut créer des conditions où l'on va pouvoir manger tout en écoutant ses sensations. Cette nourriture doit être également nourrissante sur le plan social car, quand on

mange, on se nourrit des autres. Retrouver le sens de la nourriture est plutôt une bonne chose. Car – et c'est, selon moi, une évolution dramatique – on assiste de plus en plus à une sorte de diététisation des enfants pendant la petite enfance, l'enfance et le début de l'adolescence. Je vois des familles où les parents ont été terrorisés par des discours sur l'obésité, où il n'y a plus de bonbons, plus de chocolat, plus de gras, plus de boissons sucrées, etc. Ces enfants ne vont pas trop mal tant qu'ils sont dans un milieu « protégé », avec quelques dérapages lorsqu'ils sortent de leurs familles. Mais ils explosent au moment de l'adolescence, au moment où ils vont avoir la possibilité de découvrir des aliments qu'ils ne connaissaient pas et qu'ils n'ont pas appris à manger.

C'est donc plus important d'être dans une logique éducative que d'être dans l'anathème ou l'interdit.

L'éducation alimentaire couvre un spectre très large, du savoir écouter ses sensations alimentaires au partage du repas en société. Cela n'a rien à voir avec l'information diététique qui centre les gens sur les nutriments (NDLR : composants nutritionnels des aliments) et les déconcentre de l'aliment. Les dernières avancées de la physiologie et de la neurophysiologie mettent en évidence la sophistication de la régulation de la prise alimentaire. Elle contrôle à la fois les apports énergétiques et elle régule le type d'aliments et de nutriments dont nous avons besoin. Nous sommes donc capables de réguler cet apport énergétique du fait de l'écoute de nos sensations car nous avons des appétences spécifiques vis-à-vis de ces aliments et nutriments. Et puis cette prise alimentaire régule également nos émotions. Cela veut dire que nous savons réguler nos à-coups émotionnels en prenant des nourritures. Elle régule nos relations sociales de la même façon. Finalement, toutes ces régulations se font par une sorte de bricolage où l'organisme va répondre aux besoins les plus urgents. Et cela fonctionne. Sachons accepter cela, et, encore une fois, sachons écouter nos sensations.

S. H. : Vous publiez avec votre confrère Jean-Philippe Zermati « Dictature des régimes, attention ! », un mot ?

Le régime n'est pas simplement la diète pour maigrir. C'est une série d'injonctions que l'on donne sur le plan diététique en s'appuyant sur une alimentation normée avec des interdits, des anathèmes et une ignorance totale du plaisir de bien manger. Il faut « manger moins ». Cela n'a aucun sens. Une question ? Une fois que l'on a mangé moins, faudra-t-il encore manger moins ?

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

Lyon expérimente la prise en charge des enfants en surpoids

Depuis 2003, plusieurs régions françaises ont mis en place des réseaux de prise en charge et de prévention de l'obésité infantile. Ces structures réunissent tous les professionnels impliqués dans l'accompagnement : médecins généralistes, pédiatres, nutritionnistes, diététiciens, psychologues et kinésithérapeutes mais aussi les équipes du CHU, les équipes de PMI et de santé scolaire. La prise en charge médicale est combinée avec un accompagnement global (activité physique, nutrition, accompagnement psychologique). Gros plan sur le réseau du Grand Lyon.

En 2003, à l'initiative du Programme national nutrition santé (PNNS), trois villes – régions « pilotes » ont été choisies par un groupe de travail pour expérimenter un nouveau type de prise en charge de l'obésité sous forme de « réseau ville hôpital » : Ile-de-France, Midi-Pyrénées et l'agglomération lyonnaise. Ce choix s'est fait car dans ces villes existaient déjà des actions concrètes de prise en charge d'enfants obèses. Sur la région lyonnaise, les financeurs ont décidé que, pour les trois premières années, l'aire géographique concernée serait limitée à Lyon et aux cinquante-quatre communes avoisinantes (Grand Lyon).

Le Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique (RéPOP) sur le Grand Lyon propose aux familles d'être aidées par des professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, pédiatres, endocrinologues, diététiciennes, psychologues, kinésithérapeutes). En agissant sur la prévention, le dépistage et l'optimisation de la prise en charge, l'ambition est d'enrayer la progression de l'obésité chez les enfants et les adolescents.

Ce réseau poursuit les objectifs suivants :

- renforcer en médecine ambulatoire (généraliste, pédiatre, etc.) le dépistage précoce de l'obésité ;
- développer la prise en charge en réseau : mettre en commun des pratiques et des outils, développer l'information et la formation sur l'obésité, favoriser l'implication de tous les professionnels et instances institutionnelles potentielle-

ment impliquées (PMI, santé scolaire, etc.). Proposer plusieurs modalités de prise en charge en fonction du degré d'obésité de l'enfant afin de répondre aux différents besoins des patients et élargir les voies d'accompagnement possibles pour les professionnels de santé ;

- évaluer la qualité et l'efficacité de la prise en charge ainsi que des résultats obtenus.

Le RéPOP Grand Lyon espère ainsi : augmenter le nombre d'enfants dépistés et pris en charge précocement, harmoniser le langage et les pratiques entre les différents professionnels de santé (formations et référentiels) mobilisés autour de l'obésité infantile, proposer aux familles différentes modalités de prise en charge pour mieux s'adapter au contexte socio-économique, à l'âge de l'enfant et à son degré d'obésité. Et, enfin, faciliter l'action des différents professionnels de santé en mettant à leur disposition des outils qui les aideront dans leur pratique et en leur offrant la compétence d'une structure de coordination expérimentée en matière d'obésité infantile.

Dépistage

Le réseau s'adresse aux enfants et aux adolescents (de 2 à 16 ans) présentant une prise de poids excessive, une obésité de degré 1 ou une obésité de degré 2. Sur les 265 943 enfants de 0 à 18 ans résidant dans le Grand Lyon, 15 %, soit 39 890 enfants, présentent un excès pondéral, dont environ 75 % une obésité de degré 1 (surpoids) et 25 % une obésité de degré 2 (BEH, données de la Drees, juillet 2003).

Comment travaille ce réseau ? Les enfants qui présentent un problème de poids peuvent être dépistés par la PMI, par la santé scolaire (à l'occasion de différents bilans de santé) ou directement par le médecin traitant en ville ou parfois à l'hôpital lors de consultations pour d'autres pathologies (mise en place d'un dépistage systématique pour toutes les consultations à l'hôpital Debrousse). Dans le cas de la PMI, de la santé scolaire, et du dépistage à l'hôpital une « lettre d'alerte » est adressée au médecin traitant afin de lui signaler que la famille a été informée de l'existence d'un excès pondéral chez l'enfant. Le médecin traitant recevra alors l'enfant en consultation – à condition que la famille effectue la démarche conseillée – et pourra suggérer un suivi spécifique si celui-ci n'a pas déjà été entamé. Il propose également à l'enfant et ses parents d'adhérer au réseau s'il en est lui-même acteur.

Prise en charge adaptée

Plusieurs modalités de prise en charge sont alors proposées en fonction du degré d'obésité et des souhaits de l'enfant et de la famille :

- si le médecin constate une prise de poids excessive confirmée sur les douze derniers mois, il peut d'emblée inclure le patient dans le réseau, il donne des conseils simples (alimentation et promotion de l'activité physique) et il revoit le patient six et douze mois après pour vérifier l'évolution de son indice de masse corporelle (IMC) ;
- si le patient présente une obésité de type 1 ou 2, lui sont proposées trois prises en charge possibles avec un suivi sur deux à trois ans.

• Une prise en charge individuelle

Celle-ci s'adresse à tous les patients quel que soit leur âge et est pilotée par le médecin devenu acteur du RéPOP après la formation initiale. Le médecin reçoit l'enfant une fois par mois la première année puis une fois tous les deux mois la seconde année. Ce suivi est également relayé par une des diététiciennes et une psychologue de la structure de coordination qui effectuent pendant un an un accompagnement téléphonique mensuel, lequel permet de reformuler, motiver et dynamiser la prise en charge du patient sur les items de l'équilibre alimentaire et de l'activité physique.

En cas de besoin, le patient peut être adressé à d'autres professionnels libéraux, pour compléter sa prise en charge : diététicienne (quatre consultations gratuites pour la famille, payées aux professionnels par le RéPOP), psychologue (cinq consultations gratuites), kinésithérapeute (actes pris en charge par l'Assurance Maladie).

• Une prise en charge collective

Celle-ci s'adresse aux enfants de plus de 8 ans et les engage pour un suivi régulier pendant une année, puis une année de suivi complémentaire par le médecin du RéPOP. Deux modalités sont prévues :

– le programme Roller Kid : si l'enfant accepte la pratique du roller, il participe gratuitement à deux séances hebdomadaires de une heure de roller, assiste à trois ateliers annuels animés par une diététicienne et deux « rencontres annuelles parents/enfants/animateurs/ coordonnateurs ». L'enfant est vu tous les deux mois par le médecin qui l'a inclus dans le réseau pour évaluer son IMC et les changements dans son mode de vie. Ce programme donne ainsi à l'enfant l'occasion d'apprendre ou réapprendre à bouger, sans être confronté aux regards souvent moqueurs de ses pairs plus minces, donc souvent plus alertes...

– le programme Équilibre : cette offre multidisciplinaire de prise en charge est dispensée à la Maisonnée (Francheville). Les enfants de 8 à 16 ans participent à seize demi-journées d'hôpital de jour, de 12 h à 19 h, en semaine par groupes de six du même âge. Les séances sont encadrées par une éducatrice et une diététicienne, et une kinésithérapeute intervient pendant une heure

à chaque séance. En début, milieu et fin de programme (neuf mois puis deux séances d'évaluation à distance aux 15^e et 21^e mois), l'enfant et ses parents sont reçus par chaque intervenant de l'équipe (médecin, psychologue, diététicienne, kinésithérapeute, éducatrice) pour fixer initialement les objectifs et moyens du programme et faire un point intermédiaire et final de la situation.

Pour les patients ayant une obésité avec suspicion de complications ou de pathologies sous-jacentes, le réseau recommande de solliciter un avis complémentaire spécialisé auprès du CHU pour un bilan. À cette occasion, une évaluation des capacités de l'enfant à l'effort peut être réalisée par un médecin du sport qui – selon les résultats – adresse éventuellement l'enfant à un kinésithérapeute libéral pour un programme de réhabilitation à l'effort et rééducation afin de compléter la prise en charge.

Toutes les données concernant la vie de l'enfant, l'évolution de sa corpulence, les changements de son mode de vie, les interventions des différents acteurs, sont colligées dans un dossier sécurisé sur Internet : la plate-forme PEPS. Les professionnels intervenants y accèdent en mode protégé et saisissent les données ; grâce à un système de partage des fiches du patient, tous les

acteurs concernés par ce suivi reçoivent un mail d'information sur les dernières données saisies. La courbe de corpulence est actualisée automatiquement, permettant ainsi à chaque acteur de juger de l'effet du suivi sur l'IMC. À souligner : ce réseau ne peut fonctionner que parce que les professionnels impliqués sont indemnisés. Le RéPOP Grand Lyon a en effet obtenu des financeurs des prestations dérogatoires pour tous les professionnels¹.

Plus d'un enfant sur deux a perdu du poids

La première évaluation du réseau a eu lieu en juin 2006 : trois cent quatre-vingt-six enfants étaient alors inclus lors du relevé des informations. L'évaluation s'est basée sur les données concernant les 71 % des enfants inclus qui ont un dossier informatisé en réseau. Au total mille quatre-vingt-huit consultations médicales et paramédicales d'inclusion et de suivi ont été effectuées depuis début 2005. 25 % des patients ont été inclus par un médecin spécialiste pédiatre ou endocrinologue et 75 % par un médecin généraliste. Entre vingt-quatre et cinquante-cinq enfants ont abandonné, en majorité des enfants ayant une obésité de degré 2. Dans deux tiers des cas, ce sont des filles, l'âge moyen étant de 9 ans et demi. 40 % des enfants ont plus de douze mois d'ancienneté dans le réseau. Le motif de consultation

confrontés à cette pathologie et soucieux d'améliorer leurs connaissances et conscients de ce que le RéPOP peut leur apporter dans leur quotidien (outils pratiques, carnet d'adresses, conseils divers, mise à jour des connaissances, etc.). Seulement 57 % des professionnels adhérents utilisent le dossier de suivi partagé informatique. Mais l'avis des évaluateurs est rassurant car « *les chiffres restent encourageants après moins d'un an de recul dans l'utilisation du DSP. Dans les faits, peu de réseaux fonctionnent réellement avec un dossier patient partagé* ».

Surmonter la représentation sociale péjorative

Malgré la médiatisation de la problématique de l'obésité de l'enfant, la mobilisation des familles reste difficile et demande aux soignants beaucoup de diplomatie et d'empathie. En effet, la représentation sociale de l'obésité est tellement péjorative qu'aucun parent ne souhaite voir ce qualificatif attribué à son enfant. De plus, la dimension alimentaire et la connotation affective qui s'y rapportent rendent toute intervention très délicate, car c'est remettre en question le rôle même des mères dans leur fonction « nourricière » et le contexte éducatif familial. Savoir accompagner ces familles, c'est d'abord ne pas juger et ne pas moraliser, c'est suggérer une démarche et proposer un soutien régulier d'écoute inscrit dans la durée.

L'une des forces de ce réseau est d'avoir créé son propre module de formation – d'une durée d'un jour et demi – pour les professionnels : médecins (libéraux ou institutionnels), diététiciennes, psychologues et kinésithérapeutes ; cela permet d'harmoniser les discours en direction des familles et de savoir de quoi parlent les uns et les autres autour d'un même patient. La première partie est consacrée à la mise à jour des définitions, des outils de repérage de l'excès de poids, des causes, des complications, cela à partir de deux cas cliniques illustrés. La seconde demi-journée est l'abord du patient sous l'angle psychologique et diététique. La troisième demi-journée concerne les outils du réseau. Des formations ont été proposées à l'ensemble des équipes de PMI et de santé scolaire afin d'harmoniser les discours et les pratiques mais aussi pour faciliter la mise en place

d'une réelle collaboration partenariale autour de l'enfant et de sa famille.

Cent trente et un professionnels formés

À ce jour, nous avons formé cent trente et un professionnels de santé. En novembre 2006, trois kinésithérapeutes, huit diététiciennes, huit psychologues, soixante-sept médecins (quarante-huit généralistes et seize pédiatres, trois endocrinologues) sont acteurs du RéPOP GL. Ce module de formation évolue, au fil du temps, en fonction de l'expérience de chacun, de l'avancée des connaissances des professionnels à former et des critiques que nous recueillons auprès des participants, à la fin de chaque module.

Cinq réseaux expérimentaux fonctionnent en France (*voir article suivant*), d'autres sont en train de se créer, auxquels nous proposons les dossiers constitués, les outils élaborés et des conseils divers. De la même façon, nous avons sollicité, lors de notre phase de construction, les RéPOP Ile-de-France et Midi-Pyrénées qui avaient un an d'avance sur nous et qui ont amicalement accepté de nous faire part de leur expérience. La coordination nationale des RéPOP qui devrait voir le jour prochainement a pour objectif de mutualiser les outils au sein des différents RéPOP et faciliter ainsi les démarches des autres réseaux qui vont se constituer.

Dr Sophie Treppoz

Co-coordinatrice du Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité en pédiatrie (RéPOP) sur le Grand Lyon.

Pour en savoir plus :

RéPOP Grand Lyon
Tél. : 04 72 56 09 55
repop.gl@wanadoo.fr
www.repopgl.org

le plus fréquent (62 %) est la gêne de l'enfant face à son aspect physique. 64 % des enfants issus des dossiers exploitables avaient un IMC en baisse entre l'inclusion et leur dernier suivi. En novembre 2006 : quatre cent quarante-cinq enfants ont été inclus dans le RéPOP.

Et la mobilisation des professionnels ? Celle des psychologues et diététiciennes ne pose pas trop de problème car, leurs actes n'étant pas remboursés par l'Assurance Maladie, ils trouvent par le biais du RéPOP un réel intérêt de collaboration interdisciplinaire. La mobilisation des médecins libéraux n'est pas facile : en effet de nombreux médecins sont débordés et sollicités par de nombreux réseaux dont la lourdeur administrative est souvent un frein à leur participation active, même si une valorisation des actes est prévue.

Néanmoins, la prévalence de l'obésité de l'enfant est telle que nombreux sont ceux qui sont de plus en plus

1. Les formations sont gratuites et les participants reçoivent une indemnisation correspondant à la perte de revenus liée à la fermeture de leurs cabinets (450 euros pour un jour et demi). Les acteurs du RéPOP perçoivent annuellement un forfait de tenue de dossier informatisé versé au prorata des consultations effectuées. (120 euros la première année, 60 euros en année 2 et 30 euros en année 3). Les consultations d'inclusion effectuées par le médecins sont revalorisées car plus longues (de 40 à 60 euros l'inclusion d'un enfant selon le degré d'excès pondéral). Des dédommagements sont accordés aux psychologues et diététiciennes pour respectivement cinq et quatre consultations, ce qui rend ces actes gratuits pour les familles.

Cinq réseaux pilotes de prise en charge de l'obésité infantile en France

Les Réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique (RéPOP) sont actuellement expérimentés dans cinq régions françaises : Rhône-Alpes (Lyon), Midi-Pyrénées (Toulouse), Franche-Comté (Doubs), Aquitaine (Gironde) et Ile-de-France. Au-delà de la prise en charge des enfants en surpoids, la plupart ont mis en place des actions de prévention et d'éducation à la santé. Premier bilan.

Le Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique (RéPOP) Toulouse Midi-Pyrénées fonctionne depuis fin 2003. Il se caractérise par une volonté de partenariat fort avec le monde de la santé libéral et un développement vers les structures sportives et de l'Éducation nationale. À ce jour, le réseau s'appuie sur :

- 211 médecins libéraux dont 156 généralistes ;
- 255 paramédicaux libéraux (diététiciens, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, psychologues) ;
- 355 médecins et infirmières des services de santé aux élèves ;
- 258 médecins et puéricultrices de PMI ;
- 325 professeurs en éducation physique ;
- 120 responsables de crèche municipale et d'autres structures d'accueil des enfants.

Soit au total 1 500 professionnels formés au dépistage, à la prise en charge multidisciplinaire de l'obésité pédiatrique et au travail coopératif en réseau. 900 enfants et adolescents ont déjà été pris en charge, avec une file active actuelle de 670 enfants.

L'évaluation de l'activité du réseau, externe et indépendante, pointe plusieurs motifs de satisfaction de ce type de structure de soins : l'intérêt des familles pour le réseau ; l'investissement des médecins traitants et leurs changements de pratique pour la prise en charge, le dépistage et la prévention ; le fait que la grande majorité des enfants ont un suivi ambulatoire strict ; 85 % des enfants suivis pendant deux ans ont soit baissé, soit stabilisé leur indice de masse corporelle (IMC). En parallèle à la prise en charge des actions de prévention et

d'éducation à la santé, ont été lancés dans le cadre du RéPOP, par exemple, la mise en place d'un module d'accueil adapté aux adolescents obèses dans un collège et lycée public, des actions auprès des populations tsiganes ou des PMI de quartiers défavorisés, un travail de prévention sur toutes les crèches collectives et familiales et les centres de loisirs, associé à l'école (CLAE) de la ville de Toulouse.

Éducateurs sportifs mobilisés

En Franche-Comté, où environ 12 % des jeunes sont en surpoids ou obèses, il existe une dynamique ancienne autour de la nutrition et de l'éducation à la santé avec notamment un Programme national nutrition santé décliné dans la région depuis 2003. Un groupe de travail ciblé sur la prévention et la prise en charge de l'obésité de l'enfant a permis la naissance du RéPOP-FC, fin 2004, sur le département du Doubs ; une extension à l'ensemble de la région est prévue à partir de 2007. Bilan après deux ans d'activité : près de mille professionnels de santé (médecins généralistes, médecins et infirmières de l'Éducation nationale et des conseils généraux, personnel des IME, des structures de garde d'enfants, etc.) ont été formés, à l'échelon régional, à la prévention primaire et secondaire de l'obésité de l'enfant. Quatre mille professeurs des écoles ont été directement sensibilisés sur le thème de la collation matinale. Des partenariats ont été mis en place : avec les villes, notamment pour la promotion de l'activité physique (sensibilisation du personnel, mise à disposition de locaux et d'éducateurs sportifs pour la prise en charge de groupes d'enfants en surpoids, facilitation des inscriptions pour la pratique d'un sport, etc.) ; avec les services de santé scolaire et la

PMI (dépistage systématique, accompagnement, etc.). Cent treize professionnels libéraux, soit soixante-quatorze médecins (généralistes, pédiatres et endocrinologues) et trente-neuf paramédicaux (diététiciens, psychologues, kinésithérapeutes, infirmiers) ont pris en charge deux cent cinquante enfants dans le cadre du réseau ; ces professionnels appliquent les mêmes référentiels à toute leur clientèle.

Parallèlement, des ateliers d'éducation thérapeutique intitulés « Journées Santé » ont été mis en place, depuis mars 2006, pour les acteurs du réseau (libéraux et hospitaliers). Ces ateliers ont été validés par le CHU. L'équipe du RéPOP propose une aide à la mise en place de ce type d'ateliers dans les hôpitaux et autres lieux de soins ; une expérience prometteuse se déroule actuellement dans une maison médicale avec deux médecins généralistes, une diététicienne et une psychologue.

Cinq hôpitaux impliqués

Le RéPOP Ile-de-France est un réseau de soins ville-hôpital. Il traite les enfants obèses entre 0 et 16 ans, résidant en Ile-de-France. Il fonctionne selon le même schéma que les autres réseaux. Lancé en 2003, il couvre quatre départements : Paris, Yvelines, Hauts-de-Seine et Seine-Saint-Denis, l'extension au département de l'Essonne est en cours. Le réseau compte deux cent trente médecins libéraux adhérents et a signé plusieurs conventions avec cinq hôpitaux de la région parisienne (Necker, Debré, Trousseau, Paré, Mignot). Également adhérents, des services de PMI et de médecine scolaire, de CMS, etc. ; mille deux cents professionnels ont été formés, depuis septembre 2004, dans le

cadre du réseau, mille huit cents patients ont été suivis depuis 2003, huit mille consultations ont été réalisées. Quelques tendances fortes relevées après trois ans d'exercice : les filles sont majoritaires (58 %) parmi les enfants pris en charge par le réseau ; dans 80 % des cas, au moins l'un des parents présente un excès pondéral ; l'âge de la première consultation s'étale entre 2 et 16 ans, avec une prédominance de la tranche d'âge 8-11 ans, alors que l'obésité a débuté chez ces patients à l'âge de 5-6 ans. L'observance est de 50 % à six mois. 18 % des patients ont bénéficié d'un avis hospitalier pour recherche de complications ou en raison de difficultés particulières de prise en charge.

On note une tendance à l'amélioration chez 54 % des patients et à la stabilisation chez 34 % après un an de suivi. Enfin, on remarque une moins bonne adhésion et efficacité chez les patients âgés de plus de 12 ans. Pour 78 % des médecins libéraux adhérents, l'apport du réseau est bénéfique et pour 69 % d'entre eux le travail effectué est satisfaisant. 81 % des médecins libéraux adhérents pensent que le réseau leur permet d'améliorer la nature de leurs conseils et 78 % d'aborder autrement la prévention. Du côté des patients, même satisfaction : 93 % des patients apprécient l'écoute du médecin libéral réseau qui assure la prise en charge et 77 % ses conseils pertinents. Sur le plan de l'éducation et de la prévention, le réseau mène dans une cinquantaine d'écoles maternelles un programme de prévention intitulé « Pikabouge », sous forme de séquences pédagogiques pour les enfants. Cinq mille élèves sont concernés, le programme associe également les parents et l'ensemble du personnel des écoles. Pikabouge a été pérennisé à partir de 2003.

À souligner que ces réseaux vont à l'avenir travailler plus étroitement ensemble puisqu'une coordination nationale des RéPOP vient d'être créée. Objectif : améliorer la visibilité et la portée des actions et accentuer la mise en commun des outils, des indicateurs d'activité et des résultats des évaluations.

Aquitaine, le dernier-né

Enfin, le RéPOP Aquitaine est le dernier-né, opérationnel depuis le 1^{er} septembre 2006 ; il concerne les enfants en surpoids demeurant en Gironde

(son extension aux autres départements d'Aquitaine sera proposée dans un second temps). Il propose une prise en charge de proximité et multidisciplinaire, réunissant, autour du médecin libéral réseau, qui est le pilier de la prise en charge, des professionnels paramédicaux libéraux (diététiciennes, psychologues, kinésithérapeutes, infirmières), des professionnels de santé hospitaliers (CHU de Bordeaux et autres hôpitaux), ainsi que des professionnels de santé communautaire (médecins et infirmières scolaires, médecins de PMI). Le réseau s'inscrit dans une démarche de prévention et de dépistage, en partenariat étroit avec le « Programme prévention, nutrition et santé des enfants et adolescents en Aquitaine » (qui vient de recevoir le prix 2006 de l'OMS pour la « Promotion d'une alimentation et d'un mode de vie sains »), mis en place en Aquitaine depuis 2004.

Bilan du RéPOP, en novembre 2006, après deux mois d'activité : le réseau a formé quarante-quatre médecins libéraux (douze pédiatres, douze nutritionnistes et vingt généralistes), dix diététiciennes libérales, sept psychologues libéraux et une infirmière libérale. À ce jour, vingt enfants sont inclus dans le réseau (et environ trente enfants sont en cours d'inclusion). De nombreux médecins et infirmières scolaires ainsi que des médecins de PMI ont également été formés au dépistage systématique des enfants en surpoids lors des visites scolaires (dans le cadre du « Programme prévention, nutrition et santé des enfants et adolescents en Aquitaine »).

Dr Isabelle Oliver

Coordonnatrice,

Pr Maïthé Tauber

Présidente,

RéPOP Midi-Pyrénées, Toulouse.

Dr Véronique Nègre

Pédiatre, coordonnatrice

RéPOP Franche-Comté, CHU Saint-Jacques,

service Pédiatrie 1, Besançon.

Caroline Resplandy

Coordinatrice administrative,

RéPOP Aquitaine, Bordeaux.

Soisik Verborg

Coordinatrice administrative,

RéPOP Ile-de-France, Paris.

Pour en savoir plus :

Portail Internet commun aux RéPOP de France : www.repop.fr

équilibrés

Abonnez-vous gratuitement !

www.inpes.sante.fr

équilibrés

LA LETTRE DE LA PRÉVENTION ET DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

Maladies virales respiratoires : des gestes de protection

L'hygiène, un enjeu de santé publique

Une campagne multi-sujets

Quatre questions à Anne Moisson

→ Pourquoi une telle campagne sur les maladies virales respiratoires ?

→ Pourquoi une telle campagne sur les maladies virales respiratoires ?

→ Comment expliquer cela ?

→ Quel est le rôle de l'INPES, par exemple ?

Vaccinations : un outil pour les médecins

LES VACCINS ET LA SANTÉ PUBLIQUE, DES OUTILS INDISPENSABLES POUR LA PRÉVENTION DES MALADIES INFECTIEUSES.

LES VACCINS

LES VACCINS

inpes

www.inpes.sante.fr

Prévenir les consommations à risque chez les jeunes

Comment prévenir la consommation de drogues chez les adolescents et les jeunes adultes ? Comment travaillent les professionnels ? Quelle démarche d'éducation à la santé peuvent-ils mettre en œuvre en direction de ces jeunes consommateurs ? Ce dossier propose des éléments de réponse à ce triple questionnement. En préambule, des experts de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) dressent un état des lieux de la consommation des différents produits. Les définitions de chaque produit ainsi que leurs effets néfastes pour la santé sont ensuite exposés.

Dans la deuxième partie de ce dossier, deux anthropologues analysent les raisons qui incitent les jeunes à consommer ce type de produits ; l'un d'eux présente l'enquête qu'il a réalisée auprès d'une centaine d'adolescentes, pointant le lien entre une mauvaise estime de soi et la consommation de produits. Une professionnelle de la téléphonie santé montre, à partir d'une autre enquête, à quel point les représentations du risque encouru en cas de consommation de drogue sont éloignées selon que l'on est jeune... ou parent.

La troisième partie présente les différentes stratégies de prévention mises en œuvre en France, ainsi que les modalités d'intervention des professionnels. Un psychiatre directeur d'un centre de prise en charge des toxicomanes préconise un repérage plus précoce auprès des jeunes ; la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) souligne les résultats obtenus en prévention du tabagisme tout en confiant ses inquiétudes sur la mode croissante des ivresses massives (*binge drinking*) chez les adolescents ; l'évaluation d'un programme-pilote de réduction de la consommation des produits à risque est présentée.

Ce dossier présente enfin plusieurs actions de prévention et d'éducation pour la santé mises en œuvre dans différents lieux et destinées à divers publics : équipes mobiles de réduction des risques qui interviennent dans les technivals ou free parties, action de prévention du dopage chez les jeunes sportifs, ateliers-santé pour les adolescents encadrés par la Protection judiciaire de la jeunesse, espaces de parole pour les jeunes victimes de discrimination, laquelle va souvent de pair avec la consommation de produits psychoactifs. Enfin, un outil d'intervention en éducation pour la santé est présenté : « Décode le monde » qui aide les collégiens et lycéens à développer des facteurs de résistance face à la publicité et aux produits à la mode.

Dossier coordonné par **Judith Cytrynowicz**, chargée de recherche et coordinatrice du programme Toxicomanie, direction des affaires scientifiques et **Antoine L'Huilier**, chargé de communication, direction de la communication et des outils pédagogiques, INPES.

Yves Géry

Développer la prévention

Ce dossier a pour ambition de mutualiser les savoirs, d'apporter des éléments de réflexion et/ou d'appui aux multiples intervenants des établissements scolaires, des hôpitaux, de l'ensemble des associations intervenantes.

Prévenir la consommation de substances psychoactives (tabac, cannabis, alcool, autres drogues) chez les adolescents et les jeunes adultes : cette tâche fait partie des principales missions de l'INPES. Au cours de ces trois dernières années, l'Institut a notamment informé les jeunes par le biais de ses campagnes destinées

au grand public sur la prévention du tabagisme, du cannabis, de la consommation excessive d'alcool... mais pas seulement. Nous avons également mis à disposition des professionnels de la santé, du social et de l'éducation des documents, des outils et des études pour les épauler dans leur pratique quotidienne, le plus souvent en partenariat avec eux. Pour prendre l'exemple du cannabis, première substance psychoactive illicite

consommée par les 18-25 ans, l'Institut a publié trois brochures : un fascicule d'information destiné aux jeunes, un livret destiné aux parents et un guide d'aide à l'arrêt qui sert de support d'échange avec le professionnel de santé dans le cadre d'une consultation. Ces documents ont accompagné la mise en place de deux cent vingt consultations cannabis depuis 2005. En complément, en juin 2006, nous avons, en partenariat avec la Mildt, mis à jour et réédité le livret « Drogues et dépendance », imprimé à 1,5 million d'exemplaires ; ce document de référence synthétise des informations précises et scientifiquement validées sur toutes les drogues ; il est diffusé gratuitement à la demande et imprimable en ligne à partir du site Internet de l'INPES. Fin 2006, enfin, nous venons de rediffuser une campagne radio d'information à destination des jeunes.

Bien entendu, il ne s'agit là que d'un aspect du travail mené par l'Institut en matière de prévention de la consommation de substances

psychoactives : au-delà de l'information et de la communication, l'Institut consacre trois de ses onze programmes thématiques (tabac, alcool, prévention des toxicomanies) à cette problématique ; dans ce cadre, l'INPES finance également le service de téléphonie santé Tabac Info Service qui est à la disposition du public et des professionnels, en particulier pour accompagner les fumeurs qui désirent s'arrêter (1). L'INPES apporte aussi son soutien méthodologique et financier aux associations et autres acteurs de la prévention et de l'éducation à la santé, via une politique d'appel à projets. L'ensemble de ces actions s'inscrit dans le cadre de la loi de santé publique, en étroite collaboration avec le ministère de la Santé.

Avec ce dossier de *La Santé de l'homme*, l'INPES souhaite élargir le débat, analyser les déterminants personnels et environnementaux de la consommation de produits psychoactifs par les jeunes, ouvrir ses colonnes aux professionnels de la prévention et l'éducation pour la santé impliqués dans la lutte contre la toxicomanie. Ce dossier a donc pour ambition de mutualiser les savoirs, d'apporter des éléments de réflexion et/ou d'appui aux multiples intervenants des établissements scolaires, des hôpitaux, de l'ensemble des associations intervenantes.

Je souhaite, pour conclure, adresser mes remerciements aux nombreux auteurs qui ont accepté de nous faire partager leur analyse et de nous décrire leur pratique professionnelle quotidienne. Leur contribution à ce dossier de *La Santé de l'homme* – qui prend un relief particulier dans le contexte de l'annonce par Monsieur Xavier Bertrand, ministre de la Santé et des Solidarités, d'un plan relatif à la prise en charge des addictions – a été déterminante.

Philippe Lamoureux

Directeur Général de l'INPES.

(1) Autres services de téléphonie santé, financés par la Mildt : Drogues Info Service, Écoute Cannabis et Écoute Alcool.

Substances psychoactives : ce que consomment les jeunes

Quelles sont les substances que consomment les adolescents ? Chez les garçons, l'usage régulier d'alcool baisse mais les ivresses sont à la hausse ; l'usage du cannabis se situe désormais au même niveau que l'alcool chez les jeunes adultes mais stagne depuis 2003. C'est chez les 18-25 ans que la consommation combinée (alcool, tabac ou/et cannabis) apparaît la plus élevée. La consommation d'autres types de drogues reste marginale, moins de 2 % des jeunes de 17 ans ont fait l'usage de l'un ou l'autre de ces produits au cours du dernier mois.

Les niveaux d'usage des différentes substances psychoactives (licites et illícites) observés en France, ainsi que leurs évolutions récentes, peuvent être quantifiés grâce aux dernières enquêtes représentatives en population générale. Cette observation s'appuie, en particulier, sur les Baromètres santé, coordonnés par l'INPES depuis le début des années 1990, et dont une large partie du questionnaire est consacrée aux consommations de drogues, ainsi que sur les différentes vagues de l'Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (Escapad), mise en place par l'OFDT depuis l'année 2000. Les derniers exercices de ces enquêtes portent sur l'année 2005 et constituent à ce jour les données les plus récentes¹. Un des rôles essentiels de telles enquêtes est de fournir des données de cadrage telles que les proportions d'utilisateurs réguliers ou d'expérimentateurs (usage au moins une fois au cours de la vie) qui permettent d'avoir une idée des niveaux de consommation et justifie une mise en regard avec les produits licites que sont l'alcool et le tabac.

Quasi inexistantes au début des années 1990, les enquêtes par sondage interrogeant un échantillon représentatif de la population sur ses usages de substances psychoactives ont connu un important développement, en France, à la fin du siècle dernier. En effet, seules les enquêtes effectuées auprès d'un échantillon représentatif des adultes français permettent d'appréhender le niveau et les comporte-

ments de consommation de ces produits dans l'ensemble de la population. Le rôle des enquêtes déclaratives représentatives de la population dans l'observation des conduites addictives est multiple. Il est à la fois :

- de quantifier les niveaux d'usage des différents produits ;
- de décrire la diversité de ces usages et de mesurer les liens avec d'autres facteurs ;
- d'observer des tendances d'évolution dans le temps.

Tabac, alcool, cannabis : des usages liés au sexe et à l'âge

Il s'agit ici de présenter brièvement les niveaux d'usage et leur évolution récente. Plusieurs indicateurs de consommation peuvent être mobilisés afin d'illustrer la situation. Les plus pertinents portent sur les trente derniers jours : usage récent (au moins un épisode de consommation), usage régulier d'alcool ou de cannabis (au moins dix épisodes de consommation), usage quotidien de tabac (au moins une fois par jour). Ces seuils ne rendent pas compte de la diversité des rythmes de consommations et distinguent mal des réalités par-

fois très contrastées, mais ils permettent de cadrer le débat d'un point de vue quantitatif (*Tableau 1*).

Les données sur les usages réguliers soulignent le poids de l'alcool et du tabac dans l'ensemble des usages de substances psychoactives même si, parmi les plus jeunes, la part de fumeurs réguliers de cannabis s'avère à peu près aussi importante que celle de buveurs réguliers. Au total, les usages de substances se distinguent fortement suivant le sexe, les hommes apparaissant toujours plus consommateurs que les femmes (à l'exception du tabac pour les jeunes) mais plus encore suivant les générations, cette distinction dépassant l'opposition entre substances licites et illícites. Ainsi, les produits illícites s'avèrent quasi exclusivement consommés par les jeunes générations, le tabagisme se révèle de moins en moins fréquent avec l'âge, tandis qu'au contraire l'usage d'alcool est plutôt la marque des individus d'âge mûr. Le *Tableau 1* montre également que le tabac devance l'ensemble des autres substances, un peu plus d'un tiers des hommes et d'un quart des femmes déclarant fumer quo-

Tableau 1. Consommations régulières d'alcool, de tabac et de cannabis suivant l'âge et le sexe parmi les personnes âgées de 18 à 64 ans (en pourcentage)

| | Ensemble | 18-25 ans | 26-44 ans | 45-64 ans | Hommes | Femmes |
|----------|----------|-----------|-----------|-----------|--------|--------|
| Tabac | 29,5 | 36,2 | 33,5 | 21,6 | 33,5 | 25,6 |
| Alcool | 18,6 | 7,6 | 13,5 | 29,6 | 29,5 | 10,0 |
| Cannabis | 2,7 | 8,7 | 2,5 | 0,2 | 4,2 | 1,2 |

Source : Baromètre santé 2005, INPES.

tiennement. En termes d'évolution dans la population adulte, le tabagisme et l'usage d'alcool apparaissent en baisse, en France, depuis plusieurs décennies, tandis que l'usage de cannabis, qui avait crû tout au long des années 1990, apparaît désormais stabilisé depuis 2002.

À l'adolescence, l'usage régulier d'alcool se trouve en diminution depuis 2003, en particulier parmi les garçons, alors que les ivresses régulières (au moins dix dans l'année) apparaissent en hausse, passant de 6,6 % à 9,6 % sur la même période. L'usage régulier de cannabis, après avoir progressé depuis le début des années 1990, a depuis 2003 regagné son niveau de 2000 (les changements observés sur la période concernent surtout les garçons). Depuis 2000, l'usage régulier de cannabis se trouve ainsi à un niveau très proche de l'usage régulier d'alcool pour les deux sexes (Figure 1).

Autre drogues : des consommations marginales

Les niveaux d'usage récent de toutes les drogues illicites autres que le cannabis s'avèrent très bas à l'âge adulte, mais aussi à l'adolescence. Ils sont toujours plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Les expérimentations de poppers, de cocaïne et, dans une moindre mesure, d'amphétamines apparaissent en légère hausse depuis

2003. Les autres produits n'ont pas connu d'évolution sensible sur cette période : l'ecstasy a, en particulier, vu sa diffusion stagner depuis 2002, alors qu'elle avait connu une hausse entre 2000 et 2002. La diffusion de produits tels que la kétamine, le Subutex®² et le GHB n'a, quant à elle, pas connu d'évolution notable ces dernières années et demeure, à l'adolescence, cantonnée à des niveaux très bas (Tableau 2).

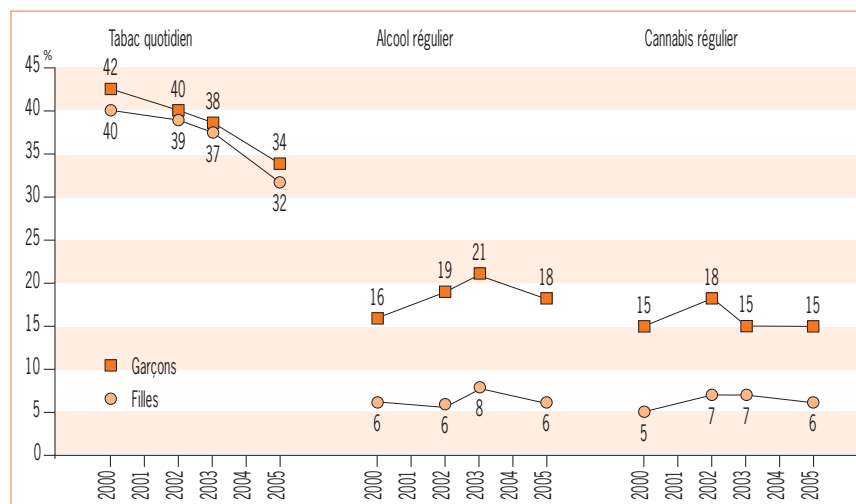
Polyconsommation : 8 % de la population adulte concernée

La polyconsommation, à savoir le cumul d'au moins deux usages réguliers des trois produits les plus consommés, l'alcool, le tabac et le cannabis³, concerne 8 % de la population adulte. La forme la plus répandue reste l'association alcool-tabac (6 %), devant

les cumuls tabac-cannabis (1,3 %) et alcool-tabac-cannabis (0,6 %), tous deux plus caractéristiques des jeunes générations. L'association alcool-cannabis (sans présence d'un usage régulier de tabac) s'avère quasi inexistante (0,1 %). Les variations globales de la polyconsommation régulière suivant l'âge sont relativement faibles : elle est maximale parmi les 18-25 ans (11 %), puis décroît pour remonter parmi les 45-54 ans (9 %), avant de diminuer à nouveau jusqu'aux plus de 65 ans (5 %). Néanmoins, sa nature est très variable : elle est surtout due aux associations alcool-tabac et tabac-cannabis parmi les jeunes, cette dernière cédant rapidement le pas, dès 26-34 ans, à la première, qui domine largement tout le spectre.

À 17 ans, environ un garçon sur cinq et une fille sur dix se déclarent polyconsommateurs réguliers d'au moins deux produits parmi l'alcool, le tabac et le cannabis. La moitié des filles concernées le sont pour le tabac et le cannabis, environ un quart pour l'alcool et le tabac, et 15 % pour les trois produits. Les garçons se répartissent plus équitablement entre ces trois profils de consommation : un tiers se déclare usager régulier de tabac et de cannabis, un tiers d'alcool et de tabac et un quart des trois produits, cette répartition s'expli-

Figure 1. Évolution 2000-2005 du niveau d'usage régulier de tabac, d'alcool et de cannabis par sexe, à 17 ans (en pourcentage)



Source : Escapad 2005, OFDT.

Tableau 2. Usage au cours du mois d'autres produits psychoactifs, à 17 ans (pourcentage en ligne)

| | Filles | Garçons | Total |
|----------------------------|--------|---------|-------|
| Ecstasy | 1,0 | 1,7 | 1,4 |
| Poppers | 1,1 | 1,6 | 1,4 |
| Champignons hallucinogènes | 0,4 | 1,3 | 0,9 |
| Cocaïne | 0,7 | 1,2 | 0,9 |
| Amphétamines | 0,6 | 1,0 | 0,8 |
| Produits à inhaler | 0,6 | 0,7 | 0,6 |
| LSD | 0,3 | 0,4 | 0,4 |
| Héroïne | 0,2 | 0,3 | 0,2 |
| Crack | 0,1 | 0,2 | 0,1 |

Source : Escapad 2005, OFDT.

quant notamment par le fait qu'ils sont nettement plus souvent que les filles consommateurs réguliers d'alcool ou de cannabis.

Au final, le point commun à l'alcool, au tabac et au cannabis qui se dessine est que la population des individus les plus consommateurs (usagers réguliers) apparaît stable ou en hausse, dans un contexte où le nombre d'usagers modérés ne croît plus, voire baisse, selon les produits. Parmi les autres substances psychoactives, beaucoup plus rarement consommées, le niveau d'usage actuel de produits tels que la cocaïne, le poppers ou l'ecstasy apparaît en hausse, tandis que les niveaux des autres substances illicites sont restés stables ces dernières années.

François Beck
Stéphane Legleye
Stanislas Spilka

Statisticiens, pôle Enquêtes en population générale,
Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Saint-Denis-La Plaine.

1. Les données de l'enquête en milieu scolaire Espad 2003, qui permettent des comparaisons européennes, ont été présentées en détail dans le numéro 383 de La Santé de l'homme et ne seront pas évoquées ici.

2. Le Subutex® est un médicament prescrit dans le cadre des traitements de substitution aux opiacés. Il s'agit de buprénorphine haut dosage, parfois consommée en dehors de tout protocole thérapeutique, ce qui est vraisemblablement le cas à l'adolescence. À l'époque de l'enquête, le classement de ce produit sur la liste des stupéfiants n'avait pas encore été envisagé.

3. Cette définition ne résume pas toutes les polyconsommations envisageables, notamment en ce qui concerne les drogues illicites. Toutefois, à l'échelle de la population générale, elle est l'une des seules observables de façon pertinente.

Bibliographie

- Beck F., Legleye S., Spilka S. Les drogues à 17 ans. Évolutions, contextes d'usages et prises de risque. Tendances 2006 ; n° 49 : 4 p. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend49.html>
- Beck F., Legleye S., Spilka S., et al. 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 ; n° 48 : 6 p.
- Guilbert P., Gautier A. (sous la dir.). Baromètre santé 2005. Premiers résultats. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2006 : 170 p.

L'usage problématique de drogues

Pour une société qui a rejeté l'utopie d'un monde sans drogues, l'enjeu crucial n'est pas de repérer les usagers de drogues mais ceux, parmi eux, qui se trouvent dans une situation problématique du fait de leur consommation de drogues. Il s'agit ainsi de distinguer les usages susceptibles d'induire des dommages sanitaires et sociaux importants pour soi ou pour autrui, parmi lesquels peuvent être isolés l'usage nocif, l'abus (ou usage excessif) et la dépendance, qui se traduit par l'impossibilité de s'abstenir d'un produit. Les dommages subis peuvent être liés directement à la consommation mais aussi relever de comorbidités. Ces situations doivent idéalement pouvoir être repérées de façon précoce par les professionnels de santé afin d'apporter une information et éventuellement une prise en charge adaptées, notamment pour éviter une évolution vers la dépendance. Parmi les jeunes, les problèmes sanitaires, véritablement pathologiques, sont très rares. Il s'agit plutôt, chez ces consommateurs, de signes de dépendance psychique (augmentée par le fait que le cannabis est presque toujours consommé avec du tabac), de situations à risque ou encore de difficultés de concentration, de motivation ou de problèmes de relation avec l'entourage. L'une des difficultés est l'absence d'une frontière nette entre usage non problématique de cannabis, d'une part, et usage problématique, d'autre part. Il se dessine plutôt un continuum avec une certaine diversité dans les contextes observés.

Des outils standard de repérage existent pour le tabac et l'alcool depuis quelques années. Une échelle de repérage du cannabis, le Cannabis Abuse Screening Test (Cast), a par ailleurs été conçue récemment à l'OFDT. Elle permet en six questions d'isoler les situations potentiellement problématiques de cannabis. Les questions concernent l'usage fréquent de cannabis en solitaire, le matin, ainsi que sur d'éventuels problèmes de mémoire, de remarques de l'entourage, de difficultés à diminuer la consommation ou encore de problèmes de tous ordres (scolaires, accident, angoisse, etc.). Ce test permet de déterminer trois situations : absence de problèmes, incitation au diagnostic et nécessité d'une prise en charge. Cette échelle est actuellement en cours de validation clinique, en partenariat avec le service d'addictologie du professeur Reynaud, à l'hôpital Paul-Brousse, à Villejuif. Elle devrait servir à la fois dans les enquêtes pour mesurer l'ampleur du problème et comme aide au diagnostic individuel et à l'orientation des jeunes vers les structures les mieux adaptées.

Repères méthodologiques

- Depuis le début des années 1990, l'INPES mène, en partenariat avec de nombreux acteurs de santé, une série d'enquêtes intitulées « Baromètre santé », qui abordent les différents comportements et attitudes de santé des Français. Ces enquêtes sont réalisées à l'aide du système de collecte assistée par téléphone et informatique (Cati). L'anonymat et le respect de la confidentialité sont garantis par une procédure d'effacement du numéro de téléphone, ayant reçu l'aval de la Commission nationale informatique et liberté (Cnil).

En 2005, pour faire face à l'abandon récent du téléphone filaire au profit du mobile, un échantillon d'environ 4 000 individus issus de ménages ne possédant qu'un téléphone mobile a été interrogé en plus des 26 500 individus possédant une ligne fixe à leur domicile. La passation du questionnaire durait en moyenne quarante minutes pour les personnes interrogées sur téléphone fixe et un peu plus d'un quart d'heure pour les personnes interrogées sur téléphone portable. L'échantillon comprend finalement 30 514 individus âgés de 12 à 75 ans.

- L'enquête Escapad se déroule, grâce à une collaboration avec la Direction du service national (DSN), lors de la Journée d'appel de préparation à la défense (la JAPDapd). Une fois par an, dans toute la France, les jeunes qui participent à cette journée répondent à un questionnaire auto-administré anonyme centré sur leurs consommations de substances psychoactives. Ces adolescents, majoritairement âgés de 17 ans, sont de nationalité française et, pour une grande part, encore scolarisés dans l'enseignement secondaire, mais certains d'entre eux sont actifs, en apprentissage ou en études supérieures.

En 2005, 37 512 individus ont été interrogés, dont 32 057 en métropole, âgés de 16 à 23 ans, mais très majoritairement âgés de 17 ans. Après contrôle de la qualité des données et filtrage sur l'âge, on dénombre 29 393 questionnaires exploitables en métropole.

Drogues : de quoi parle-t-on ?

Tabac, alcool, cannabis, autres drogues : voici un glossaire des différents produits « psychoactifs ». Définitions, composants, effets et risques associés. On entend par consommation à risques l'usage de substances psychoactives, c'est-à-dire des produits qui agissent sur le cerveau¹.

Les principaux produits

• Le tabac

Le tabac est une plante cultivée dans le monde entier. Il contient de la nicotine, qui possède un effet « éveillant », anxiolytique et coupe-faim. Les produits du tabac (cigarettes, tabac à rouler, etc.) sont composés d'additifs (humectants, goût, saveur, etc.). La combustion de ces produits crée de nouveaux composants (monoxyde de carbone, goudrons, etc.) nocifs pour la santé. Le tabagisme est un risque majeur pour la santé en raison de ses conséquences sur la mortalité et la morbidité, et de ses effets sur la personne qui fume comme sur son entourage. Le tabac tue, chaque année, soixante-six mille personnes en France. Il est également responsable de nombreuses broncho-pneumopathies obstructives. Le tabagisme passif est la cause d'environ trois mille à cinq mille décès.

• L'alcool

L'alcool est obtenu par fermentation de végétaux riches en sucre ou par distillation, et entre dans la composition des boissons alcoolisées : vin, cidre, bière, rhum et alcools distillés, vodka et whisky. Au-delà de deux verres en moyenne par jour pour les femmes et de trois verres pour les hommes, les risques de mortalité et de morbidité augmentent. L'appareil digestif et le système nerveux sont les organes les plus atteints par la consommation excessive d'alcool. Celle-ci a également pour conséquence l'abaissement des compétences nécessaires à la réalisation de certaines tâches (notamment la conduite automobile). Elle comporte aussi un risque psychosocial en raison du potentiel de violence que l'alcool peut libérer.

• Le cannabis

Le cannabis est une plante. Le principe actif du cannabis responsable des effets psychoactifs est le THC (tétrahy-

drocannabinol). Le plus souvent consommé sous forme d'herbe ou de résine, il est mélangé à du tabac et fumé sous forme de cigarette roulée. Les effets broncho-pulmonaires sont proches de ceux du tabac (irritation bronchique). Les troubles de la mémoire et des facultés d'apprentissage peuvent se ressentir quand on consomme du cannabis. Que l'on soit consommateur occasionnel ou régulier, il est toujours possible d'être victime d'une intoxication aiguë (*bad trip*). Cette intoxication peut occasionner des perturbations psychiques ponctuelles. À long terme et à un niveau élevé de consommation, le cannabis peut entraîner un risque de dépendance : problèmes relationnels, scolaires et professionnels peuvent en découler. Le cannabis est aussi un facteur aggravant de troubles mentaux.

• La cocaïne

La cocaïne se présente généralement sous la forme d'une fine poudre blanche. Elle est extraite des feuilles de cocaïer. Elle peut être « sniffée » (« ligne de coke ») mais elle est aussi parfois injectée par voie intraveineuse. L'usage de cocaïne provoque une euphorie immédiate, un sentiment de toute-puissance et une indifférence à la fatigue. Ces effets laissent place ensuite à un état dépressif et à une forte anxiété. La cocaïne provoque des troubles du rythme cardiaque, qui peuvent être à l'origine d'accidents cardiaques, notamment chez des personnes fragiles. Du fait de ses effets désinhibants, la consommation de cocaïne peut conduire à des actes de violence ou des agressions sexuelles. Elle provoque une forte dépendance.

• L'ecstasy

L'ecstasy désigne un produit (comprimé, gélule, poudre) comprenant une molécule de la famille chimique des amphétamines, la MDMA (méthylène-

dioxymétamphétamine). L'ecstasy se présente généralement sous la forme de comprimés de couleurs et de formes variées. Il provoque une certaine euphorie, dont la « descente » s'apparente à une forme de dépression plus ou moins intense. La consommation de MDMA peut entraîner des nausées, des sueurs, des maux de tête. Surtout, elle peut provoquer une déshydratation de l'organisme. Des troubles neuropsychiatriques (angoisse, hallucinations), des troubles digestifs et des pertes de connaissance ont été décrits. Des accidents graves ont été reliés à la consommation d'ecstasy. Des lésions de cellules nerveuses sont possibles à la suite de consommations de MDMA.

• Les amphétamines

Les amphétamines sont des psychostimulants et anorexigènes puissants, utilisés récemment encore comme coupe-faim ou pour empêcher le sommeil, dans certaines circonstances. Ils se présentent généralement sous la forme de poudre à sniffer et parfois de comprimés. Les amphétamines peuvent donner la sensation de supprimer la fatigue et l'illusion d'être invincible. Leur consommation peut entraîner des crises de tétanie et d'angoisse. Une consommation régulière peut conduire à une dénutrition, à l'épuisement de l'organisme, à une grande nervosité et à des troubles psychiques, notamment des délires.

L'héroïne

L'héroïne est un opiacé puissant, obtenu par synthèse à partir de la morphine, extraite du pavot. L'héroïne se présente sous la forme d'une poudre ou de granulés à écraser. Longtemps injectée par voie intraveineuse, l'héroïne peut être aussi prise (sniffée) ou fumée. L'héroïne provoque très rapidement l'apaisement et l'euphorie. Quand l'usage se répète, la tolérance au

produit s'installe et le plaisir intense des premières consommations diminue. La dépendance s'installe rapidement. Elle entraîne presque toujours des risques importants de marginalisation sociale. La surdose (ou overdose) à l'héroïne provoque une dépression respiratoire souvent mortelle. En outre, la pratique de l'injection expose à des infections locales (abcès). Surtout, la mise en commun du matériel d'injection et des autres objets de préparation expose à un risque très élevé d'être contaminé par le virus du sida (VIH) ou de l'hépatite C.

Quelques autres produits psychoactifs

Le **LSD** est un hallucinogène de synthèse fabriqué à partir de l'acide lysergique. Il se présente le plus souvent sous la forme d'un petit morceau de buvard avec un dessin, parfois d'une « micropointe » (ressemblant à un bout de mine de crayon) ou sous forme liquide. Il entraîne des modifications sensorielles intenses, provoque des hallucinations et une perte plus ou moins marquée du sens des réalités. L'utilisateur peut éprouver un état confusionnel accompagné d'angoisses et de crises de panique.

Le **chlorhydrate de kétamine** est un produit utilisé, en France, en anesthésie. À dose plus faible, la kétamine génère des effets hallucinogènes

recherchés par les consommateurs. Le produit est généralement « sniffé », notamment chez les consommateurs de cocaïne. La consommation de kétamine peut provoquer des chutes, des pertes de connaissance, voire le coma. Elle peut également entraîner des troubles psychiques (anxiété, attaques de panique) et neurologiques (paralysies temporaires).

Les **champignons hallucinogènes** ainsi que les préparations les comprenant sont classés comme produits stupéfiants. Les risques sont les mêmes que pour le LSD.

Les **poppers** sont des préparations contenant des nitrites dissous dans des solvants, présentés comme aphrodisiaques et euphorisants, et destinés à être inhalés. Ils se présentent sous la forme d'un petit flacon ou d'une ampoule à briser pour pouvoir inhaler le contenu. Leur consommation peut s'accompagner de troubles transitoires (vertiges, maux de tête) ou durables en cas de consommation répétée ou à forte dose (dépression respiratoire, anémie grave, problèmes d'érection, intoxication, etc.).

Le **GHB** (gamma-hydroxybutyrate) est une molécule anesthésique à usage médical. Il est généralement vendu sous forme de poudre soluble ou sous forme

liquide. Il est ingéré et procure une légère euphorie. Il existe un dérivé puissant de l'amphétamine aux effets particulièrement dangereux : la métamphétamine, appelée encore crystal, ice ou yaba. Son usage peut entraîner des vertiges, des nausées, des contractions musculaires ou des hallucinations. En cas d'association avec de l'alcool ou en cas de dose trop forte, le GHB peut provoquer une altération de la conscience, voire un coma de quelques heures, suivi d'une amnésie.

Le **crack** est un mélange de cocaïne, de bicarbonate de soude et/ou d'ammoniaque, qui se présente sous la forme de petits cailloux. L'utilisateur en inhale la fumée après les avoir chauffés. Ce mode de consommation provoque des effets plus intenses et plus brefs que ceux de la cocaïne.

Les **médicaments psychoactifs** sont prescrits par un médecin pour atténuer ou faire disparaître une souffrance psychique : anxiété, dépression, troubles délirants, etc. Les effets d'un médicament psychoactif diffèrent selon la catégorie à laquelle il appartient ; tranquillisants ou anxiolytiques, somnifères ou hypnotiques, neuroleptiques ou antipsychotiques, antidépresseurs. Ils peuvent être parfois utilisés de façon toxicomaniaque, à doses massives ou en association avec d'autres produits. Les effets des médicaments psychoactifs diffèrent selon leur composition chimique, les doses administrées et la sensibilité individuelle du patient. Le mélange avec l'alcool potentialise ou parfois annule les effets des substances absorbées.

Judith Cytrynowicz

Chargée de recherche,
direction des affaires scientifiques, INPES.

1. Cet article a été rédigé à partir du livre Drogues et dépendance, publié par la Mildt et l'INPES.

Pour en savoir plus sur les drogues, le tabac et l'alcool, vous pouvez vous procurer le document *Drogues et dépendance* en téléphonant à Drogues Info Service : 0 800 23 13 13. Ce livre est également consultable intégralement à partir du site Internet de l'INPES : www.inpes.sante.fr, puis aller dans Le catalogue, puis thème Usage de drogues.

Conduites à risque ou... passion du risque ?

David Le Breton, sociologue et anthropologue, observe depuis des années les raisons qui poussent les jeunes à prendre des risques, y compris en consommant des substances psychoactives. Il souligne que, loin des discours des autorités de santé publique et des parents, ces jeunes consommateurs ne raisonnent pas « risque », mais prix mineur à payer pour connaître une sensation de soi exacerbée et nécessaire à leur équilibre. Par ce qu'elle apporte d'identité et d'intégration au groupe, la puissance d'attraction du produit est supérieure au souci de prévention.

Les psychotropes (hypnotiques, tranquillisants, barbituriques, antidépresseurs ou stimulants) sont devenus des techniques banales de modélisation du comportement et de l'humeur, des produits de consommation courante, bien souvent hors de tout contexte pathologique (1). Ils visent à une transformation délibérée du for intérieur, en vue d'une finalité précise : rompre ses inhibitions pour se rendre sensible à une ambiance festive, expérimenter des états de conscience modifiée, aiguïser ses capacités de perception, surmonter sa fatigue, mettre sa souffrance entre parenthèses chimiques, se donner les moyens d'un effort prolongé, échapper au sommeil ou, à l'inverse, réussir enfin à s'endormir, etc. Conduite magique qui assure au moins une prise sur soi là où l'environnement social se fait problématique.

La gestion de soi

Les jeunes générations sont friandes de ces substances qui élargissent les possibilités d'action sur le monde et libèrent en partie des contraintes d'identité. Elles sont énormément médicalisées pour des souffrances relevant surtout de carences affectives, de tensions à l'intérieur de la famille, de cassures de transmission qui les laissent démunies devant les ambiguïtés du monde et les empêchent de s'investir de manière propice. Leurs parents eux-mêmes, et notamment leur mère, sont consommatrices d'anxiolytiques. Dans ces familles, la résolution d'une tension vient d'une prothèse chimique et non d'une modification de la relation au

monde. Mais le *pharmakon* est un terme ambivalent, à la fois remède et poison. Que l'immense majorité des tentatives de suicide des jeunes générations s'effectue en puisant justement dans la boîte à pharmacie familiale est révélateur de la banalité du recours à la chimie pour tenir le coup sans avoir à transformer son existence pour la rendre plus propice et se mettre ainsi en position de ne plus dépendre des médicaments. À un second niveau, elle traduit, à leur insu, la toute-puissance investie dans les molécules.

Ces produits contribuent de manière grandissante à la maintenance du normal ou à une accélération de son rythme ou de ses performances. Leur visée n'est plus la santé, qui n'est pas forcément menacée, elle est dans une surenchère sur la santé, c'est-à-dire une accentuation des capacités de réaction ou de résistance de fonctions organiques. L'individu est le programmeur biochimique du comportement exigé par les circonstances. Tout cela jusqu'à un certain point car l'usage de ces produits n'est pas toujours sans effets indésirés, réintroduisant en contrebande l'ambivalence que l'individu pensait supprimer.

Au-delà des effets intentionnellement recherchés, se profile une volonté de s'affranchir des aléas et de l'ambiguïté du monde en leur substituant une volonté souveraine. À l'insaisissable de la vie moderne, on oppose le saisissable du corps, seul objet donnant prise sur le réel. La relation au monde, avec

ce qu'elle implique de flou, de précarité, d'imprévisible, est contenue, provisoirement certes, mais l'usager a le sentiment que l'éternité est devant lui et que ce même geste qui le sauve à l'instant est reproductible toutes les fois où il en a besoin pour retrouver l'état souhaité. Il est en quête d'une solution immédiate et prévisible dans ses effets, les comprimés ou les gélules sont là. Les technologies de l'humeur s'insinuent au cœur de l'intimité pour soulager l'individu de son effort pour apprivoiser le fait de vivre.

Le jeune expérimente différents produits en quête du sésame qui lui procurera les sensations tant attendues. Au fil de sa recherche, les sensations qu'il éprouve lui permettent de se sentir exister, de tester ses limites. Cette passion d'atteindre une sorte d'oubli de soi, ou d'accession à autre chose, amène à boire pour boire, ou à user de toutes sortes de produits ou de mélanges pour aboutir à différentes formes de sensations de soi. Les rites de virilité propres aux groupes masculins, ou les effets d'incitation dus à la présence des autres, poussent le jeune à la surenchère même s'il sait que des lendemains nauséux l'attendent. Toute expérience positive d'un membre du groupe avec un produit incite les autres à tenter de la vivre à leur tour. En outre, les mélanges de médicaments dans une recherche de sensations aléatoires ou spécifiques ne sont nullement associés à un danger. Dans leur représentation, les médicaments sont faits pour soigner ou soulager et non pour rendre malade ou

mettre en péril. De surcroît, le risque de perdre la face en repoussant une proposition est perçu comme plus dangereux que la prise du produit. Mieux vaut un risque pour la santé qu'un accroc à sa réputation (2). Dans certaines circonstances, le risque est de ne pas prendre de risque.

La recherche de sensations

Pour les jeunes générations, le recours à la drogue traduit une volonté initiale de jouer avec le risque tout en éprouvant la satisfaction de transgresser les codes sociaux. Le franchissement de la limite ajoute sa saveur aux sensations recherchées. L'accessibilité croissante des produits en rend la tentation difficile à repousser. Une quête d'identité se construit là en opposition aux adultes, incarnant la loi, avec le sentiment d'échapper à l'adolescence par le mépris des interdits et l'assentiment des pairs.

Le cannabis (et ses dérivés) est la substance psychoactive la plus consommée par les jeunes générations, souvent entre amis qui facilitent son usage festif et exercent un effet d'éducation. Il induit l'impression heureuse de « planer », d'échapper à la pesanteur du monde et jouit de la réputation d'une

drogue prohibée, mais dont les effets néfastes sont contestés. Il porte le bonheur de la transgression tout en favorisant l'intégration dans le groupe. À l'image de l'alcool, il est vécu comme une sorte d'anxiolytique et un outil de dissolution de soi dans l'ambiance. Il libère des tensions du quotidien ou des petites appréhensions. Il induit une humeur communicative, il rend réceptif à l'environnement. La plupart du temps, ses usagers connaissent les doses menant aux effets recherchés et le produit est aisément maniable en la matière. Le cannabis rend cependant plus difficile la concentration et altère les capacités de mémoire immédiate. Il exerce un effet de ralentissement, altère les perceptions visuelles et rend, par exemple, dangereux le fait de conduire une voiture ou un deux-roues. Un usage régulier provoque des difficultés scolaires ou sociales. Il risque de potentialiser des fragilités psychiques et d'induire ainsi des périodes dépressives ou des moments d'anxiété ou de panique. Parmi les jeunes scolarisés de 17 à 18 ans, en 2003, 38 % des garçons et 26 % des filles ont consommé au moins une fois dans les trente derniers jours, et 18 % des garçons et 8 % des filles ont consommé dix fois ou plus lors du dernier mois (OFDT, 2004).

Pour les jeunes, le recours à la drogue apparaît surtout dans des circonstances festives. La musique techno et les grands rassemblements qu'elle suscite sont apparus au même moment que les drogues de synthèse et le retour des acides, comme le LSD. L'ecstasy stimule la résistance à la fatigue et donne à ses usagers un sentiment de communion avec les autres. Sa prise s'accorde avec les sonorités puissantes et le rythme nerveux et répétitif de la musique techno lors des *rave parties*. Droque de synthèse consommée sous forme de comprimés, de gélules ou de poudre, elle supprime les préventions du contact avec les autres et donne le sentiment de se mêler à la musique, de se dissoudre dans l'ambiance. Elle donne l'illusion de communiquer alors qu'elle est plutôt, en toute rigueur, une sorte d'antidote à la rencontre, une prothèse de communication suppléant une parole impossible du fait de l'environnement sonore. Il s'agit de « *ne plus se prendre la tête* », c'est-à-dire de ne plus penser mais d'être absorbé par le produit et l'ambiance dans la dissolution du fardeau du Moi. Les aspérités du lien social disparaissent dans un archipel de solitudes, chacun convaincu de vivre un merveilleux moment d'alliance avec les autres. L'environnement est perçu

comme merveilleusement beau et idyllique même si la réalité est plus âpre. Le contenu des comprimés ou des pilules d'ecstasy est souvent incertain du fait des mélanges opérés par les dealers. Le retour au réel provoque une sorte de « gueule de bois », et laisse une tonalité dépressive pendant un moment. L'ecstasy est souvent consommée en lien avec d'autres produits psychoactifs multipliant dès lors sa dangerosité si les molécules sont peu compatibles. En 2003, en France, huit décès ont été imputés à l'ecstasy. En 2003, 5,2 % des garçons de 17 et 18 ans et 3 % des filles ont déjà consommé une fois de l'ecstasy (OFDT, 2004). Son expérimentation est essentiellement le fait des jeunes générations, elle est rare au-delà de 35 ans.

La recherche d'une vitalité intérieure trouve ses ressorts dans le recours à la cocaïne ou aux amphétamines qui pourvoient une accélération des processus mentaux. Ces produits induisent une disparition de la sensation de fatigue, et une augmentation de la capacité de concentration et de travail. Drogue de la performance, la cocaïne est surtout consommée par des artistes, des écrivains, des hommes politiques, des journalistes, des hommes ou des femmes soumis à un impératif de produc-

tion qui leur laisse peu de loisir. La cocaïne est un dopant du quotidien, même si elle en procure davantage l'illusion qu'une réelle efficacité. Elle a nettement élargi le nombre de ses usagers puisqu'elle est, avec l'ecstasy, une composante majeure du milieu festif. Elle provoque une euphorie, un sentiment de puissance intellectuelle et physique, un oubli de la douleur ou de la fatigue. Elle lève les inhibitions. Mais le retrait graduel des effets laisse place à la tristesse, l'anxiété, la fatigue, et amène un renouvellement de la prise ou à la recherche d'autres produits (héroïne, médicaments psychotropes) pour en moduler les effets. Elle est couramment coupée par les trafiquants avec d'autres substances qui en rendent les effets parfois imprévisibles. Privé de son produit, l'individu a l'impression d'être nul, de ne plus être à la hauteur de ses attentes. Mais son usage durable provoque parfois des crises de panique ou une vision paranoïaque du monde, le sentiment d'être surveillé, poursuivi, etc. La « descente » est difficile et aboutit souvent à des moments de dépression. En 2003, parmi les jeunes Français de 17 et 18 ans, 1,2 % des garçons et 0,6 % des filles en ont consommé les trente derniers jours (OFDT, 2004).

Les effets des amphétamines sont assez proches mais ils sont plus longs que ceux de la cocaïne. Ils induisent l'épuisement de l'organisme en coupant les signaux de fatigue ou de sommeil. L'individu puise dans des ressources qui ne sont pas illimitées. Les amphétamines provoquent l'oubli et la dépression au terme de la « descente », elles induisent également l'anxiété, l'apparition d'idées de grandeur.

Le LSD plonge dans un voyage intérieur plus ou moins contrôlé par l'individu. Il sollicite un sentiment d'appartenance au cosmos, une harmonie intérieure, une vision pénétrante et esthétique de l'environnement. Mais si le LSD est une expérience du voyage pour qui en contrôle les données, il est, à l'inverse, dangereux pour qui se livre à l'expérience seul, sans connaître les effets du produit. En 2003, 1,9 % des jeunes Français de 17 et 18 ans en avait consommé au moins une fois et 0,9 % des filles. En 2003, 3 % des garçons de 17 et 18 ans et 1,5 % des filles en ont consommé au moins une fois.

L'héroïne (les opiacés ou la morphine) procure un flash qui jette dans un puissant sentiment de vertige et éloigne les incidences du monde réel. Mais

l'intensité des effets diminue au fil du temps et le consommateur doit augmenter les doses. La dépendance s'installe vite et toute l'existence s'organise autour de la recherche du produit. L'héroïne est la drogue symbole de l'ordalie (2) à cause de ses dangers. Le produit étant coupé et recoupé par les dealers, le consommateur ne sait jamais tout à fait ce qu'il prend. L'overdose est une menace constante. En 2004, malgré l'efficacité de la politique de réduction des risques, trente-sept décès sont imputables à une surdose d'héroïne ou d'un autre opiacé. En 2003, pour des jeunes de 17 et 18 ans, 1,3 % des garçons et 0,8 % des filles en ont consommé au moins une fois (OFDT, 2004). Le mode d'administration par seringue, le plus propice aux sensations recherchées, rend vulnérable à la transmission du sida ou de l'hépatite.

L'initiation dépend des produits, elle est en moyenne de 16 ans pour les produits à inhaler, de 23 ans pour la cocaïne, de 20,5 ans pour l'ecstasy, de 22,5 ans pour les amphétamines, de 19 ans pour le cannabis, de 19,5 ans pour le LSD (Baromètre santé, 2000). Bien entendu, nombre d'usagers des drogues contrôlent leur consommation et savent jusqu'où aller. Ils sont des usagers sporadiques ou récréatifs.

L'alcoolisation

Loin d'être tenue comme une conduite à risque, l'alcoolisation est à l'inverse une technique de contournement du risque en suscitant une euphorie, un état d'esprit propre à engager dans l'action. Le jeune est convaincu de tenir l'alcool, voire même de connaître, grâce à son usage, une accentuation de sa vigilance et de ses réflexes. L'alcoolisation a un effet de dissolution du sens des limites pour l'individu, qui va dès lors au-delà de ses repères habituels. Le fait de boire avant de se lancer dans une action plus ou moins sentie comme périlleuse atteste d'un conflit entre l'intelligence de l'événement et l'impossibilité morale de s'y soustraire, surtout si les autres en sont témoins et que l'enjeu est celui de la dignité personnelle. D'où son usage courant lors des premières relations sexuelles, où la crainte de l'échec incite à chercher en soi une euphorie susceptible de servir à contresens si les choses se passent mal. L'alcool devenant alors le prétexte au fait de n'avoir pas été soi-même. « *Je ne*

me souviens même plus de ce que j'ai fait ». L'alcoolisation en préalable à un acte perçu comme « incertain », voire « dangereux », est donc une manière de se garder une porte de sortie, une manière in extremis de sauver la face.

L'individu souhaite ne plus penser mais s'immerger dans l'action, soutenu par l'illusion que lui donne l'alcool d'être invulnérable, léger, bien au-delà des compétences requises pour venir à bien de la situation. Mais, en même temps qu'elle prédispose l'individu à surévaluer ses capacités à surmonter l'épreuve, elle diminue à son insu ses moyens.

L'alcool bénéficie de l'aura des choses valorisées par les adultes mais encore défendues, ou limitées. En consommer entre copains procure le sentiment délicieux de la transgression et accentue la complicité. Il participe de la convivialité, lève les inhibitions, met en condition pour jouir pleinement de la fête. Les fêtes de fin de semaine ou les soirées impliquent souvent une forte alcoolisation. La « cuite du samedi soir » se mue en rituel. Le fait de « tenir l'alcool » suscite l'admiration et permet d'exister dans le regard des autres à défaut d'autre chose. La « première cuite » est souvent vécue comme un rite de passage vers l'âge d'homme. Elle traduit le fait « d'être un mec qui en a ». De même que la première cigarette ou le premier joint mais à une moindre échelle. Passage d'une signification de soi à une autre sous le signe d'une transgression qui en accroît la valeur.

Souvent des joutes opposent des jeunes qui prétendent mieux que les autres « tenir » l'alcool. Rite majeur de virilité pour les garçons. L'alcool est l'antidote d'une identité mal en point, contrainte de s'accrocher à des valeurs « viriles » lourdes à assumer dans leur conséquence mais il est moins un instrument de reprise en main d'une dignité personnelle, et le signe de l'alliance à un groupe de pairs. Dernier recours pour se forger un personnage et une identité à moindres frais.

Ivre, le jeune se met fréquemment en danger, notamment en conduisant sa voiture ou sa moto, il provoque le conflit avec les autres, s'expose à de dangereuses inattentions. Pour le Baromètre santé 2000, 54,7 % des garçons et

23,9 % des filles entre 20 et 25 ans ont été au moins une fois ivres dans l'année, 44,8 % des garçons et 28,4 % des filles entre 15 et 19 ans.

Le souci du risque relève d'un discours de santé publique ou de parents inquiets mais il n'est pas dans la conscience du jeune. Certes, il sait que les produits dont il use ne sont pas sans effets néfastes mais, outre qu'il ne se sent pas personnellement concerné, il n'a pas de la maladie ou de la mort les mêmes représentations que ses aînés. Ce qu'il ressent ensuite de la « gueule de bois » après l'usage de certains produits n'est à ses yeux que le prix mineur à payer pour connaître une sensation de soi exacerbée et nécessaire à son équilibre. En ce qu'elle met en jeu l'identité et l'intégration au groupe la puissance d'attraction du produit est supérieure au souci de prévention.

La vie réelle se déroule loin de ce genre de calcul ou d'un utilitarisme propre à l'*Homo œconomicus* qui ne sont que des éléments dans une décision qui implique bien d'autres données, comme la valeur attribuée à une action, le plaisir pris à l'accomplir, la présence des autres à ce moment, l'ambivalence de l'individu, sa recherche de transgression, etc. Modèle économique, il souligne davantage un idéal particulier de conduite qu'une attitude permanente et bien enracinée : souci de l'épargne, du calcul, peur du risque, etc. Les jeunes sont aux antipodes de cette vision puritaine du monde.

David Le Breton

Professeur de sociologie,
université Marc-Bloch de Strasbourg.

► Références bibliographiques

- (1) Par exemple, Zarifian E. *Des paradis plein la tête*. Paris : Odile Jacob, coll. Poches, 2000 : 224 p.
- (2) Le Breton D. *Conduites à risque. Des jeux de mort au jeu de vivre*. Paris : Puf, coll. Quadrige, 2002 : 224 p.

Adolescentes en souffrance : pour une prise en charge plus proche de leur sensibilité

Anthropologue, Hakima Ait El Cadi a mené l'enquête auprès d'une centaine de jeunes filles âgées de 14 à 18 ans sur leurs conduites à risques, l'estime qu'elles ont d'elles-mêmes, l'image qu'elles se font de leur féminité. La plupart se mettent en danger parce qu'elles se regardent avec mépris, en particulier pour correspondre aux modèles dominants véhiculés par la société, homme conquérant d'un côté, femme pure ou impure de l'autre.

Dans le cadre d'une enquête quantitative, une centaine d'entretiens ont été réalisés, prenant la forme de récits de vie auprès d'adolescentes de 14 à 18 ans de tous milieux socioculturels. Le thème traité était les conduites à risques (1). L'analyse présentée ici est issue de ces travaux. La question de l'estime de soi est apparue comme en arrière-plan permanent au cours de cette enquête. Une quarantaine d'adolescentes se sont distinguées en nous confiant ne pas apprécier leur image, détester leur corps et ne plus avoir goût à la vie. Ces adolescentes en prise à des idées suicidaires avaient des conduites à risques ou se présentaient, pour certaines, sous des apparences déviantes (look gothique, tenues hypersexy, port du voile ou style « garçon manqué »), dont l'expression restait relativement déterminée par leur milieu culturel d'appartenance. L'une de nos préoccupations étant de repérer dans quelle mesure la reconquête d'une meilleure estime de soi se réalise différemment selon que l'on est une jeune fille ou un jeune homme, notre regard d'anthropologue s'est focalisé sur le ressenti de ces filles à fleur de peau.

Rappelons que l'estime de soi est un sentiment, une « *savoir du monde* » (2) conditionnant sa volonté de rester accroché à l'existence, comme l'évoque la métaphore populaire « croquer la vie à pleines dents » ou l'exaspération récurrente dans les propos d'un(e) jeune mal dans sa peau : « *Je suis dégoûté(e) de la vie.* » Or, cette « *savoir du monde* » permettant à tout un chacun d'apprécier sa valeur est largement conditionnée par

les imageries et modèles sociaux ambiants du « bon » et du « mauvais » genre, autrement dit de la « bonne » et de la « mauvaise » féminité ou masculinité.

Des discours recueillis, il ressort un sentiment dominant que l'on ne retrouve pratiquement pas dans les propos de jeunes hommes mal dans leur peau interrogés dans une précédente enquête sur leurs conduites à risques. Tandis que les garçons se sentaient, à cause de leur état dépressif, davantage capables de faire preuve de virilité en se montrant dynamiques et percutants tant au niveau physique qu'intellectuel, les adolescentes se sentent, quant à elles, impures. Pour comprendre cette différence, nous avons avec elles exploré leur enfance et leur préadolescence, afin de sonder les modèles sociaux de féminité, tant en ce qui concerne d'ailleurs la bienséance et les déviances qui leur ont été transmises.

Une partie des adolescentes interrogées ont été socialisées – et le sont encore – dans des milieux familiaux aux valeurs conservatrices exigeant la retenue du corps. Ces jeunes filles ont grandi avec l'idée que savoir faire preuve de discrétion et de pudeur garantit à la fille la considération de ses proches et de la société, qui voient alors en elle une « fille propre », pourrait-on dire de manière résumée. Ces adolescentes issues des milieux bourgeois et populaires, et pour certaines de confession musulmane, sont éduquées en jeunes filles qu'il faut préserver d'une (mauvaise) relation masculine pour garantir l'honneur du groupe. Les sorties avec les amis, les flirts, ou le choix

de leur apparence font l'objet d'un contrôle strict ou sont interdits, et les écarts de conduite exposent aussitôt les rebelles à la stigmatisation de « mauvaise fille » ou de « salope ».

Nous avons, par ailleurs, constaté que l'appartenance à un milieu familial conservateur n'est pas une donnée déterminante. En effet, certaines des jeunes filles éduquées dans un environnement familial et social véhiculant des valeurs modernes et émancipatrices (égalité des sexes, liberté et autonomie individuelle, etc.) nous ont confié se sentir des filles d'un mauvais genre lorsqu'elles déprimaient. Le sentiment d'être une fille « impropre » à une relation sérieuse émanait notamment du regard de certains pair(e)s, une fille « trop émanicipée » étant dans leur imaginaire une libertine.

Si la société fait montre de valeurs et de discours émancipateurs à l'endroit du féminin, l'imaginaire collectif reste, en revanche, encore très imprégné de représentations traditionnelles de la féminité et de la masculinité. Ces représentations sont très prégnantes dans nombre d'imageries issues de la fiction enfantine. Dans certains albums illustrés (3), contes classiques (*Blanche-Neige, La Belle au bois dormant, Cendrillon...*), et dessins animés des années 1980, les héroïnes sont en règle générale belles, soignées, chastes, patientes, discrètes, dociles, et les héros, quant à eux, sont dominateurs, débrouillards, conquérants, vaillants, aventuriers, colériques, intelligents, perspicaces, etc.

Leur statut d'orphelin ou d'enfant en quête d'un parent disparu transforme aussi ces figures communes en de véritables modèles de résilience (4), de résistance à l'adversité, de reconquête d'un bien-être précocement perdu par l'expérience de la tragédie (5). Même en prise à la souffrance, à la perte de repères identitaires, filles et garçons sont invités à se comporter selon des codes de conduite bien établis. La souffrance mentale est invitée à s'exprimer et à se vivre, pour les unes, en silence et dans la discrétion ; pour les autres, par la mise en scène extravertie et spectaculaire de leurs émotions morbides. Aussi, les modèles commerciaux de la féminité présents dans les fictions cinématographiques, la publicité des produits de soin et d'hygiène corporels, les magazines de mode, les clips musicaux, véhiculent des idéaux modernes de pureté non plus morale (la jeune fille chaste) mais de pureté esthétique, organique et physique en mettant en scène principalement des jeunes femmes belles, sveltes, saines et rayonnantes.

Ces divers attributs physiques et moraux des personnages publicitaires et de fiction se retrouvent, en creux, dans les portraits dépréciatifs que les adolescentes en souffrance nous ont dessinés d'elles-mêmes. Une partie des filles interrogées se voyaient, en effet, « moches » et se traitaient elles-mêmes comme étant

des « pourritures », des « chiennes » ou des « dégoûtantes » ; rappelons que, dans l'enquête antérieure, les concernant, les garçons, quant à eux, s'appréhendaient « nuls », « bons à rien », « bouffons », « couillons ».

Des résistances intimes et secrètes

Nos analyses (1) approfondies ont permis de repérer l'existence d'une corrélation entre le sentiment d'impureté qu'exprimaient les jeunes filles dépressives et nombre de conduites et états extrêmes typiques du féminin. En amont des tentatives de suicide, les filles mal dans leur peau « se bricolent » des résistances intimes et secrètes à la souffrance, identifiées – à tort – comme des conduites suicidaires. Dans l'intimité secrète de leur chambre, des toilettes, d'une salle de bains, d'un vestiaire, des adolescentes se faisaient volontairement vomir, se scarifiaient ou décidaient de ne plus s'alimenter.

Tandis que les garçons tentent de conquérir un sentiment nouveau d'estime de soi en se « heurtant métaphoriquement à la mort » par la pratique d'activités et de consommations à risques (vitesse routière, délinquance, toxicomanie, violence, etc.) (6), les filles travaillent discrètement à se purifier en se livrant à des conduites caractérisées par une volonté de se vider de « mauvaises parts ». Les adolescentes qui se faisaient

vomir ou celles qui s'abstenaient de s'alimenter énonçaient comme motivation première la peur de grossir, mais progressivement une idée sous-jacente de se purger soi-même par un nettoyage drastique de son corps a pris place dans leur discours. Les aliments sont vomis ou brusquement proscrits à la consommation parce qu'ils sont considérés comme porteurs de toxines, de maux qu'il importe d'écarter pour préserver son intégrité psychique. « *Je vomis jusqu'à ce qu'il y ait du sang qui sort quand je suis pas bien dans ma tête, que je suis dégoûtée. Là, je me dis que je suis forte, que j'ai réussi à vraiment me vider. Sur Internet, ils disent que, si tu saignes, ça devient dangereux pour ta santé mais pour moi, ça me fait du bien, j'ai l'impression de m'être lavée* », nous confiait, par exemple, Julie, 14 ans.

Le soulagement de s'être « vidée » ou la satisfaction de se savoir « énergétiquement pure » en réduisant ses apports caloriques conduit l'adolescente à se sentir comme neuve, admirable à nouveau et donc digne de reconnaissance sociale.

Cette symbolique de la purification transparait également dans les propos des adolescentes se scarifiant. Linda, 16 ans, se scarifiait surtout lorsqu'elle venait de subir une violente contrariété. « *Ça me fait du bien, j'ai l'impression d'être plus légère, d'être libérée de*

quelque chose de mauvais qui me faisait mal. Après ça, tout se remettait dans l'ordre, je zappais le truc ». Les incisions faites à la peau sont appréhendées comme autant d'ouvertures du corps susceptibles de laisser s'écouler de soi le « sale », le « mauvais », « le pourri » (7).

Le risque de la dépendance à ces conduites à risques est omniprésent car, à peine conquis, le sentiment de pureté se dissout aussitôt au contact d'un environnement psychosocial ravivant dans toute son effervescence l'intime conviction d'être « bonne à rien ».

Des mères adolescentes, aux histoires de vie douloureuses et déstructurées, auraient aussi souscrit inconsciemment à ce fantasme de la purification, par le biais de l'expérience de l'enfantement. Les études de la sociologue canadienne Hélène Manseau, auprès de mères adolescentes sous protection judiciaire, ont mis en évidence l'existence du syndrome de « la conception immaculée » chez celles « souillées » dans leur enfance par un viol incestueux (8). Ces rites intimes de purification s'avèrent être des prothèses fragiles qui ne leur permettent guère de savourer à nouveau l'existence, mais uniquement de s'y maintenir en vie, le temps qu'une intervention favorable extérieure parvienne à en rompre la nécessité.

Pour une intervention éducative précoce et sexuellement différenciée

Les dispositifs classiques de prévention en santé mentale s'établissent autour de l'idée qu'en informant les jeunes gens des dangers de certains modes de vie, ces derniers ne vont pas les adopter. Or, aussi raisonnables qu'ils soient, les adolescent(e)s sont obsédé(e)s par la crainte de ne pouvoir honorer les modèles de genre institués et ne plus être considérés des pairs, eux-mêmes prisonniers du regard tyrannique des autres. Dans son ouvrage sur les cultures lycéennes (9), Dominique Pasquier rapporte, à partir de témoignages individuels, que le diktat de l'uniformité des apparences et des modes de vie imposé par notre société consumériste génère nombre de difficultés et de souffrances chez l'adolescent(e).

De ses analyses, il ressort l'idée que ce ne sont pas tant les modèles sociaux environnants qui en soi sont sources de

frustrations mais le fait qu'ils aient été intériorisés par l'enfant, puis vécus par l'adolescent comme *les uniques garants* de la reconnaissance sociale et donc du bien-être.

Prévenir le sentiment de mésestime de soi, du moins en atténuer le caractère tragique pour celui qui en fera l'expérience, c'est briser ensemble ce diktat des apparences. Dans les classes primaires, les enfants devraient participer collectivement à la création artistique de modèles de féminité et de masculinité alternatifs – aussi singuliers et farfelus soient-ils – afin de les initier fondamentalement au respect de la différence des corps et des genres. Les inciter à poser un regard critique sur le pouvoir tyrannique des marques et l'arbitraire des rapports sociaux de sexe, c'est les éduquer très tôt à la tolérance de la différence et les conduire ainsi vers une existence adolescente moins tributaire du regard des autres.

Pour ces jeunes gens en état de mésestime de soi, *reconquérir* le goût de vivre, c'est donc prendre en considération le fait que leurs sensibilités culturelles sont aujourd'hui moins déterminées par leur appartenance à un milieu social et ethnique particulier que par une appartenance en tant que fille à une culture « jeune » féminine (10) ou en tant que garçon à une culture « jeune » masculine.

Les protocoles d'accompagnement éducatifs doivent s'adapter à cette nouvelle réalité sociologique pour créer les conditions d'accueil optimales à une prise en charge thérapeutique.

Travailler efficacement à endiguer le sentiment de mésestime de soi, c'est offrir des activités éducatives où les jeunes gens, en femme ou en homme en devenir, puissent s'identifier comme méritants. Ainsi, certaines initiatives relevant de challenges physiques auxquels sont conviées les adolescentes en mal-être sont-elles, à ce propos, peu fructueuses comparées à celles relevant de dispositifs humanitaires où les vertus de soin, d'accompagnement des plus vulnérables, d'écoute sont familières à la gente féminine. Valorisés, les sujets en souffrance gagnent en confiance et se rendent alors plus accessibles à l'expertise thérapeutique.

On comprendra, enfin, qu'il ne s'agit aucunement ici d'enfermer le féminin ou le masculin dans des rôles traditionnels que dénoncent les discours féministes mais de tenter collectivement d'ouvrir celles et ceux qui souffrent à une existence moins amère.

Hakima Ait El Cadi

Anthropologue,
laboratoire « Anthropologie. Adaptabilité
biologique et culturelle »,
CNRS, Marseille.

► Références bibliographiques

- (1) Ait El Cadi H. *Filles au risque de l'adolescence. Une anthropologie de la souffrance au féminin*. Thèse de doctorat, université Marc-Bloch, Strasbourg, 2005. À paraître sous un autre titre en 2007, éd. Belin.
- (2) Le Breton D. *La saveur du monde. Une anthropologie des sens*. Paris : Métailié, coll. Traversées, 2006 : 456 p.
- (3) Bruguilles C., Cromer I., Cromer S. *Les représentations du masculin et du féminin dans les albums illustrés ou comment la littérature enfantine contribue à élaborer le genre*. Population 2002 ; n° 57 (2) : 261-92.
- (4) Sur les enseignements que recèle la fiction enfantine en matière de résilience, se reporter à B. Humbeeck. « De Blanche-Neige à Harry Potter, des histoires à survivre debout... » Mons : BC Europe, 2003.
- (5) Pour des analyses approfondies à partir de portraits de héros et héroïnes des dessins animés des années 1980 (*Candy, Heidi, Albatör, Goldorak*, etc.) se reporter à Ait El Cadi H. *Le corps efféminé ou la mort masquée*. In : *Les jeunes face à la mort*. Agora, n° 34, 2003 : 70-83.
- (6) Le Breton D. *Conduites à risques. Des jeux de mort au jeu de vivre*. Paris : Puf, coll. Quadrige, 2002 : 224 p.
- (7) Pommereau X. *Ado à fleur de peau. Ce que révèle son apparence*. Paris : Albin Michel, 2006 : 272 p.
- (8) Manseau H. *La grossesse chez les adolescentes en internat. Le syndrome de la conception immaculée*. Montréal : université du Québec, 1997 : 206 p.
- (9) Pasquier D. *Cultures lycéennes. La tyrannie de la majorité*. Paris : Autrement, coll. Mutations, 2005 : 184 p.
- (10) Se reporter à C. Moulin. *Féminités adolescentes. Itinéraires personnels et fabrication des identités sexuées*. Rennes : Pur, coll. Le sens social, 2005 : 234 p.

Parents-adolescents : des représentations opposées du risque

Pourquoi les adolescents contactent-ils le service de téléphonie santé Drogues Info Service ? Quelles sont leurs préoccupations ? Barbara Lilin a compulsé des centaines de fiches résumant les entretiens entre les écoutants et ces jeunes. À 14 ans, ils appellent pour le tabac, à 16 ans pour le cannabis ; la majorité affiche un désir d'arrêter mais ils appellent surtout pour parler de leur rapport au produit. Un dialogue utile car les parents ont des difficultés à dialoguer avec ces adolescents ; en demandant l'arrêt de la consommation sans aller plus loin, ils renvoient leur adolescent à sa situation d'enfant.

Service d'accueil téléphonique pour l'information et la prévention en matière de drogues et toxicomanies, Drogues Alcool Tabac Info Service (Datis)¹ est un service public, national, accessible à tous, ouvert sept jours sur sept de 8 heures à 2 heures du matin. Placé sous l'autorité de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt), le service a pour vocation d'aider toute personne concernée directement ou indirectement par un problème de drogue. Ses missions sont l'information, le conseil, le soutien et l'orientation. Si les appels de parents sont très présents depuis la création du service, en 1990, les appels de jeunes, et notamment d'adolescents et de préadolescents, se sont développés progressivement. Ces appels correspondent à une démarche volontaire et spontanée, d'où l'intérêt de restituer les demandes, questionnements, préoccupations qui sont le fruit des représentations différenciées de la part des parents et des jeunes qui ont recours au service.

Arrêt et demande d'aide

Les appels de jeunes de moins de 20 ans se sont développés de façon significative de 2000 à 2004 avec l'élargissement du champ de compétence du service à l'alcool et au tabac et le passage à un numéro d'appel à trois chiffres, facile à mémoriser. En 2004, les appels de jeunes de moins de 20 ans représentaient un quart de l'ensemble des appels reçus par le service. En 2005, la part de ces appels dans l'activité du service a notablement baissé, peut-être

en lien avec les évolutions du dispositif (fin du 113 comme numéro d'appel du service et modification du nom des lignes).

Dans les fiches de compte rendu des communications, les appels des jeunes sont regroupés en trois tranches d'âge : les moins de 14 ans, les 15-19 ans, puis les jeunes adultes (20-24 ans). Malgré la diversité des âges et des consommations, il est frappant de constater qu'une question revient de façon massive et récurrente dans ces appels : la question de l'arrêt. Elle se présente sous différentes formes : arrêt envisagé, souhaité, projet et préparation de l'arrêt, évoca-

tion de difficultés rencontrées lors de tentatives antérieures, expression de la crainte de ne pouvoir réussir à arrêter, demande d'aide, etc.

Il est intéressant d'observer que ce désir d'arrêt concerne de jeunes consommateurs, des 12-13 ans en ce qui concerne le tabac et 15-16 ans pour le cannabis. De même, ces demandes d'aide à l'arrêt émergent alors que la consommation est parfois encore récente, quelques mois, un an ou deux, et pas forcément massive.

Il ne semble pas qu'il s'agisse simplement d'un mode d'accès au service,

de ce que les jeunes penseraient qu'il faut dire : au cours des entretiens, en effet, une réelle préoccupation des jeunes apparaît autour de cette question, et les tentatives d'arrêt en cours ou ayant précédé l'appel sont évoquées.

Si cette thématique est commune aux trois tranches d'âge, elle préoccupe également fortement les parents qui appellent. En revanche, les produits consommés, les motivations évoquées autour de cet arrêt, le regard porté sur le produit et la consommation évoluent avec l'âge.

Moins de 14 ans : l'angoisse du « cancer »

Les jeunes appellent Datis surtout pour leur consommation de tabac : plus de deux tiers de leurs appels concernent exclusivement le tabac. Ils sont essentiellement âgés de 12-13 ans. Le tabac est le produit le plus évoqué mais aussi celui qui paraît générer le plus de peur. Les spots télévisuels diffusés en 2004 ont beaucoup marqué ces jeunes et suscité de nombreux appels de demande d'arrêt ou d'information : « *J'ai vu le spot à la télé, la dame avec le trou dans la gorge et je voudrais arrêter de fumer.* » Ils ont également suscité des appels de jeunes inquiets voire angoissés pour un parent ou un proche qui fume. Le risque évoqué par ces jeunes est le risque de cancer, les autres risques liés à la consommation de tabac ne paraissent pas connus. Le cancer évoque des images de mort et suscite la peur mais ces jeunes semblent disposer de peu de connaissances sur le lien entre ce risque et la consommation. « *Parfois, je vois des morts à la télé qui meurent du cancer de la cigarette, alors je veux pas bousiller ma vie mais j'arrive pas à arrêter.* »

En ce qui concerne les motivations évoquées par les jeunes pour arrêter : la peur de mourir et le risque de cancer sont évoqués, souvent en lien avec les spots ou d'autres messages, parfois en lien avec des décès dans l'entourage.

Certains jeunes qui viennent de commencer à consommer évoquent le fait qu'ils ne se retrouvent pas dans cette consommation, qu'elle ne leur apporte pas de plaisir et mentionnent souvent un contexte de consommation en groupe, souvent avec des plus âgés, qui les amèneraient à consommer sans qu'ils en aient vraiment envie au départ.

Dans ces appels de préadolescents, les motivations évoquées sont assez générales : « *C'est mauvais pour la santé...c'est pas bien de fumer...* » ou liées à l'extérieur « *Si mes parents l'apprennent, je vais me faire tuer.* » Peu de jeunes évoquent un désir pour eux-mêmes ou des motivations plus personnelles. Seule la question de l'argent est parfois évoquée comme motivation plus personnelle à l'arrêt. Parfois, il semble que le jeune ait du mal à se déterminer entre le discours des adultes sur les risques et la fonction du produit dans le groupe.

De nombreux appelants de cet âge disent qu'ils ont essayé d'arrêter mais n'y arrivent pas, qu'ils craignent de ne pas y arriver, ils se disent accros. Certains ont déjà mis en place des stratégies personnelles pour arrêter ou diminuer leur consommation de tabac.

15-24 ans : la préoccupation de la dépendance et le désir d'arrêt

Chez les 15-19 ans, la part du tabac comme motif d'appel baisse (environ 30 %) et celle du cannabis augmente (plus d'un tiers). Les demandes d'information sur les effets et les risques du produit sont peu fréquentes ; il s'agit plutôt de demandes précises liées à un problème de santé (physique ou psychique) rencontré par le jeune. Ce dernier s'interroge sur le lien éventuel entre ce problème et sa consommation. Dans plus des trois quarts des appels d'adolescents, la demande exprimée en début d'appel est une demande concernant l'arrêt.

Ces appels émanent surtout de jeunes de 15 à 17 ans. On n'y retrouve pas la tonalité de peur présente chez les plus jeunes à propos du tabac mais plutôt un questionnement, l'expression d'une préoccupation. En effet, à travers ces demandes concernant l'arrêt, il semble que ce soit la question de la dépendance qui préoccupe les appelants. Elle est parfois directement nommée (« *ça m'énerve d'être accro* »), elle apparaît aussi dans le sentiment fréquemment évoqué de ne pas pouvoir réussir à arrêter, la peur de ne pas y arriver ou encore le récit de tentatives d'arrêt ou de diminution qui ont échoué.

Par ailleurs, il est frappant d'observer combien la question de la nervosité est

fréquemment mentionnée dans ces appels. Quand ils parlent de leur consommation, ces adolescents disent souvent que fumer du cannabis les calme, leur permet de ne pas réfléchir, de ne pas se prendre la tête, de se sentir bien, de se détendre. Tabac ou cannabis, il ne s'agit généralement plus d'une consommation en groupe, « festive », mais plutôt d'une consommation quotidienne et en solo. La notion de détente paraît ici renvoyer au besoin d'évacuer des tensions, de retrouver son calme. Parfois, il est question du besoin de ne plus penser, voire d'oublier. *A contrario*, l'énerverment, l'irritabilité, la nervosité sont les principales difficultés évoquées lors de l'arrêt.

Contrairement aux appels des plus jeunes, le désir d'arrêt n'est pas énoncé en lien avec la peur que la consommation ne soit découverte par les parents, et les préoccupations concernant les risques encourus au niveau de la santé sont pratiquement absentes de ces appels. Cependant, il est souvent difficile de savoir pourquoi l'appelant souhaite arrêter, quelles sont ses motivations.

Ce désir d'arrêt paraît à la fois réel et fragile. En effet, si ces jeunes appelants identifient bien ce que leur apporte le produit, ils évoquent peu, voire pas du tout, les risques ou conséquences négatives de leur consommation. Deux lectures sont possibles : soit ils ne ressentent pas ces conséquences négatives, soit ils ne les perçoivent pas. L'envie d'arrêter paraît surtout liée au sentiment d'être devenu dépendant, d'avoir perdu sa liberté et le contrôle de sa consommation. Ce désir d'arrêt ne correspond souvent pas encore à un projet d'arrêt mais il permet au jeune d'interpeller un interlocuteur adulte pour parler de sa consommation et de son vécu.

Chez les 20-24 ans, la tonalité change : le désir d'arrêt s'accompagne d'un regard souvent négatif sur le produit et les conséquences de la consommation sur les activités, les relations, la scolarité, la motivation, etc. Dans ces appels où les demandes concernent également majoritairement l'arrêt, ce qui motive l'envie d'arrêter apparaît beaucoup plus nettement, qu'il s'agisse d'une vision critique des effets de la consommation ou d'un désir d'arrêt

plutôt lié à un projet personnel ou professionnel (début des études, entrée dans la vie active, désir d'enfant, etc.).

Angoisse parentale : un risque pour l'écoute

Les parents nous contactent surtout au sujet des consommations de drogues illicites. En 2005, ce thème représentait les trois quarts de leurs appels. Dans la moitié des cas, il s'agissait de cannabis. Le tabac est pratiquement absent (4 % des appels), alors qu'il préoccupe les jeunes appelants. L'alcool est évoqué dans 14 % des appels de parents mais dans plus de deux tiers de ces appels, l'enfant concerné est majeur.

La découverte d'une consommation de cannabis suscite souvent beaucoup d'inquiétude, de peur, voire parfois une véritable angoisse qui peut submerger le parent. La notion de drogue déclenche une peur parfois paralysante et ne repose pas sur une appréhension claire des risques encourus. Souvent, cette peur n'est pas la peur de quelque chose de précis et déterminé lié à la consommation du jeune et à sa situation mais plutôt une peur *a priori*, liée aux images et représentations associées aux drogues illicites.

Ce sentiment peut entraîner des difficultés dans la relation avec le jeune. La peur et le manque de connaissances sur la nature des risques encourus génèrent chez le parent le besoin d'agir et d'agir vite afin que cette consommation cesse. Le parent cherche alors à convaincre son enfant d'arrêter, voire exige un arrêt. Il lui est difficile de prendre le temps d'entendre ce que vit le jeune avec ce produit et d'entamer un réel dialogue. L'adolescent consommateur se sent alors remis dans une position d'enfant face à un adulte qui prétend savoir ce qui est bon pour lui et ce qu'il doit faire. Cela l'amène souvent soit à chercher la provocation, soit à nier, minimiser ou banaliser sa consommation et les risques, soit à se soumettre en apparence tout en poursuivant sa consommation mais de façon dissimulée. Cela ne facilite pas l'expression des questionnements et préoccupations des jeunes concernant leur consommation et leurs difficultés.

Une partie importante des appels de parents correspond à des situations où la consommation est plus ancienne et

où les difficultés rencontrées sont multiples et importantes : problèmes scolaires, problèmes de comportement, importantes difficultés dans les relations familiales, difficultés psychologiques, voire psychiatriques, problèmes avec la justice, etc.

Dans ces appels, bien que la consommation paraisse être un élément au sein d'un ensemble complexe, elle est souvent la principale préoccupation du parent et identifiée comme la cause et l'origine des difficultés. Cela rend plus difficile le dialogue avec le jeune, qui vit souvent la consommation comme une aide, quelque chose qui lui permet de tenir.

Dans cette représentation, centrée sur le produit, on retrouve la difficulté évoquée précédemment de pouvoir appréhender la consommation de

façon personnalisée, en la situant dans le contexte de la vie du jeune afin de pouvoir en éclairer le sens et la fonction.

Barbara Lilin

Responsable régionale du pôle région Nord de Datis, Lille.

1. *Drogues Alcool Tabac Info Service se décline en trois numéros :*

- *Drogues Info Service : 0 800 23 13 13, appel gratuit depuis un poste fixe. Avec un portable, composez le 01 70 23 13 13, prix d'une communication ordinaire, 7 jours sur 7 de 8 heures à 2 heures ;*
- *Écoute Cannabis : 0 811 91 20 20, coût d'une communication locale depuis un poste fixe, 7 jours sur 7, de 8 heures à 20 heures ;*
- *Écoute Alcool : 0 811 91 30 30, coût d'une communication locale depuis un poste fixe, 7 jours sur 7, de 14 heures à 2 heures.*

Il existe également un site Internet www.drogues.gouv.fr, offrant la possibilité de poser des questions, de consulter les adresses utiles, une documentation, etc.

Adolescents et usages de cannabis : plaidoyer pour une intervention précoce

Psychiatre et directeur d'un centre de prise en charge des toxicomanes, Alain Morel propose une nouvelle stratégie de prévention des consommations à risque. Partant de son expérience de praticien face aux jeunes ayant une consommation problématique de cannabis, il souligne que le temps est venu de pratiquer le repérage précoce auprès de ces jeunes. Mais cela n'est qu'un aspect d'une stratégie. Il faut avant tout accompagner autrement le jeune usager, mieux former les professionnels, permettre aux parents et aux pairs de jouer un rôle. Et, au final, en faire une priorité politique de prévention.

La massification des usages de cannabis, depuis les deux dernières décennies, est un phénomène considérable qui devrait nous interroger profondément, au moins sur trois de ses caractéristiques : il est de très grande ampleur et touche, en marge des processus de mondialisation, pratiquement tous les pays dans le monde ; il ne concerne de façon sélective que cette substance, pourtant prohibée par l'ensemble des nations ; et il n'affecte pour l'essentiel qu'un âge spécifique, celui de l'adolescence et du tout début de la vie adulte. Ces constats nous conduisent à considérer la « banalisation » du cannabis¹ non comme un effet de mode plus ou moins orchestré par les intérêts économiques du trafic international, mais comme l'expression d'un processus profondément enraciné dans l'articulation entre société et sujet : la manifestation d'une véritable acculturation du cannabis².

Cette acculturation, nous la retrouvons dans nos rencontres avec les adolescents consommateurs. Leurs consommations prennent sens, en effet, dans chaque trajectoire individuelle à une période de la vie où chacun se débat dans des problématiques touchant à une recherche identitaire, c'est un fait dont rend compte l'observation clinique. Mais elles prennent aussi sens comme mode d'adaptation, de différenciation et, pour une bonne part, de protection vis-à-vis d'un monde social souvent vécu comme insécurisant, ce dont rend également compte l'observation clinique.

La mise en évidence et l'analyse d'une intrication des manifestations cliniques liées au cannabis dans un phénomène culturel beaucoup plus large est indispensable et nécessite d'autres modes de lecture que ceux auxquels on a habituellement recours et qui ont un grand mal à se rencontrer : le point de vue psycho-individuel et thérapeutique, d'une part, et celui de la prévention antidrogue conventionnelle et du respect de la loi, d'autre part.

L'expérience clinique et institutionnelle qui se constitue, depuis quelques années, au sein de ce qu'il est convenu d'appeler les « consultations cannabis »³ apporte un grand nombre d'indications et de données qui devraient permettre de penser et de développer un dispositif de prévention plus adapté – donc plus efficace – que celui généralement utilisé, qui se limite principalement à l'information sur les dangers du produit et au rappel de l'interdit légal.

Cette expérience donne aussi des pistes importantes pour déterminer des réponses plus opératoires pour repérer les usages problématiques ainsi que ceux pouvant le devenir – les usages « à risques » –, et pour la définition de modalités d'intervention plus conformes aux besoins des usagers et de ceux de la communauté qui les entoure, permettant ainsi de beaucoup mieux réduire les conséquences nocives de ces consommations, tant pour la personne de l'usager que pour son entourage et la société tout entière.

Les particularités du phénomène chez les adolescents

Sur un plan factuel, les comportements de consommation de cannabis chez les adolescents d'aujourd'hui présentent, avec ceux des générations précédentes, trois différences qui sont régulièrement soulignées par les enquêtes, en particulier celle menée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) lors de la journée d'appel et de préparation à la défense, l'enquête Escapad :

- des usages plus nombreux (ils représentent, en termes d'expérimentation, la moitié de la classe d'âge à 18 ans) ;
- des usages plus intenses : près de 20 % de cette classe d'âge déclarent une fréquence de consommation d'au moins dix fois dans le mois, les produits inhalés sont davantage concentrés en THC, et le nombre moyen de joints fumés est plus élevé ;
- des usages plus précoces : ils débutent en majorité entre 14 et 16 ans.

Le bilan tiré par l'OFDT sur une année de fonctionnement (de février 2005 à mars 2006) de près de deux cent cinquante « consultations cannabis » confirme et précise un certain nombre de ces données à travers les caractéristiques de la population d'environ quinze mille jeunes reçus durant cette période⁴. Ce premier bilan indique notamment que les usagers vus en consultation se distinguent par une expérimentation du produit plus précoce que celle des adolescents

observés dans l'enquête Escapad. Plus l'usage réunit des signes de dépendance, plus on trouve un début très précoce (13,9 ans dans l'étude des consultants dépendants). Précocité de la première prise, fréquence des consommations et intensité des usages sont étroitement corrélés et constituent des marqueurs de gravité des risques. D'autres études ont montré – ce que l'on perçoit aussi clairement en clinique – les corrélations de ces comportements de consommation avec des signes de mal-être psycho-affectif et familial, voire de troubles psychiques.

La précocité est, à nos yeux, l'indicateur le plus important en termes de repérage et de prévention car il est le premier à apparaître. De surcroît, avec ce que l'on sait des perturbations neuropsychiques que provoque le cannabis dans le développement cérébral avant 15 ans, pouvoir retarder le début de consommation et pouvoir accompagner ou même prendre en charge ces très jeunes usagers devraient constituer les objectifs prioritaires de l'action publique.

Une autre particularité de cet usage de cannabis à l'adolescence est qu'il s'accompagne généralement d'un déni ou d'une faible perception des risques. Ce point, enjeu particulièrement capital pour la prévention, mérite d'être approfondi. Comme le signale Baptiste Cohen⁵, l'une des parts importantes du problème que la société doit résoudre par rapport à ces consommations adolescentes (de cannabis comme d'alcool), c'est que les usagers ne perçoivent pas de risque, ni à court, ni à long terme, et que, lorsque des dommages apparaissent, ils sont rarement associés à la seule consommation de cannabis, mais le résultat d'une conjonction de facteurs. Ce qui rend plus complexe la compréhension de la dangerosité propre à la substance.

De plus, et cela est spécifique au cannabis, cette substance étant prohibée par la « société conventionnelle », celle des adultes, son usage comporte peu ou prou l'expression d'une forme d'originalité, voire de mise en retrait ou d'opposition à ce monde social. Le cannabis a une représentation de « produit psychoactif des jeunes », à la différence de l'alcool notamment, qui a une représentation de « produit de vieux », sauf s'il est consommé pour l'ivresse. Les dis-

cours « officiels » contre le cannabis sont ainsi rapidement assimilés à des discours « pour faire peur aux jeunes » et, par extension, « contre les jeunes ».

La prévention est ainsi amenée à intervenir à contretemps – lorsque le problème ne se pose pas – mais aussi et surtout à contre-courant, alors que le sujet ne perçoit de son usage que les bénéfices qu'il en tire : socialisation parmi ses pairs, soulagement de tensions internes et externes, et puis du plaisir.

Cette expérience des satisfactions qu'apporte la consommation des substances psychoactives est, à nos yeux, la matière essentielle à partir de laquelle peut se réaliser une réelle prévention. Comme l'écrit Baptiste Cohen, si le soin part de la compréhension de la souffrance dans toutes ses manifestations et si le soignant doit se montrer à l'écoute de la souffrance singulière du patient, la prévention devrait faire la même chose mais à propos du plaisir et des satisfactions que procure la consommation de substance psychoactive. Si le soignant doit utiliser les outils

à sa disposition pour faire cesser la souffrance ou la soulager, l'acteur de prévention devra, lui, aider à la réflexion du sujet sur sa consommation et l'aider à évaluer si elle répond réellement à ses attentes ou si, à un moment ou un autre, il lui faudra trouver des alternatives plus adéquates à ses attentes et changer ce comportement, par lui-même ou, si besoin, avec une aide extérieure.

Ce sont là, très précisément, les raisons qui ont conduit les « consultations cannabis » à se définir comme des points d'exploration d'un nouvel espace entre les catégories classiques de la prévention et des soins, de nouvelles compétences dans ce que nous proposons d'appeler, à l'instar de nos collègues québécois, *l'intervention précoce*.

Les premiers enseignements des « consultations cannabis »

Au-delà des données chiffrées fournies par le bilan de l'OFDT que nous avons cité précédemment, des enseignements plus qualitatifs peuvent être tirés de cette expérience. Cela, autour de six notions qui ressortent des retours des acteurs de ces consultations

organisées par la Mildt et la FFA⁶ et que nous ne pouvons que résumer ici brièvement.

• **La notion de rencontre.** Créer une rencontre et la possibilité d'une alliance est le premier impératif de toute intervention, tout du moins si celle-ci est destinée à servir à l'utilisateur. Pour autant, cette rencontre avec des jeunes qui ne sont généralement pas demandeurs ne se réalise qu'à certaines conditions : aller vers eux et, puisqu'il s'agit de parler d'un comportement qui est socialement réprouvé, ouvrir des espaces protégés où puisse être entendue et discutée leur expérience individuelle, sans jugement a priori.

• **La notion d'expérience.** L'expérience ne se résume ni à l'expérimentation, ni au seul comportement. Elle est tout à la fois le lieu où peut s'apprendre quelque chose sur soi, sur l'autre et sur le monde, au sens où l'on acquiert de l'expérience, et le temps d'un ressenti, de l'émotion, où l'apprentissage se trouve possiblement débordé par l'intensité de ce qui est vécu : plaisir, détente ou douleur et souffrance. Il ne s'agit pas ici de l'entériner ou de la condamner mais de la reconnaître et de rendre possible une parole à son sujet, ainsi qu'un échange, donc un questionnement.

• **La notion de repérage.** Pouvoir identifier les usages potentiellement ou actuellement problématiques est évidemment essentiel, et cela justifie des actions telles que celles utilisant des questionnaires d'évaluation auprès d'un grand nombre de jeunes, dans des circonstances adéquates. Mais ces actions de repérage n'ont d'intérêt que si elles créent des situations relationnelles et ouvrent sur des prolongements possibles en termes de rencontre et d'appropriation par l'utilisateur de ces informations sur lui-même. Elles n'ont d'intérêt que si elles reposent sur une définition partagée entre les différents types d'acteurs des usages problématiques.

• **La notion d'aide à l'autoévaluation.** L'objectif est de susciter, par des moyens simples et accessibles, l'auto-observation et une réflexion active sur des consommations souvent intégrées dans des rituels et des habitudes au sein de groupes de pairs qui fonctionnent comme des « communautés de resenti ».

• **La notion de motivation.** Elle recouvre la compréhension des moti-

vations à consommer et l'aide à la motivation au changement de pratiques de consommations. La volonté de changer ces pratiques apparaît chez les jeunes usagers d'abord au titre de la maîtrise des conséquences problématiques de l'usage. Toutefois, avant que cela aboutisse à modifier ses modalités de consommation, il existe un processus de décision et d'action dans lequel les intervenants peuvent aider le sujet tout en respectant son autonomie de décision pour lui-même.

• **La notion d'accompagnement.** Elle regroupe en réalité les cinq notions précédentes pour réaliser l'objectif commun à toutes, qui est d'établir un lien et un échange, sans a priori de durée, d'arrêt de la consommation ou de soins. Une présence, une écoute et une aide à la réflexion, parfois une aide au changement ou une orientation.

L'intervention à visée préventive auprès des adolescents doit, selon nous, « *mettre en musique* » cet ensemble de notions. Et elle doit aussi associer une action sur les individus, sur les potentialités de chacun à concevoir et à modifier son mode de vie et à mieux connaître ses dispositions face au risque, et une action sur les contextes, leurs facteurs de fragilisation et leurs ressources (soutenir, par exemple, la famille ou l'institution scolaire dans leurs compétences respectives).

Pour mener à bien cet ensemble d'axes d'intervention, deux choses sont indispensables : des compétences nouvelles et un dispositif spécifique associant de façon cohérente plusieurs types de partenaires, en particulier dans la communauté de vie des adolescents.

Développer une nouvelle forme de prévention : l'intervention précoce

Cet ensemble d'interventions constitue une stratégie, l'intervention précoce, à l'interface de la prévention et des soins, qui combine et articule :

– le repérage précoce qui ne peut se réaliser qu'en formant et soutenant les acteurs proches de la population cible, en particulier les professionnels de santé (par exemple, les infirmières, assistantes sociales et médecins des établissements scolaires, les infirmières du travail, etc.) ;

– l'utilisation du temps de « repérage » pour augmenter la réceptivité et la moti-

vation au changement, par des interventions brèves et favorisant la réflexion, l'auto-observation et l'auto-changement ;

– la formation des acteurs en contact avec les adolescents à ces stratégies et techniques ;

– l'organisation de services spécialisés de proximité (des « services d'approche », selon l'expression québécoise), d'actions coordonnées et souples, et le développement de réseaux intracommunautaires, en milieu scolaire notamment.

Cette stratégie devrait devenir, selon nous, une priorité de la politique de prévention, en particulier des usages problématiques de cannabis chez les adolescents, car elle permet de relever des défis essentiels. Le premier est de pouvoir intervenir de façon massive et adaptée auprès des adolescents en s'appuyant pour l'essentiel sur des ressources existantes. Le second est d'améliorer les moyens d'intervention de la collectivité, notamment en fournissant des soutiens individuels et communautaires pertinents et en permettant aux parents et aux pairs d'être acteurs. Enfin, l'intervention précoce, comme nous l'avons définie, si elle se développait, pourrait permettre de diminuer effectivement les dommages liés à ces consommations, en particulier chez les mineurs, en accroissant la responsabilité des individus et de la collectivité.

Alain Morel

Psychiatre, directeur médical du centre spécialisé de soins aux toxicomanes « Le Trait d'union », Boulogne-Billancourt.

1. Ce mot de banalisation résume en général, à lui tout seul, ces phénomènes dans les discours politiques et médiatiques, avec souvent une connotation idéologique implicite mettant en cause le laxisme de ceux qui ne condamnent pas suffisamment le « poison ». Nous pensons que ces consommations massives, pour préoccupantes qu'elles soient, ont des causes beaucoup plus profondes et complexes.

2. Couteron J.-P., Morel A. Cannabis, adolescence et société. Quelle interface entre le clinique et le social ? *Alcoologie et Addictologie* 2006 ; 28 (2) : 127-33.

3. Plus exactement, les « consultations pour jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives » développées et structurées à la suite du programme gouvernemental 2004-2008.

4. Obranovic I. Premier bilan des « consultations cannabis ». *Tendances* n° 50, septembre 2006.

5. Cohen B. Introduction au repérage des usages problématiques : contexte et concepts. Article présenté aux premières Rencontres nationales des intervenants des « consultations cannabis » et que l'on peut consulter sur le site de la Fédération française d'addictologie (www.addictologie.org).

6. On peut en consulter les documents, comme celui de Baptiste Cohen, cité plus haut, sur le site Internet de la FFA : www.addictologie.org.

« Elle est où, notre liberté ? »

Dialogues¹ à la MJC Jean-Vilar

La MJC Jean-Vilar, dans le quartier Bénézet, à Avignon, accueille régulièrement des groupes d'adolescents de toutes catégories sociales, de toutes origines culturelles, garçons comme filles. Des activités sont régulièrement organisées par les animateurs de la MJC. « Le Foyer » offre aussi simplement un espace de rassemblement et de discussion, autour d'un baby-foot et d'une table de ping-pong, ce qu'il en reste du moins.

Le principe du « Foyer » est celui de l'autogestion, dans la droite ligne de l'esprit des MJC. Ce qui ne va sans poser certains problèmes. Depuis quelque temps, en effet, les habitants du quartier se sont alarmés des odeurs de « tabac » bizarres qui émanent du local, mais surtout des boîtes et bouteilles diverses qui en jonchent régulièrement la haie d'enceinte. À tel point que le maire du quartier a saisi le directeur de la MJC, le sommant de « trouver une solution »...

C'est ainsi que Philippe, jeune éducateur pour la santé sur le département, arrive ce mercredi après-midi au « Foyer », délégué par son institution et missionné par la MJC pour engager une « action de prévention ». Cinq adolescents sont présents, trois garçons : Karim, Johan et Thomas, et deux filles : Rebecca et Manon.

« **Philippe** : Bonjour, je suis Philippe ! On vous a informés de ma venue ?

Le groupe : ...

Philippe : Je sais, ça doit pas vous faire vraiment plaisir de me voir débarquer, mais on peut tout de même parler un peu non ?

Le groupe : ...

Philippe : Je suis là parce que les gens du quartier se plaignent régulièrement de trouver des bouteilles vides sous les fenêtres, du vomi sur le trottoir et des odeurs de fumette pas très catholiques.

Karim : Peut-être, mais ça c'est pas nous, M'sieur !

Philippe : Moi, ça ne m'intéresse pas de savoir

qui c'est. Ce qui m'intéresse, c'est de discuter sur ce qui se passe avec l'alcool et les produits dans la MJC pour trouver un terrain d'entente avec les gens du quartier. On m'a dit que Karim, le responsable du foyer, était là cet après-midi... C'est toi Karim ?

Karim : Mouais...

Philippe : On pourrait d'abord décrire comment ça se passe ?

Thomas : On est jeune, alors on profite, c'est tout, c'est pas compliqué !

Philippe : Vous profitez de quoi ?

Thomas : De la vie, de la liberté. À la MJC, y'a pas de parents, pas de profs... Personne pour nous dire « Fais ci, fais pas ça ! » Alors on prend ce qu'on trouve et puis voilà ! Si on n'essaye pas à notre âge, alors quand ?

Philippe : La liberté, c'est se saouler ou fumer ou prendre n'importe quoi ?

Johan : On est entre nous, on rigole !

Philippe : Mais, si vous avez besoin de boire ou de fumer du shit pour rigoler, elle est où la liberté ?

Johan : ...bof ! Au moins on fait ce qu'on veut !

Rebecca : Franchement, des fois, ça craint...

Philippe : Quoi donc ?

Rebecca : Nous, on voit des garçons s'enfoncer, on aimerait bien autre chose. Je ne sais pas le plaisir qu'ils trouvent à se défoncer comme ça. Ils deviennent malades, c'est vite dégueulasse.

Philippe : Et pourquoi ils font ça ?

Rebecca : Pour certains garçons, on voit bien qu'ils ne sont pas très rassurés avec les filles, ni trop bien dans leur peau. Alors ils s'encouragent, se font des défis, ils achètent des packs de bière et c'est celui qui s'en file le plus en moins de temps. Alors après ils ne savent plus trop ce qu'ils font.

Johan : Tu y vas fort quand même ! Vous n'êtes pas les dernières à nous provoquer ! Ni à participer à ce genre de défi ! (Il regarde Manon)

Manon : C'est pas souvent...

Philippe : On se sent obligé ?

Manon : Un peu, oui...

Rebecca : Moi, j'bois pas !

Manon : Oui, mais toi t'as pas de problème, c'est facile avec les mecs, avec tes parents tu peux discuter...

Rebecca : Ouais, enfin pas toujours...

Philippe : Comment faire pour pas faire comme tout le monde dans le groupe et être accepté malgré tout ?

Rebecca : Moi, je crois qu'on a tous quelque chose d'unique et c'est ça qui plaît aux autres, pas d'être toujours dans le moule !

Manon : J'vois pas ce que j'ai d'unique !

Thomas : Tu sais écouter...

Le groupe : Thoomaas ! Tu nous avais pas dit !

Philippe : L'alcool, c'est toujours pour la défonce ?

Johan : Pas seulement la défonce, c'est cool, quoi... Pendant ce temps-là, on oublie tout, on s'en va, il n'y a plus de parents, plus d'éducateurs, plus de flics, on est tranquille dans un trou noir, dans du coton.

Philippe : C'est certain, mais c'est parfois une tranquillité relative, non ? Y a un prix à payer : mal de tête, l'embrouille dans le ventre et puis les risques de ce qui se passe quand on perd le contrôle.

Karim : C'est pour ça, moi je ne bois pas, je préfère fumer tranquillement, m'enfermer dans un cocon douillet, rigoler avec un ou deux potes, planer. C'est comme du coton, tout est calme, le rêve...

Philippe : Ça paraît idéal, ton affaire, mais est-ce si vrai ? Tu sais que c'est interdit par la loi.

Johan : Pas l'alcool !

Karim : La loi, la loi, il y a plein de choses interdites par la loi.

Philippe : Peut-être, mais du fait de cette interdiction ce sont des trafiquants qui te vendent le produit. Tu ne sais pas ce qu'il y a dedans et en plus tu les enrichis.

Thomas : Je suis d'accord avec Philippe !

Karim : Et pourtant tu fumes.

Thomas : Oui, mais moi je cultive ! Que du naturel ! J'ai un petit carré chez mon grand-père, j'en prends soin et lui m'aide au séchage. C'est un soixante-huitard, il me comprend ! Une fois, ma mère a vu ça, d'abord j'suis devenu blême ! Et puis tu sais ce qu'elle nous a dit ? « C'est joli, ça ! On pourrait en planter chez nous... » Rien compris, trop nulle ! Heureusement d'ailleurs... Et puis de toute façon, moi, c'est juste pour ma conso, je risque rien...

Philippe : Tu sais que ça aussi, c'est interdit ? Même pour sa propre consommation ! Mais bon, quand vous fumez qu'est-ce que ça a comme effet ?

Karim : Moi, je contrôle, j'en prends juste une le soir avec le groupe pour le repos. Et puis j'ai des responsabilités, comme le foyer, je peux pas faire n'importe quoi...

Thomas : Moi, c'est pareil.

Rebecca : Moi, je prends juste une bouffée de temps en temps, mais il y en a qui n'arrêtent pas et planent toute la journée.

Manon : Y'a un gars dans ma classe, il arrive le matin complètement chargé, dès la pause il continue et souvent l'après-midi, il s'endort sur son bureau. Les profs ne peuvent rien en faire, mais nous non plus, il n'est plus là, on ne sait pas où il est.

Philippe : C'est vrai que c'est un risque important. Il y a le danger d'être arrêté par les flics, parce que c'est la loi, mais il y a surtout le danger d'être coupé de tout le monde, enfermé dans un monde à soi, dans la solitude.

Manon : Moi, c'est ça qui me fait peur, de me couper des autres, d'avoir un zombie comme ami. Au moins l'alcool ça ne va pas jusque-là.

Philippe : Tout dépend de comment ça se passe, si c'est la fête et qu'on boit un verre ou deux pour se détendre, le plus souvent ça va ! Et c'est sûr que c'est un plaisir, il ne faut pas le nier ! La question de la fête, c'est de proposer autre chose que boire-fumer-boire. Parce que ça ne peut que dégénérer très vite.

Rebecca : Souvent, moi, je propose des jeux, mais les gars ne veulent pas, alors ils sont là à picoler et raconter des trucs gras, complètement affalés. Nous, les filles, on s'emmerde ! Soit on fait comme eux pour oublier, soit on se regroupe en attendant qu'ils soient morts ou on s'en va.

Johan : Franchement la dernière fois tu voulais faire un « Trivial Poursuit », tu parles d'une prise de tête, c'est un truc de vieux, ça !

Rebecca : Je m'en foutais du « Trivial Poursuit ». Je voulais juste qu'on fasse autre chose et que ça finisse pas comme ça s'est fini...

Philippe : Bon, je lui dis quoi à Alain, le directeur de la MJC ?

Karim : Ben, vous êtes cool, on peut discuter avec vous...

Philippe : Ça, ça suffira pas !

Manon : Moi, j'avais jamais discuté comme ça de ces sujets. On pourrait faire ça plus souvent...

Thomas : Faire des sortes de débats ici, au foyer !

Philippe : Ça intéresserait, vous croyez ?

Thomas : Si on peut parler sans être jugé tout de suite, sans la morale des parents !

Karim : Surtout si c'est nous qui organisons ! Si on explique de quoi y s'agit, comment ça va se passer...

Rebecca : Si vous voulez, je fais les affiches !

Philippe : OK pour le débat ! Et les plaintes des voisins ?

Karim : On pourrait faire un règlement intérieur du foyer, ça les rassurerait ?

Johan : Ça y est, cette fois-ci on est fliqué !

Philippe : Si c'est vous qui l'écrivez, c'est pas du flicage...

Manon : C'est possible ?

Philippe : Et qui vous en empêche ? Moi, je peux défendre cette idée auprès du directeur.

Manon : Et vous nous aideriez aussi pour ça ?

Philippe : Seulement si chacun est d'accord et si vous avez besoin de moi.

Le groupe : Ouais, ouais !

Karim : On pourrait prévoir ça après le débat, avec les gens intéressés par ces questions et qui auraient envie de réfléchir avec nous ?

Philippe : Ça me semble une bonne idée !

Karim : Quel titre on donne à notre débat ?

Rebecca : L'important c'est de pouvoir choisir : « Les drogues ou la liberté ? »

Johan : Hé ho, l'alcool, c'est pas une drogue...

Rebecca (en riant) : Franchement Johan, tu crains, faut qu'tu viennes au débat !

Manon : « Consommations ou liberté ? »

Thomas : « Jeunes, alcool, tabac, cannabis et liberté ! »

Karim : C'est bien, ça !

Propos recueillis par **Philippe Lecorps**, professeur honoraire de l'École de santé publique de Rennes, et **Alain Douiller**, directeur du Comité départemental d'éducation pour la santé de Vaucluse, avec la complicité de **Sabine Gras**, chargée de projet addictions au Comité départemental d'éducation pour la santé du Vaucluse.

1. Malgré la « commande » qui nous a été faite d'un article sur les « leviers éducatifs sur lesquels agir en éducation pour la santé et prévention des addictions auprès des jeunes », toute ressemblance avec des propos réellement tenus et des personnages existants serait pure coïncidence !

Prévention des addictions : une responsabilité collective

Pour prévenir les comportements à risque, il faut non seulement créer une culture partagée de la prévention entre professionnels mais aussi une culture de la prévention dans la population, commencer par identifier les représentations que les jeunes ont des risques, centrer donc l'action sur les déterminants et pas seulement sur les conduites elles-mêmes. Le professeur Philippe-Jean Parquet plaide pour un travail sur les déterminants tant individuels que collectifs. Pour lui, la prévention et l'éducation pour la santé sont incontournables mais beaucoup reste à faire pour les développer sur tout le territoire.

Il semble que l'ensemble de la population française pense que les conduites addictives et plus généralement les conduites à risques chez les jeunes, mais aussi celles de l'ensemble de la population, présentent un caractère inéluctable, que l'impact des politiques et des actions mises en place n'aurait, tout au plus, s'ils en avaient, qu'une action à la marge. Cependant, deux thématiques échapperaient à ce jugement pessimiste : la conduite de véhicules et le tabac.

Constatons d'emblée la défiance d'une grande partie de la population quant à l'efficacité des politiques d'éducation pour la santé et de prévention, soit parce qu'elles sont considérées comme inadaptées, utopiques, infondées, normalisatrices, soit parce qu'elles sont mal conduites, avec des acteurs dont les compétences devraient être améliorées ou avec des moyens insuffisants. Cette idée est confortée par les discussions des spécialistes sur l'efficacité et les difficultés d'évaluation de celles-ci.

La légitimité des politiques de prévention est interrogée. Les statuts et les savoirs des décideurs des politiques fondent-ils cette légitimité ? Une conception de la société, une organisation de la cité, une certaine approche humaniste, économique ou culturelle sont-elles les fondements de ces politiques de prévention ? Faute d'une énonciation claire, le doute s'installe, la peur d'être manipulé et contraint est présente, entraînant rébellion et opposition. La santé est de plus en plus proposée comme fondement de la légitimité

des politiques dites de santé publique. Cela apparaît alors comme plus pertinent et plus légitime, même si ce concept n'est pas perçu de manière homogène par l'ensemble de la population. La prévention face aux risques environnementaux est mieux perçue, il en est de même pour les risques accidentels et infectieux, c'est-à-dire pour des risques extérieurs à la personne, alors que ce qui a trait à la personne, à ses conduites et comportements est moins compris et accepté.

La population ne perçoit pas clairement l'articulation entre les politiques centrées sur la santé collective, populationnelle et ce qui relève de la santé

individuelle. Elle ne distingue pas les différences entre éducation pour la santé et prévention. Elle ne comprend pas toujours la distinction entre les politiques qui visent à promouvoir un comportement bénéfique pour la santé ou à faire disparaître un comportement dommageable pour celle-ci, d'une part, et les politiques qui se donnent pour objet d'agir, à distance des phénomènes manifestes, sur les multiples déterminants à l'origine de ceux-ci, d'autre part.

Partager une culture de prévention

En ce qui concerne les conduites à risques, l'approche basée uniquement sur la santé est, à l'évidence, très réduite.

trice. Ces conduites humaines n'ont pas trait qu'à la santé mais à l'ensemble de l'organisation de la personne et des sociétés. Cette richesse rend difficiles leur conceptualisation et leur prévention.

Cependant, les politiques de prévention et d'éducation pour la santé apparaissent comme nécessaires, indispensables et revêtent un caractère impérieux ; on en tiendrait rigueur si elles n'étaient pas mises en place et financées. Voici la première constatation que l'on peut faire et qui appelle à la mise en œuvre d'une construction d'une culture partagée de la prévention et donc d'une alliance entre les acteurs de prévention et l'ensemble de la population.

De quelles conduites parle-t-on ?

Une politique de prévention des conduites de consommation de substances psychoactives à risques repose sur la manière dont nous nous représentons ces conduites. Canguilhem définissait une science non seulement par son objet, par ses méthodes mais aussi par son intentionnalité. La multiplicité des approches conduit à des représentations très contrastées de ce qu'elles dénomment, toutes, « conduites à risques ». Il est nécessaire de partager une même définition, or, dans la pratique, cela n'est pas le cas. Certains s'en tiennent simplement à la survenue de dommages induits par une conduite et c'est à partir du repérage des dommages qu'ils travaillent. C'est à la base de la politique improprement appelée « politique de réduction des risques » et qui devrait être dénommée « politique de réduction des dommages ». Certains se centrent sur les conduites elles-mêmes, comme par exemple la violence. Le problème de l'intentionnalité est autrement complexe : réduire le trafic de rue, assurer une protection sanitaire quant aux infections, réduire l'offre de produits par des moyens réglementaires et législatifs, détruire les grands trafics internationaux et nationaux – mesure très légitime à bien des titres –, diminuer l'impact des conduites addictives dans la vie professionnelle, mettre à mal l'économie souterraine, diminuer la délinquance, promouvoir la santé, développer les compétences du citoyen, augmenter les facteurs de protection et diminuer les facteurs de vulnérabilité, protéger les plus vulnérables ; l'ensemble de ces objectifs fonde

des politiques et des programmes juxtaposés. Cela peut être mal perçu mais c'est légitime et pertinent à condition que ces objectifs soient très clairement énoncés et articulés afin de donner de la crédibilité à ces actions.

Le phénomène des conduites à risques est très différemment défini et analysé par les neuro-psycho-pharmacologues, les épidémiologistes, les cliniciens, les addictologues et les sociologues. Cela conduit inéluctablement à des approches préventives distinctes. Les méthodes utilisées conduisent à des choix d'objectifs de prévention différents. Par exemple, un comportement à risque modéré mais néanmoins non négligeable sera identifié par les acteurs de santé publique comme un objectif pertinent, mais le même degré de pertinence sera attribué par les cliniciens aux troubles graves ne touchant que peu de personnes. Si l'on attribue à la seule activité pharmacologique des substances psychoactives l'origine des dommages, les actions seront centrées sur la dangerosité des « drogues » et basées uniquement sur l'abstinence. Cela a été efficace en ce qui concerne le tabac, pour lequel les deux objectifs ont été : ne pas commencer à consommer ou arrêter de consommer ; alors que, pour le cannabis, ces objectifs n'ont pas été aussi clairement exprimés et que, pour l'alcool, des consignes de modération ont été proposées. Tout cela alors que ces substances ont toutes un pouvoir addictogène, même si celui-ci est pondéré, chez certaines personnes, par des facteurs de protection. Le citoyen, destinataire de l'ensemble des messages de prévention, n'en déduit pas clairement la manière de gérer l'ensemble de sa vie car il ne sait pas forcément que ce qui est acquis comme compétence dans un domaine n'est pas forcément transférable dans un autre domaine. Des messages hétérogènes ne peuvent donc que troubler le citoyen.

Exclure toute position doctrinale

L'exemple de la politique mise en place quant au tabac appelle plusieurs remarques : elle est l'exemple même d'une « approche produit exclusive » ne s'adressant pas aux déterminants liés à la personne, mais strictement comportementale ; elle est stigmatisante et ne laisse que la possibilité d'une prise de décision, tout ou rien ; cela la différencie des autres actions de prévention qui font

appel aux compétences décisionnelles de la personne, s'appuyant sur les compétences psychosociales développées par l'éducation et l'éducation pour la santé et la citoyenneté. Pourtant, cette manière de conduire une politique de prévention est efficace au regard du critère d'efficacité : arrêt de la consommation. Cela plaide pour la diversité des processus de prévention et doit permettre d'exclure toute position doctrinale et corporative chez les préventionnistes.

Agir sur les conduites et leurs déterminants

Une autre difficulté apparaît quand on examine ce qui est fait dans notre pays. Beaucoup de programmes et d'actions reposent sur un système de causalité directe très réductionniste, alors que les causalités fonctionnent en réseau. Cela veut dire qu'au lieu de mettre en œuvre des actions dispersées, il est nécessaire de penser une politique combinant des actions diversifiées, coordonnées et concertées, des programmes centrés à la fois sur les conduites elles-mêmes et sur leurs déterminants. Ce qui n'est actuellement pas le cas.

On note également une discordance entre les politiques nationales et leurs déclinaisons locorégionales conduisant à des effets pervers. Un effort de coordination est indispensable entre les politiques nationales et les actions des différentes institutions, comme cela apparaît nécessaire en ce qui concerne les programmes régionaux de santé (PRS) et à l'intérieur de ceux-ci. À la commission de validation des outils de prévention de la Mildt, ce décalage est particulièrement évident. Notons, par ailleurs, que nous ne disposons que de très rares outils à vocation nationale et que ce sont toujours les mêmes thèmes qui sont abordés, ce qui conduit à négliger des pans entiers du phénomène, comme par exemple l'intrication des troubles psychopathologiques et des conduites addictives.

On note aussi que les différentes institutions mènent souvent des politiques différentes, les intérêts et les objectifs apparaissent alors comme compétitifs et exclusifs. Lorsque la collaboration conceptuelle et opératoire est réalisée, comme celle mise en place dans le Plan Cancer et celle dans le Plan Sécurité routière, lisibilité et efficacité sont au rendez-vous.

Les conduites addictives représentent assurément des conduites à risques. Les dommages qui sont susceptibles d'être induits par les conduites de consommation de substances psychoactives ne sont pas exclusivement sanitaires, les autres dommages – sociaux, économiques et citoyens – doivent être aussi abordés. La prévention des conduites addictives doit être diversifiée en ce qui concerne les premières consommations, l'usage nocif, la survenue de la dépendance. La prévention du comportement addictif lui-même représente un volet spécifique, mais doit être développée conjointement avec la prévention de la survenue des dommages et l'ensemble des déterminants individuels et collectifs. L'efficacité de cette prévention repose sur le fait que, à chaque destinataire de la prévention, l'ensemble de ces actions soit dispensé. On se satisfait souvent du fait que l'ensemble de ces actions soit inclus dans un programme par les promoteurs sans se soucier que chaque personne n'est pas destinataire de tout le programme.

Les conduites à risques liées à la consommation de substances psychoactives ne représentent qu'une expression de la « conduite à risque » qui nécessite une approche spécifique. Les expressions en sont multiples : flirt avec le danger et la mort, recherche de sensations situationnelles extrêmes, conduites antisociales, conduites sexuelles problématiques, automutilation, bizarreries comportementales, etc. Il y a là des processus originaux qui doivent être considérés et c'est là que les actions d'éducation et d'éducation pour la santé et la citoyenneté prennent toute leur place.

Les conduites addictives devront être abordées à la fois dans leur originalité d'être liées aux substances psychoactives mais aussi en tenant compte des processus qui caractérisent la prise de risque et ses déterminants.

Développer compétences et savoir-faire

Malgré ces critiques, il faut faire état de l'immense effort qui est fait dans notre pays en ce qui concerne la prévention et l'éducation pour la santé, et plus particulièrement en ce qui concerne les conduites addictives, concept fort qui permet de prendre en compte le comportement, ses déterminants, qui vont bien au-delà du champ

strict de la santé, la personne et son milieu personnel et socioculturel. Il est aussi rassurant de voir les préoccupations fortes et déterminées de l'ensemble des acteurs en matière de prévention et d'éducation pour la santé. On souhaiterait qu'il en soit de même pour l'éducation car elle fournit les bases qui permettent l'appropriation des politiques de santé.

Pour conclure ces réflexions et propositions en matière de prévention et d'éducation pour la santé, trois remarques s'imposent :

– le citoyen est le destinataire final de toutes ces politiques pour le rendre plus capable de faire des choix éclairés quant à sa santé, à sa citoyenneté et à son bien-être, il est donc nécessaire que, au travers de tous les thèmes abordés, il existe une cohérence entre les approches, les processus, les fondements et les objectifs, cela permettant de développer une compétence préventive chez chaque citoyen ;
– même si l'approche populationnelle est pertinente, légitime et efficace, des actions concernant les conduites addic-

tives et les conduites de risque ne sauraient être développées uniquement en direction des jeunes ; cette thématique doit être développée pour l'ensemble des générations. Celles-ci pourront mettre en commun – dans une attitude d'aide, de soutien et de sollicitude – leurs capacités spontanées ou provoquées à faire des choix éclairés et responsables ;

– la place donnée dans notre société à la prévention et à l'éducation pour la santé est reconnue et soutenue, mais il y a encore beaucoup à faire. Les éducateurs et les acteurs de prévention doivent encore développer leurs savoirs et leurs compétences, pour utiliser de la manière la plus efficace possible les investissements mis à leur disposition.

La prévention, l'éducation pour la santé, l'éducation caractérisent une culture, une société. Ces activités, si elles s'inscrivent dans un esprit humaniste, modèlent une société.

Philippe-Jean Parquet

Professeur de psychiatrie de l'enfant, addictologue.

Des résultats sur la prévention du tabagisme, des inquiétudes sur l'alcool

La prévention des conduites addictives est l'une des priorités du plan national de lutte contre les drogues 2004-2008. La mise en place des consultations cannabis permet de renforcer l'accompagnement et la prise en charge des usagers ayant une consommation qui leur pose problème. Le développement des ivresses massives – *binge drinking* – chez les adolescents requiert la mise en place d'une stratégie de prévention sur l'alcool.

La prévention des conduites addictives chez les jeunes est sans conteste l'une des premières priorités du plan gouvernemental de lutte contre les drogues 2004-2008 (1), avec en ligne de mire plusieurs objectifs : informer le public le plus large possible des risques liés à la consommation de produits psychoactifs, diminuer le niveau de ces consommations et offrir aux jeunes consommateurs qui en ressentent le besoin les moyens de faire face.

En ce qui concerne le tabac, l'action des pouvoirs publics a pris plusieurs formes : augmentation du prix des cigarettes, interdiction de vente aux moins de 16 ans, interdiction des paquets de moins de vingt cigarettes... et, à compter du 1^{er} février 2007, interdiction de fumer dans les lieux publics. Autant de mesures appliquées ou à venir, dans le but de réduire l'accessibilité et l'acceptabilité du tabac. Avec déjà des premiers résultats : on observe en effet une baisse du pourcentage de fumeurs réguliers chez les jeunes de 17 ans.

Un plan de grande ampleur a également été mis en place pour réduire les niveaux de consommation du cannabis : on compte, en France, 1,2 million de consommateurs réguliers (au moins dix usages dans le mois), dont 550 000 consommateurs quotidiens. En février 2005, une campagne médiatique – la première du genre en Europe – alertait sur les dangers pour la santé d'une consommation régulière. En novembre 2006, la campagne a été rediffusée sur les radios jeunes. Parallèlement était mis en place un réseau national de consul-

tations cannabis anonymes et gratuites, au carrefour de la prévention et du soin, pour écouter, conseiller et éventuellement orienter un public estimant avoir une consommation problématique. On évalue à plus de quatre mille personnes (consommateurs et parents) le public accueilli chaque mois dans ces consultations depuis leur création, en février 2005.

Pour ce qui est de l'alcool, si sa consommation baisse, en France, depuis plusieurs décennies, elle reste élevée par rapport aux pays voisins. Les nombreuses campagnes de communication ont permis d'intégrer de nouvelles normes de consommation et donc contribué à faire baisser les consommations moyennes. Chez les jeunes, il faut aujourd'hui s'attaquer au problème du « *binge drinking* », ces alcoolisations occasionnelles massives qui sont en augmentation chez les adolescents de 17 ans, notamment en fin de semaine, comme en témoigne la dernière enquête Escapad (2).

Toute politique nationale de prévention en direction des jeunes passe

obligatoirement par l'école : c'est pourquoi le plan gouvernemental s'est fixé pour objectif la mise en place d'un programme de prévention pour tous les élèves. Depuis 2005, des interventions de prévention ont été ainsi organisées dans les classes de CM2-6^e et 3^e-2nde, avec pour thématiques respectives la prévention du tabagisme et la prévention de la consommation de cannabis ; des interventions appelées à se généraliser d'ici à 2008.

Bien entendu, l'ensemble de ces actions – non exhaustif – ne portera ses fruits que si elles s'accompagnent d'une évolution générale des esprits et donc des comportements, fondée sur la responsabilité de chacun et le respect de l'autre. La façon dont la société française aujourd'hui semble accepter le principe de l'interdiction de fumer dans les lieux publics est un signe encourageant et un grand pas dans cette voie.

Didier Jayle

Président de la Mission interministérielle contre la drogue et la toxicomanie (Mildt).

► Références bibliographiques

(1) Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008. Pour y accéder, aller sur le site Internet de la Mildt : www.drogues.gouv.fr puis dans l'espace « Professionnels ».

(2) Enquête sur la santé et les comportements lors de l'appel de préparation à la défense (Escapad) 2005, OFDT. www.ofdt.fr

Programme Capri : résultats instructifs

Le programme pilote « Capri », mis en œuvre en Ile-de-France, avait pour objectif de réduire la consommation de produits à risque. Pendant trois ans, des classes de collégiens ont été initiées à la prévention. Selon l'évaluation qui en a été faite, ces collégiens sont mieux informés et auraient renforcé leurs ressources personnelles... mais n'ont pas réduit leur consommation. Une évaluation instructive pour les autres intervenants dans ce domaine.

Entre 2001 et 2003, la Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France (Cramif) et les trois académies de Créteil, Paris et Versailles ont mis en place, dans le cadre du Programme régional de santé (PRS) « Alcool », un programme expérimental de prévention de l'alcoolisation excessive et des autres produits psychoactifs chez les jeunes collégiens de 12 à 16 ans, appelé Capri (Collèges et addictions, programme régional interacadémique). L'Inserm a apporté son soutien méthodologique. Ce programme, qui concerne une même promotion d'élèves sur trois années consécutives, de la 5^e à la 3^e, s'inscrivait dans la durée. Il avait pour principal objectif de réduire la consommation excessive d'alcool et d'autres produits psychoactifs et d'aider les jeunes à adopter des attitudes et des comportements responsables et indépendants vis-à-vis de la consommation d'alcool. Pour cela, il visait plus spécifiquement à renforcer les ressources personnelles, l'estime et l'affirmation de soi ainsi que le respect d'autrui et à promouvoir les capacités à résister aux pressions et aux influences extérieures. Initialement conçu pour la prévention de la consommation excessive d'alcool, il s'est élargi, en cours de déroulement, à la prévention des autres addictions, suivant en cela l'extension du PRS aux autres addictions. Le programme intégrait un volet à destination des parents lors des deux premières années de son déroulement (classes de 5^e et de 4^e).

L'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France a été chargé de l'évaluation de ce programme en partenariat avec la Cramif et l'Éducation nationale. Il ressort de cette évaluation¹ menée en 2003 et publiée en septembre 2004 les points saillants suivants, qui peuvent

être utiles pour tous les porteurs de programmes :

- de par ses caractéristiques, le programme Capri apparaît comme novateur dans le domaine de la prévention de la consommation d'alcool et des autres produits psychoactifs, notamment parce qu'il a été construit en s'appuyant sur les éléments de prévention reconnus comme efficaces : durée, utilisation d'outils de prévention variés ayant démontré leur efficacité, ateliers visant à développer les compétences psychosociales (et pas uniquement les connaissances) ;
- il comprend un volet à destination des parents des élèves bénéficiaires de l'action ;
- il intègre une évaluation dès le départ, sur toute la durée du programme, évaluation visant à mesurer l'impact du programme et pas uniquement la satisfaction ;
- enfin, le programme a probablement permis l'acquisition d'une culture commune d'évaluation.

Les résultats de l'évaluation ont mis en évidence, chez les élèves bénéficiaires de l'action, une amélioration des connaissances relatives à l'alcool et à ses risques, ainsi qu'aux autres produits psychoactifs et un bon niveau de compétences psychosociales. En revanche, d'autres résultats sont moins probants, puisque l'évaluation n'a pas permis de montrer à la suite du programme une diminution des niveaux de consommation d'alcool ni des autres produits psychoactifs. L'évaluation des compétences psychosociales est difficile à mettre en place. Le programme semble avoir atteint ses objectifs en ce qui concerne le renforcement des ressources personnelles, l'affirmation de soi et l'acquisition d'une autonomie (60 % des

collégiens déclarent mieux savoir résister aux pressions) et le respect et la solidarité envers autrui (64 % déclarent mieux savoir aider un ami allant mal). Par ailleurs, cette expérience a permis d'apporter de nombreux enseignements pour de futures mises en place de programmes de prévention. Par exemple s'est confirmée l'idée que la démarche choisie pour le programme (avec la nécessité d'une évaluation) doit être acceptée par l'ensemble des acteurs. Cela implique de s'assurer que les objectifs définis sont compris et partagés par tous et que la formation des acteurs de prévention est suffisamment longue et s'appuie sur leurs propres représentations pour que les messages délivrés auprès des élèves soient homogènes. Par ailleurs, coupler une approche quantitative et une approche qualitative (notamment par des entretiens menés auprès des élèves) permettrait de mieux mesurer certains aspects du programme, notamment les compétences psychosociales. Un suivi à plus long terme apporterait une connaissance de l'évolution de ces compétences ainsi que des consommations. Par ailleurs, un programme de prévention ne peut faire entièrement reposer sur le milieu scolaire la prévention et doit associer l'environnement familial et social.

Isabelle Grémy

Directrice de l'Observatoire régional de santé Ile-de-France (Orsif), Paris.

1. Charlemagne A. Rapport d'évaluation qualitative du programme Capri. Cemka-Eval, 2004 : 36 p. http://www.cramif.fr/pdf/th3/eps/eps_capri.pdf

Pour en savoir plus : l'évaluation est disponible sur le site Internet de l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France : www.orsidf.org

Publicité et pressions sociales : un outil pour apprendre à résister

De la classe de 5^e à celle de 1^{re}, enseignants, infirmières scolaires et éducateurs disposent d'un outil intitulé « Décode le monde » pour apprendre aux collégiens et lycéens à résister aux sollicitations de la publicité. Parce qu'il travaille entre autres sur le développement des facteurs de résistance, cet outil peut participer à la prévention des conduites addictives chez les adolescents. Ce guide a été validé par la commission des outils pédagogiques de la Mildt en janvier 2006.

« *Devenez plus cool* », « *Gagnez en liberté !* ». Voilà quelques affirmations que l'outil d'intervention en éducation pour la santé *Décode le monde*¹ aide à décortiquer, soupeser, compléter, accepter ou rejeter... tout en répondant à l'objectif énoncé dans le guide *Desco/Mildt*² : mettre à distance critique les stéréotypes et les pressions sociales qui conduisent à consommer, et identifier ce qui bride la liberté de chacun. Destinée aux 12-16 ans, la mallette comprend un guide pour l'animateur, un DVD et un CD-Rom, supports d'animation.

L'objectif de cet outil est de développer l'esprit critique des jeunes en leur permettant, dans un premier temps, d'identifier les stratégies implicites dont ils sont l'objet. Quels sont les critères de réussite d'une publicité ? Sur quels leviers doit-elle appuyer pour entraîner à consommer ? Quelles émotions sont les plus efficaces pour faire adhérer au message ?

Pour l'occasion, une fausse publicité est passée au crible de grilles d'analyses particulièrement détaillées. En parallèle à ce décryptage technique, des mots comme influence, libre arbitre, consommation, identification, indépendance, manipulation sont définis avec les jeunes. Dans un deuxième temps, les adolescents ont la possibilité de se positionner face à ces tactiques afin de ne pas en être dupes. Le processus de réflexion recherché est encadré, progressif. Les méthodes d'animation sont résolument participatives et interactives. Petit à petit, chacun discerne les suggestions auxquelles il est le plus sensible : l'envie d'être dans le coup, d'être

assimilé à un sportif, une vedette, un groupe, de se rêver plus fort, plus beau, plus malin. En miroir, les forces qui permettent de résister sont envisagées : garder son autonomie, ne pas être pris pour un mouton, traquer l'information omise, se rendre compte que « *vous valez bien... mieux que ça* ». L'examen de « vraies » publicités découpées dans les journaux permet de souligner la réalité du phénomène, l'ampleur du travail de séduction derrière un slogan et une photo. Il permet de se recentrer sur les conduites à risque et les conduites addictives. Si, en France, la publicité pour le tabac est interdite, celle pour l'alcool est autorisée. Et il est facile de trouver sur Internet des publicités étranges pour le tabac.

L'outil « Décode le monde » est découpé en neuf séquences. Quatre sont consacrées à la « critique de l'image », en gardant en mémoire l'objectif d'utiliser les méthodes employées par les publicitaires pour promouvoir un comportement de santé positif. La cinquième séquence est consacrée à « la critique du débat ». Elle présente un outil de communication qui vise à apaiser les débats en s'attachant à revenir aux faits, sans céder aux jugements hâtifs, aux généralisations en tout genre. La sixième séquence développe « la critique de l'écrit ». Il est toujours question de prendre du recul, de vérifier ses sources, de croiser les données. Enfin, les trois dernières séquences sont consacrées à la création d'une affiche de prévention des conduites à risque. Elles facilitent l'appropriation des facteurs de résistance. Les supports d'animation permettent l'exploration des origines d'un comportement et la formulation des

arguments qui peuvent aider à en changer. Sans être centré sur la transmission de connaissances sur les risques et les dangers de la consommation de substances psychoactives – approche dont on connaît aujourd'hui les limites –, « Décode le monde » aide à prendre conscience des modalités d'influence de notre environnement, à identifier des stratégies de résistance individuelles et en cela participe à la prévention des conduites addictives chez les jeunes adolescents.

Ce programme peut être travaillé avec des élèves de la 5^e à la 1^{re}, par un professeur de SVT, de français, d'arts plastiques, d'histoire-géographie, etc., ou par un collectif de professeurs, soutenus par l'infirmière scolaire ou un intervenant en éducation pour la santé. Il est aussi possible d'en extraire un module, voire de l'envisager sur deux années consécutives.

Dr Corinne Roehrig

Chargée de mission conduites à risque et conduites addictives, comité départemental d'éducation pour la santé des Alpes-Maritimes, Nice.

1. Programme créé par l'association *Credit et le Cirdd* 06 en partenariat avec le Codes 06.

2. Guide d'intervention en milieu scolaire *Desco-Mildt*. <http://www.drogues.gouv.fr/article3023.html>
Un guide d'animation détaille chaque séquence et ses modalités pédagogiques, reprend les concepts de référence. Un DVD illustre deux séquences importantes du programme : l'analyse d'une publicité et la boussole du langage. Un CD-Rom permet de dupliquer toutes les fiches supports pour les jeunes. Coût : 40 euros + 4 euros de frais de port.

Contact : Codes 06 – 61, route de Grenoble – 06200 Nice. Tél. : 04 93 18 80 78.

Prévention des conduites addictives : un guide d'intervention en milieu scolaire

Tous les élèves, du primaire au lycée, doivent désormais bénéficier, dans le cadre scolaire, d'une éducation à la prévention des conduites addictives. Un guide a été élaboré pour aider les enseignants et autres intervenants à mettre en place ces actions de prévention en respectant un cadre éthique. Des formations sont également organisées pour les intervenants.

Publié fin 2005, le guide d'intervention en milieu scolaire « Prévention des conduites addictives »¹ a été conçu pour servir d'outil d'intervention pour tous les professionnels impliqués dans la mise en place des actions de prévention des conduites addictives en milieu scolaire. Il constitue désormais le guide de référence en ce domaine. Le Plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites – en conformité avec le code de l'Éducation et la loi de santé publique d'août 2004 – prévoit que tous les élèves bénéficient, à chaque niveau de leur scolarité, du CM2 à la terminale, dans le cadre de leur emploi du temps, d'une éducation à la prévention des conduites addictives portant sur le tabac, l'alcool, le cannabis et les autres substances licites ou illicites. Ce guide a donc été élaboré par la Dgesco et la Mildt pour les intervenants en prévention auprès des élèves, qu'ils soient membres de l'équipe éducative (enseignants, CPE, infirmière, etc.), partenaires institutionnels ou issus d'associations agréées. Expérimenté dans cinq académies, de février à juin 2005, finalisé et mis en ligne dès octobre 2005, il a été envoyé dans tous les collèges, lycées et à tous les inspecteurs de l'Éducation nationale pour le premier degré. Des formations d'intervenants sont mises en place depuis octobre 2005, à partir de ce guide, sur les crédits délégués par la Mildt à ses chefs de projet départementaux.

La première partie de l'ouvrage est consacrée aux repères nécessaires pour mener une intervention en prévention dans le champ des conduites addictives : la place de la prévention et de l'éducation à la santé dans les missions de l'école, les données épidémiolo-

giques sur les consommations des jeunes, les connaissances sur les produits et leurs effets, les législations et réglementations, les données géopolitiques, le développement psychoaffectif et les pratiques de consommation, les ressources pour aider les jeunes.

La seconde partie propose un mode d'emploi pour la mise en place de cette politique de prévention dans les établissements : rôle du chef d'établissement pour que soient impliqués tous les membres de la communauté scolaire et pour que soient effectivement mis en place ces temps de prévention dans l'emploi du temps des élèves, principes éthiques et modalités spécifiques d'intervention en milieu scolaire définies dans une charte d'intervention qui doit être connue et acceptée par tout intervenant, modalités d'évaluation des actions. Enfin, les contenus des séances sont précisés, avec une porte d'entrée tabac en CM2-6^e, alcool en 5^e-4^e, can-

nabis en 3^e-2nde et polyconsommations en 1^{ère}-terminale. Les principes de base d'une démarche de prévention doivent être respectés en prenant en compte le développement du jeune et sa maturité : il convient de toujours partir des représentations des élèves pour leur apporter des connaissances scientifiquement validées et développer chez eux les compétences psychosociales nécessaires à l'adoption d'un comportement favorable à la santé et aux choix responsables et citoyens (confiance en soi, capacité à résister aux pressions, à analyser les messages des médias, notamment).

Monique Baudry

Chargée de mission à la Mildt, Paris.

1. *Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt), direction générale de l'enseignement scolaire (Dgesco) au ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Paris : Scérén/CNDP 2006 : 86 p. <http://www.drogues.gouv.fr/article3023.html>*

Réduire les risques dans les teknivals : urgence et limites de la prévention

Depuis dix ans, des associations telles que Médecins du monde, Techno Plus, Action Liberté, etc., vont sur le terrain des rassemblements festifs (teknivals ou *free parties*) pour tenter de réduire les risques que prennent les usagers de drogues. Jimmy Kempfer a fait partie de ces équipes. Il en présente quelques modalités d'intervention, les usagers qui viennent y chercher un secours, une information ou faire tester leur drogue. Il met en perspective les avancées de ce mode de prévention pragmatique et les interrogations qu'il suscite.

Genèse : au commencement étaient les *Spiral Tribe*

Au début des années quatre-vingt-dix, *Spiral Tribe*, un groupe d'Anglais musiciens tekno itinérants, se met à drainer dans son sillage des centaines puis des milliers de jeunes qui débarquent, s'approprient l'espace de concert (friche industrielle, clairière, champ, etc.), y installent des murs d'amplis, font la fête (la « teuf »¹) durant des nuits, voire plusieurs jours de suite. Une nouvelle culture émerge, souterraine, clandestine, s'appuyant sur les nouvelles technologies. S'ensuivent des courses-poursuites avec la police, la mise en place de leurres pour leur échapper. Le parcours d'obstacles est obligatoire.

Dans ces *free parties*, tout est libre, y compris les drogues. Les participants racontent les week-ends hallucinés, le rapport physique avec la musique, les sensations grégaires inouïes. La presse met en avant les consommations de drogues qui ont lieu pendant ces rassemblements. Pour les « teufeurs », les produits sont une composante de la fête, au même titre que la musique et l'esprit DIY². Quelques incidents, des nuisances et des dégradations, mais aussi un décès par overdose sont rapportés dans la presse locale, suscitant une redoutable fascination. Pour les jeunes en quête de sensations, les « teufs » sont des expériences, des aventures étourdissantes, exaltées par les drogues entactogènes³ telles la MDMA (ecstasy) et autres phényléthylamines⁴, le LSD, les champignons hallucinogènes, les stimulants comme les amphétamines, la cocaïne, etc., mais aussi de nouveaux produits comme la kétamine, le « proto⁵ ».

Responsabiliser, dites-vous ?

Au petit matin, les « teufeurs » en phase de descente après un pic de consommation de drogues ont souvent triste figure. Boire et consommer des sucres est impératif quand on prend de l'ecstasy et que l'on danse durant des heures. Mais de moins en moins nombreux sont ceux qui pensent à anticiper leurs besoins (apporter à boire et à manger...) auxquels suppléent parfois des associations humanitaires, de santé communautaire ou de réduction des risques qui ont investi ce nouveau terrain pour faire de la prévention. Parallèlement, des associations d'autosupport⁶ se mobilisent autour d'une autre démarche : tenter de responsabiliser les « teufeurs ».

Réduction des risques, prévention, testing, etc.

À partir de 1995, les *free parties* se multiplient. Des associations comme Techno Plus élaborent des brochures incitant à la modération face aux drogues. Dans le contexte des « teufs », où la consommation de produits est un objectif en soi, prôner l'abstinence n'aurait pas de sens. La prévention ne peut se concevoir que dans une démarche de réduction des risques.

La pratique du *testing*⁷ se met en place. Bien que controversée, elle permet néanmoins des milliers de contacts entre intervenants en réduction des risques et usagers de drogues autour de la problématique des consommations. Difficile de mesurer la fascination exercée par cette pratique. Que signifie tester un produit interdit dans un événement clandestin par un intervenant

perçu comme officiellement labellisé ? L'objectif est humble. Le *testing* permet juste de détecter la présence de produits apparentés aux amphétamines. C'est avant tout un prétexte intéressant pour faire du lien. Peu à peu un discours est élaboré, la pratique un peu étayée, mais il n'est pas évident de parler avec quelqu'un en pleine montée d'ecstasy et d'amphétamines. C'est surtout l'occasion d'initier un dialogue, d'écouter et de rappeler qu'il faut s'hydrater, fractionner les prises, se poser, etc. Son utilité pédagogique est diversement appréciée. Les détracteurs pointent l'ambiguïté d'une telle pratique : des usagers s'arrogeraient un statut d'expert pour donner un inacceptable label de qualité à des drogues illégales. Les aficionados affirment détecter les adultérants, les produits dangereux et évaluer la teneur en principe actif en fonction de la réaction colorimétrique. En réalité, le *testing*, très humblement, permet juste de détecter la présence présomptive de substances apparentées aux amphétamines. Mais le stand où il se pratique est un observatoire ethnographique irremplaçable qui permet de considérer de visu les effets des produits, de comprendre les rapports que les usagers entretiennent avec ces substances. Les intervenants en réduction des risques peuvent ainsi établir un rapport de confiance avec les teuffeurs. S'ils vont mal, ils reviennent alors plus facilement chercher du soutien. Des documents pédagogiques sur la nature des produits, analysés par SINTES⁸, sont diffusés sur les stands de prévention. Ils permettent d'aller à l'encontre de certaines croyances et légendes sur les effets, les risques et les conséquences

des drogues que nombre d'usagers méconnaissent. Les associations comme le Tipi, Médecins du monde et Techno Plus diffusent massivement des documents de prévention intitulés « Roule ta paille » pour que le « sniff propre » et la paille individuelle, utilisée pour inhaler ou « sniffer » cocaïne, amphétamines ou d'autres « prods » devienne un réflexe, afin de limiter la propagation de l'hépatite C et des maladies infectieuses.

Les équipes

La composition des équipes qui interviennent dans les « teufs » est hétérogène⁹. Difficile de différencier le médecin de l'infirmier ou du « teufeur » qui vient faire de la prévention des risques en direction de ses pairs... Les sorties sont toujours épiques, éreintantes, mais les équipes tiennent. Certains travaillent sur place vingt, trente heures sans dormir. À la mission *Rave* de Médecins du monde, des étudiants viennent pour un stage, un mémoire, etc. Des médecins, pharmaciens font des thèses sur les techniques d'analyse de drogues. Des étudiants-travailleurs sociaux, issus de cette mouvance tekno, cherchent à faire des stages dans le cadre de ces actions et parfois font leur mémoire sur les problématiques de la « teuf ».

Peu à peu, les équipes de terrain s'étoffent, s'aguerrissent et sont l'expression de l'alliance entre des professionnels parfois proches de la culture des « teufs ». Des « teufeurs » sont recrutés pour leur légitimité et leur savoir-faire communautaire. Ils sont médiateurs, secouristes, logisticiens, opérateurs divers, etc.

Les pratiques

Les « teufs » sont un véritable laboratoire où l'intervenant peut être confronté brutalement, sans détours, à la consommation ouverte, revendiquée et parfois cumulative de drogues : montée d'ecstasy au LSD, entrée dans la « wave »¹⁰ modulée avec la kétamine, descente avec la cocaïne, le tout complété par diverses variétés de cannabis... puis du Rachacha ou un Xanax® pour dormir.

Il n'y a pas d'espace pour parler du pourquoi. En dehors du *testing*, souvent l'essentiel du travail des intervenants consiste en de la « bobologie », de la réassurance, du secourisme mais, selon les produits disponibles, les *bad trips* et les malaises peuvent être impressionnants, les cas cliniques incroyables, les mélanges délirants et les effets surprenants, comme cette fille qui explique : « *Je me suis dansée dessus.* »

Les équipes apprennent empiriquement la réassurance que des psychologues essayent parfois de conceptualiser.

Dans ce contexte, il nous arrive de faire évacuer les personnes par les pompiers ou le Samu en cas d'ultime nécessité et donc lorsqu'elles se trouvent en danger. C'est la raison pour laquelle les « teufeurs » apprécient notre manière de fonctionner et nous font confiance. L'intervention en « teuf » est une pratique en soi, difficilement transmissible. Des Samu auraient sans doute évacué la plupart des cas, compris et traités par nous comme des symptômes logiques et passagers relevant d'une surveillance basique et de réassurance. On travaille dans l'urgence, en bricolant avec les moyens du bord et un bon sens adapté à cet univers si particulier. La logistique inclut toujours un stand de prévention, un espace de discussion (où se pratique le *testing*), un dispositif de premiers secours (bobologie ou plus selon la présence d'une infirmière ou d'un médecin), un espace de repos dans de grandes tentes ou des parachutes déployés. Le nombre de participants à ces « teufs » se situe entre mille cinq cents et cinq mille personnes généralement. Lors des teknivals, ce chiffre peut atteindre quatre-vingt mille personnes (Metz, 2004).

Offre de produits et limites de la prévention

Au début des années 2000, les « teufs » deviennent de plus en plus nombreuses et elles drainent des milliers de personnes, ce qui augmente statistiquement les risques. Kétamine et amphétamines sont de plus en plus consommées. Le prix des ecstasy et du LSD baisse. Le battage médiatique attire d'innombrables curieux dans les « teufs », qui consomment des drogues à tort et à travers. Dans les quartiers, des dealers, totalement étrangers à cette culture, se lancent à l'assaut de ce nouveau marché. À Romilly, en 2002, ils sont des centaines, dès l'entrée, à proposer à la criée : « kéta »¹¹, Mitsu, Smiley, Superman¹², etc. », « végé, végé¹³ », etc. Au teknival de Marigny des dealers, enguirlandés, ont des porte-voix.

La même année, près de Sens, dès le début d'une « mégateuf », on nous ramène les premiers délirants à la « superkétamine ». En quelques heures, ils sont des centaines à se rouler par terre, se tordant, hystériques, en proie à des hallucinations terrifiantes. Nous pensons au redoutable PCP¹⁴ et affichons : « *Attention danger, la superkétamine serait du PCP.* » Notre alerte n'en rendra l'attrait que plus fort. Les malaises se multiplient. Des dizaines de « teufeurs » seront évacués par les pompiers. Nous affichons : « *Attention : ce qui est vendu pour de la kétamine semble être un dangereux poison.* » Ils en voulaient toujours. Un jeune mis en garde me répond : « *J'essaie quand*

même, je sais que vous êtes là en cas de problème ! » Un peu plus tard, on le retrouvera, forcé, les dents plantées dans le pneu d'un camion, ses ongles ensanglantés, lacérant le béton, se débattant dans une terrible bataille imaginaire. Les secours ont fini par réussir à l'évacuer. Cette nuit-là, la formidable mobilisation de l'équipe d'Action Liberté, aidée par des dizaines de « teufeurs », aura évité des drames, des morts. Il s'agissait de tilétamine, un anesthésiant vétérinaire.

Constat et questionnements

À partir de 2003, les lois Mariani, permettant la saisie du matériel des organisateurs, contribueront à endiguer rapidement l'expansion de ces événements.

Entre 1998 et 2003, le profil de ces publics a considérablement évolué. Les quelques milliers de « teufeurs » ont attiré des dizaines de milliers de curieux à la recherche de nouveauté. Parallèlement, le prix des drogues a considérablement baissé : de 100 à 150 francs (15 à 25 euros) une ecstasy en 1998, à 5 euros aujourd'hui. Le prix de la cocaïne a été divisé par trois.

Avec du recul, nous pouvons considérer l'utilité et la pertinence de ces actions que nous avons effectuées sur le terrain, dans des conditions atypiques et difficiles, là où la prévention classique n'aurait eu aucune chance d'accéder. Nous aimions ces ambiances, ces challenges qui ont contribué à la créa-

tion de nouveaux « savoir-faire » en matière de prévention et à légitimer la réduction des risques. Aujourd'hui, le contexte a changé. Les *free parties* sont confidentielles et dépassent rarement quelques dizaines de personnes. Les teknivals sont largement couverts par les pompiers, Sécurité civile, Croix-Rouge, etc. Restent les fêtes légales et autres raves payantes avec leurs contraintes légales (présence sanitaire et prévention obligatoire). Passons donc le flambeau à une nouvelle génération à qui nous transmettrons volontiers et généreusement les fruits d'une expérience qui reste toutefois à transformer en véritable méthodologie et à évaluer à l'aune de participants de plus en plus jeunes et de plus en plus familiarisés avec les « prods » et pour qui les conduites à risque deviennent parfois une forme de loisir.

Jimmy Kempfer*

** Ex-chef de projet Action Liberté (Clinique Liberté) Bagnoux, il a été volontaire à la mission Rave de Médecins du monde. Ex-président d'Asud, il a aussi mené des interventions pour cette association dans les teknivals. Responsable des observations de terrain festif Trend IdF.*

1. Fête en verlan ; teufeur : participant à la teuf, par extension amateur de musique techno non commerciale (tekno). D'une façon caricaturale le teufeur est décrit : kaskette, parka, kbaki, kapuche et piercing.
2. Do It Yourself : Fais-le toi-même.
3. Qui modifie, amplifie les sensations tactiles et facilite la communication.
4. Drogues apparentées aux ecstasy.
5. Protoxyde d'azote ou gaz hilarant. Vendu en ballon à respirer.
6. Regroupement de pairs réunis dans le but de s'offrir une aide mutuelle : Asud, Narcotiques anonymes, etc.
7. Test présomptif au réactif de Marquis. Une goutte est déposée sur quelques grains de drogue. La réaction colorimétrique peut détecter la présence présomptive d'amphétamines ou de quelques drogues apparentées à l'ecstasy.
8. Système d'identification national des toxiques et substances. OFDT.
9. La mission Rave de Médecins du monde est composée de médecins, professionnels du socio-sanitaires et personnes issues de la culture tekno. Tekno Plus est une association de santé communautaire. Les membres sont issus de la culture tekno. Asud est une association d'autosupport qui mène des actions de réduction des risques et d'information. Les membres d'Action Liberté, généralement salariés du socio-sanitaire, étaient proches des autres associations précitées.
10. Vagues de sensations qui submergent l'usager au moment où commencent les pleins effets de l'ecstasy, notamment dans une ambiance festive et musicale tekno.
11. Kétamine.
12. Logos et dénomination de différentes variétés d'ecstasy.
13. Cocaïne censée être d'origine végétale, donc présentant moins de dangers, par opposition à la « synthé » qui serait plus nocive.
14. Poudre d'ange : appellation de la pbencyclidine, un anesthésiant vétérinaire provoquant des effets dissociatifs, des convulsions, hallucinations et délires divers avec, fréquemment, une absence de conscience totale.

En Lorraine, une action pour prévenir le dopage chez les jeunes sportifs

Trois à 5 % des adolescents sportifs disent s'être dopés au moins une fois. Depuis des décennies, des actions de prévention de la prise de produits dopants sont mises en œuvre, consistant essentiellement à informer sur la dangerosité de ces substances, avec des résultats pour le moins mitigés. Une expérience de prévention en Lorraine associe jeux de rôles et débats pour augmenter les facteurs de protection des jeunes sportifs. Les premiers résultats sont prometteurs.

Selon une revue de la littérature publiée en 2000 dans *La Presse médicale* (1), de 3 à 5 % des adolescents sportifs, quel que soit leur niveau, leur discipline, leur sexe ou leur âge, disent s'être dopés au moins une fois, c'est-à-dire avoir utilisé des substances interdites. Le pourcentage de ceux qui recourent à des conduites dopantes, ou usage de produits au sens large (psychoactifs ou non) – quelle qu'en soit la nature – à des fins de performance, est plus élevé. Par exemple, 41 % d'entre eux auraient usé de vitamines pour lutter contre la fatigue au cours des deux derniers mois, selon une étude menée en Lorraine et parue, en 2004, dans *l'International Journal of Sports Medicine* (2).

Ces usages exposent à des effets indésirables liés à la dangerosité des substances et aux modalités de leur utilisation (doses, voies d'administration, mélanges de produits, etc.). Parfois, ils contraignent aussi à côtoyer un marché clandestin spécifique, comme celui qui a récemment été mis en évidence, en France, au cours d'une enquête nationale auprès d'adolescents sportifs, publiée en 2005 dans le *Journal of Sports Science and Medicine* (3).

Pour tenter de diminuer la fréquence de ces consommations, différentes actions ont été menées depuis les années soixante. Centrées sur les produits, elles avaient pour stratégies de susciter la crainte des effets indésirables, de persuader les usagers de leur inefficacité, ou encore de valoriser la notion d'éthique sportive. Mais, parmi celles qui ont été évaluées, très peu ont

atteint l'objectif de réduction de l'incidence ou de la prévalence de prise des substances.

Réduire les facteurs de vulnérabilité

Depuis une dizaine d'années, il est bien établi que les actions de prévention, pour être efficaces, doivent entre autres se fonder sur des modèles théoriques éprouvés. L'un des plus connus est celui, interactionnel, qui analyse les relations entre la personne, l'objet de son comportement (comme fumer du cannabis) et son environnement (culturel, social, religieux, etc.). En pratique, pour engager puis accompagner un changement de comportement, l'une des méthodes pouvant être utilisée avec d'autres consiste en une augmentation

des facteurs de protection de la personne et une diminution de ses facteurs de vulnérabilité. Les premiers comprennent notamment l'estime de soi, l'affirmation de soi et la capacité à demander de l'aide. Parmi les seconds, on compte l'anxiété, la pauvreté des relations affectives ou l'absence de soutien social.

En Lorraine, une démarche fondée sur ces principes a été utilisée auprès de six cents élèves de trente sections sportives scolaires désignées aléatoirement (il s'agissait des classes à horaires aménagés, en collèges et lycées)¹. L'objectif était d'évaluer l'efficacité de la démarche mise en œuvre tout en se plaçant dans les conditions réelles, peu favorables parfois, rencontrées en milieu sportif.

Ainsi, les élèves (de la 4^e à la terminale) étaient peu, voire pas demandeurs, l'intervention était unique, ne durait que deux heures et elle était prise sur leur temps d'entraînement. La méthode informative, souvent utilisée dans ce contexte, a servi de comparaison.

L'évaluation a été menée par questionnaires autoadministrés, distribués juste avant l'intervention, puis trois mois après. Les questions portaient en particulier sur les consommations personnelles de produits et sur l'intention d'en faire usage. Il existe en effet un lien entre cette dernière, l'intention, et le passage à l'acte, au cœur de la théorie de l'action raisonnée de Fischbein et Ajzen.

Les élèves concernés ont été répartis en trois groupes : deux cents ont bénéficié de la méthode expérimentale, deux cents d'une méthode informative classique et les deux cents derniers ont servi de témoins en ne bénéficiant d'aucune action de prévention.

La méthode expérimentale, menée par un médecin et un éducateur sportif formés aux techniques d'animation et d'éducation pour la santé, a consisté en une analyse critique d'encarts publicitaires sur les compléments alimentaires destinés aux sportifs (intérêt, coût, risques, alternatives), des jeux de rôle

simulant une incitation au dopage avec un débat sur les arguments des uns et des autres et les façons possibles de réagir « en situation », et une discussion sur l'automédication (les questions à se poser avant de prendre un médicament de son propre chef). La méthode informative, menée par deux autres intervenants de même profil que les premiers, comprenait une information sur la liste des substances interdites aux sportifs et sur les contrôles antidopage, un rappel des dangers pour la santé et une discussion sur l'éthique sportive.

L'évaluation a montré une diminution significative de l'intention d'utiliser des produits dopants chez les élèves du groupe expérimental et chez eux seulement. Pour les spécialistes, comme Hawkins, cela est un critère d'efficacité. Toutefois, cela ne signifie pas que la méthode informative soit inefficace : rien ne permet de conclure dans un sens ou dans l'autre. Pour autant, la méthode expérimentale lui semble « supérieure » dans notre contexte.

La prévention des conduites dopantes chez les sportifs paraît donc possible, avec un cadre théorique rigoureux et des intervenants formés. De meilleures conditions d'intervention pourraient en améliorer l'efficacité. Comme augmenter le nombre de séances, associer les adolescents à l'élaboration de l'ac-

tion et renforcer l'intervention sur les facteurs de protection et de vulnérabilité. Une expérience de cette nature est en cours en Lorraine, auprès de collégiens en sections sportives scolaires².

Patrick Laure

Médecin de santé publique, médecin conseiller, direction régionale et départementale de la Jeunesse et des Sports de Lorraine, Saint-Max.

1. Cette action a été menée par la direction régionale de la Jeunesse et des Sports de Lorraine, en partenariat avec le rectorat de l'académie de Nancy-Metz.

2. En partenariat avec les services déconcentrés de Jeunesse et Sports, de l'Éducation nationale et les Codes.

► Références bibliographiques

- (1) Laure P. *Dopage : données épidémiologiques*. Presse Med. 2000 ; 29(24) : 1365-72.
- (2) Laure P., Lecerf T., Friser A., Binsinger C. *Drug, Recreational Drug Use and Attitudes Toward Doping of High School Athletes*. Int. J. Sports Med. 2004; 25(2): 133-8.
- (3) Laure P., Binsinger C. *Adolescent Athletes and the Demand and Supply of Drugs to Improve their Performance*. J. Sports Sci. Med. 2005; 4: 272-7.
<http://www.jssm.org/vol4/n3/8/v4n3-8pdf.pdf>

Jeunes en difficulté : une semaine pour voir sa santé autrement

La Protection judiciaire de la jeunesse a pour mission de suivre et accompagner des jeunes en difficulté. Les éducateurs sont amenés à faire de la prévention et de l'éducation à la santé au sein de leurs interventions éducatives. Dans les Yvelines, les jeunes d'un centre d'action éducative participent pendant une semaine à une série d'ateliers sur la nutrition, la sexualité, la contraception, etc. Évaluée favorablement, l'opération est reconduite d'une année sur l'autre, pour l'instant à petite échelle.

En appui à l'action éducative individuelle des éducateurs de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), un centre d'action éducative (CAE) de Mantes-la-Jolie a initié, en 2004, une « semaine prévention et éducation à la santé » qui perdure à raison d'une session par an pour huit jeunes de 15 à 21 ans, suivis par les services PJJ du département. Cette semaine se déroule pendant les vacances scolaires.

Une première session est composée de trois ateliers :

- approche des conduites à risque, animé par une psychologue intervenant auprès des sapeurs-pompiers de Versailles. Les jeunes évoquent des situations de violence et de mise en danger d'eux-mêmes ou des autres et leurs représentations avec leurs propres mots : accident, danger, mort, maladie, prison, inconscience, vitesse, alcool, souffrance, overdose, jeu, bagarre, violence, plaisir, jeunesse, adolescence, douleur ;
- conduites sexuelles à risque : séance d'information à l'espace Cyber Crips de Paris ;
- atelier d'expression des jeunes assuré par une formatrice en institut de formation sociale. En fin de session, les participants partagent, à travers une production, leurs perceptions des différents thèmes abordés les jours précédents. À partir de la démarche du photolangage, chaque représentation individuelle en deux mots-clés évolue en étapes vers une élaboration collective de texte : histoire courte, dialogue ou slogan. Chaque jeune va retranscrire ses deux mots-clés et le texte final auprès de l'image choisie initialement

sur une feuille cartonnée. La réalisation est complétée avec gouaches et couleurs pour donner une forme finale. Un peu tendus au départ, les jeunes découvrent dans cette activité une source d'inspiration et de détente. Certains évoquent l'école maternelle, où ils se sont exprimés pour la dernière fois de cette manière. L'exercice se finalise par un dialogue permettant alors à chaque jeune puis au groupe de mesurer le chemin parcouru au cours de la semaine.

Les effets de l'action sur les jeunes (acquérir des connaissances, apprendre à identifier des risques, identifier des ressources en santé) ont amené les protagonistes à en enrichir le contenu avec quatre objectifs :

- prévenir les conduites à risques chez les jeunes par un temps d'échange et de réflexion avec des professionnels ;
- mettre en valeur les capacités des jeunes pour les aider à prendre confiance en eux et à s'approprier leur santé ;
- permettre aux jeunes de travailler sur leurs représentations de la santé et affiner leur appréciation des prises de risques ;
- faire connaître aux jeunes les ressources locales : lieux d'accueil, d'information et de soins.

Les sessions se déroulent actuellement comme suit : chaque jeune est accompagné, tout au long de la semaine, par son éducateur référent aux cinq ateliers, où interviennent des professionnels spécialisés avec la présence de l'infirmière départementale de la PJJ :

- l'atelier alimentation se déroule en

début de session, sur une journée entière pour fédérer le groupe autour d'un repas. Un éducateur et l'infirmière départementale invitent les jeunes à réfléchir sur leurs habitudes alimentaires, hygiène de vie, à lever les idées reçues sur les régimes. Chaque participant peut élaborer une réflexion à partir de set de table créé par un atelier de la PJJ de Seine-Saint-Denis. L'échange se centre souvent autour des coutumes alimentaires en lien avec la culture d'origine de chacun ;

- l'atelier éducation sexuelle et contraception, relations garçons-filles se déroule à l'espace Cyber Crips de Paris. Afin de faciliter l'expression des préoccupations propres à chaque sexe, filles et garçons sont reçus séparément par un animateur du même sexe hors la présence des encadrants. Cette visite permet aux jeunes de travailler sur leurs représentations liées à la sexualité, aux relations garçons-filles, aux consommations de substances psychoactives, d'aborder la notion du respect de soi et de l'autre, et enfin de découvrir un lieu où ils pourront ensuite retourner seuls ;

• l'atelier un bilan de santé, pourquoi ? Un professionnel du centre d'examen de santé de Paris présente et explique au groupe les examens proposés lors du bilan¹. L'importance de la couverture sociale est abordée ; la signification des différents chiffres du numéro d'assuré social est détaillée. À partir de la projection de transparents, chaque jeune peut visualiser la chronologie de la visite. L'intérêt de connaître ses propres antécédents médicaux ainsi que ceux de ses ascendants est pointé, incitant les jeunes à échanger ensuite avec leur

famille. Les jeunes expriment souvent leurs craintes de découvrir des problèmes de santé jusqu'alors inconnus ou redoutés par rapport à leur prise de risques « *on préfère ne pas savoir !* » Un travail de réassurance de par cette verbalisation s'élabore. Au-delà de la crainte d'un problème médical, certains jeunes évoquent la nécessité d'être accompagnés dans une éventuelle démarche de soins par leur famille ou une personne de confiance (éducateur, etc.) Ce n'est qu'au terme de cet atelier que le bilan est proposé aux jeunes qui se montrent volontaires ;

- L'atelier initiation aux premiers secours par une formatrice PJJ, titulaire du moniteurat de secourisme. Après une mise en commun des connaissances sur les services de secours, leurs spécificités et le message d'alerte, chacun s'essaye à quelques gestes techniques. Cette sensibilisation permet d'aborder l'évaluation de situations à risques, des notions de citoyenneté et d'obligation de secours selon la loi et d'envisager d'être acteur dans une démarche d'aide. Les jeunes peuvent ensuite s'inscrire au cursus : « Formation aux premiers secours », autre action proposée par la PJJ ;
- Les ateliers approche des conduites à risque et expression des jeunes : ateliers décrits en première session.

À ce jour, ce module a été reconduit trois fois pour un total de dix-huit jeunes âgés de 15 à 19 ans. Les jeunes, assidus et volontaires à l'ensemble des ateliers, ont témoigné d'un respect mutuel de la parole de chacun au fil des séances. Lors de l'évaluation de fin de semaine, les jeunes font part de leur sensation d'avoir été rassurés, d'avoir appris

et de se sentir plus à l'aise pour aborder une démarche en santé pour eux-mêmes ou pour ceux qu'ils côtoient au quotidien.

Pour les professionnels, l'approche collective est un atout facilitant la prise de conscience individuelle du jeune sur sa santé. Par la mise en confiance parmi les autres, le jeune se sent davantage en légitimité pour l'évoquer. La notion de plaisir est le fil conducteur majeur de la semaine. Quelle que soit la thématique abordée, il apparaît que derrière chaque prise de risque transparait la question fondamentale du plaisir. L'amorce initiée pendant la semaine peut se poursuivre avec l'éducateur référent de la prise en charge éducative ; elle vise notamment à amener le jeune à limiter ses prises de risque sans renoncer à cette notion de plaisir. L'accompagnement des professionnels aux différents ateliers est une opportunité pour eux d'entendre comment la santé

est vécue et abordée par le jeune à travers son propre environnement : vie familiale, habitudes alimentaires, incidence de santé chez les parents, place de la sexualité dans le discours parental, etc. Ces éléments de connaissances pourront être pris en compte dans la continuité de l'intervention éducative.

Martine Cazaoulou

Infirmière départementale à la PJJ 78.

Yann Binet

Éducateur,

Centre d'action éducative PJJ, Mantes-la-Jolie.

Laurent Goislard

Infirmier, membre du pôle santé (K2),

ministère de la Justice, direction de la PJJ,

Bureau des méthodes et de l'action

éducative, Paris.

1. Le bilan de santé se compose d'exams cliniques et paracliniques : prise de sang, audiométrie, électrocardiogramme, radio pulmonaire, examen buccodentaire et consultation médicale.

Protection judiciaire de la jeunesse : de l'éducation à l'insertion

La Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), administration du ministère de la Justice, fait partie du dispositif français de protection de l'enfance, reposant sur deux modes d'intervention :

- le secteur administratif (conseil général, ASE) ;
 - le secteur judiciaire, au sein duquel la PJJ a pour mission de mettre en œuvre les décisions de justice concernant les mineurs en danger ou délinquants, ainsi que les jeunes majeurs sous protection judiciaire, dans les services éducatifs du secteur public ou dans ceux du secteur privé habilité.
- Les différents types d'intervention se déclinent en permanence éducative auprès du tribunal, services d'hébergement, d'insertion et majoritairement en milieu ouvert, comprenant les mesures suivantes : investigations (enquêtes, recueil de renseignements socio-éducatifs), action éducative en milieu ouvert, mesures de probation et peines, sanctions éducatives, aménagement des peines. Les missions concernent l'insertion, le suivi de la détention et les dispositifs de prévention. La PJJ est constituée d'une majorité de personnels éducatifs complétée par des professeurs techniques, psychologues, assistants de service social et infirmiers, ce qui permet de réunir des compétences pluridisciplinaires.

Les jeunes sous protection judiciaire se caractérisent¹ par :

- des disparités importantes avec la population scolaire du même âge ;
- des milieux familiaux marqués par des épreuves vitales (décès du père) et sociales (sortie d'emploi des parents) ;
- une vie scolaire avec des péripéties : accumulation de retards, décrochage scolaire ;
- des « conduites d'échappement de la vie ordinaire » bien que les jeunes s'estiment dans une très large majorité « bien portants » : scolarité perturbée, fugues, tentatives de suicide, conduites d'addictions ;
- une expérience marquée par la violence agie et subie, particulièrement chez les filles.

La stratégie d'actions de santé 2005-2008 de la direction de la PJJ a pour objectif l'action de prévention à l'adolescence (intégrant la vie affective et sexuelle), la réduction des inégalités d'accès aux soins, l'amélioration de la prise en charge concertée des troubles psychiques, la réduction des comportements de consommation de produits psychoactifs. La finalité est de développer au sein des services de la PJJ des actions adaptées, coordonnées avec les programmes des politiques publiques de santé.

1. Choquet M., Hassler C., Morin D. La santé des jeunes de 14 à 20 ans pris en charge par les services du secteur public de la Protection judiciaire de la jeunesse. Sept ans après. Inserm/PJJ : 2004.

Prévention dans les lieux de loisirs : soixante-quinze actions financées

Pour que les espaces de loisirs ne soient pas exclus de la prévention, le ministère en charge de la Jeunesse finance, depuis début 2006, soixante-quinze actions de prévention de la consommation des substances psychoactives chez les jeunes. La plupart de ces initiatives portent sur la formation des animateurs et autres professionnels au contact avec les adolescents.

Le ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative développe, depuis début 2006, la prévention de la consommation des produits psychoactifs dans les lieux de séjours collectifs, socio-éducatifs et sportifs. En coordination avec la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt), quatre séminaires interrégionaux ont ainsi été organisés, en mai-juin 2006, en direction des intervenants en prévention et professionnels de santé ; objectifs : dresser un état des lieux des connaissances, faire le point sur la construction d'un projet de prévention et donner des repères sur le suivi et l'évaluation des actions mises en place.

Dans un second temps, depuis juillet 2006, le ministère a, via ses directions départementales, lancé un appel à projets pour financer deux types d'actions : sensibilisation à la prévention de la consommation en espace de loisirs ; actions de prévention inscrites sur un territoire. Cent quarante projets ont été

soumis à un comité national de pilotage, soixante-quinze d'entre eux ont été retenus et vont être financés. Les associations porteuses de ces actions vont bénéficier d'un accompagnement méthodologique et d'un suivi par des professionnels (personnels techniques et pédagogiques du ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, médecins conseillers, personnels des Centres d'information et de ressources sur les drogues et dépendances, Cird).

Nombre de projets financés portent sur la formation des intervenants associatifs spécialisés dans les addictions (cas de la Haute-Normandie). Ces intervenants, professionnels des secteurs de l'animation et des loisirs socioculturels et sportifs, sont formés aux outils et techniques d'animation et de prévention. Les associations locales en prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa) sont impliquées dans plusieurs actions. Dans d'autres cas, les hôpitaux

jouent un rôle premier dans ce type d'initiatives, c'est le cas dans le Pays de Caux (vallée de Seine), où l'hôpital Fauquet forme les animateurs à la prévention qui sont confrontés à des enfants qui expérimentent le tabac à partir de 8 ans. Plus globalement, les professionnels concernés par cet appel à projets sont tous ceux qui se trouvent en contact avec des jeunes : animateurs de MJC, éducateurs sportifs, animateurs des services « vie et enfance » des quartiers dans les villes... L'objectif commun est de prévenir la consommation de produits psychoactifs chez les jeunes au cours de leurs pratiques de loisirs. À Annecy, en Haute-Savoie, c'est un centre de soins spécialisés pour toxicomanes qui porte un projet de prévention là encore basé sur la formation des professionnels. À Toulouse, partant de l'expérience d'une structure existante – le point écoute prévention –, des formations sont organisées et un « kit d'organisation d'événements de prévention » a été créé. Parmi les partenaires impliqués dans ce type de projets, l'on retrouve fréquemment les Drass, les comités locaux d'éducation pour la santé, la gendarmerie, la protection judiciaire de la jeunesse, les services de soins spécialisés aux toxicomanes, les mutuelles (Mutualité française et MSA), les foyers ruraux, l'association Familles rurales, etc. Ces projets qui se dérouleront entre 2006 et 2007 feront l'objet d'un suivi et d'une évaluation par les services du ministère.

Soraya Berichi

Chargée de mission Prévention Santé,
Bureau des actions éducatives, territoriales
et culturelles, Direction de la jeunesse et de
l'éducation populaire, ministère de la
Jeunesse, des Sports et de la Vie associative.

Préférence sexuelle, niveau social, origine ethnique : la discrimination conduit à la prise de risque

L'homosexualité, un niveau social modeste combinés à une couleur de peau nourrissent les discriminations et conduisent les personnes à adopter des comportements à risque. Telle est la conclusion d'une « recherche action » menée par le psychologue Éric Verdier. Ce constat l'a amené à créer des espaces de parole pour « rendre la voix » à ceux qui cumulent les discriminations. Des formations de professionnels sont également organisées pour prévenir ces discriminations.

Nous avons mené une recherche-action intitulée « Discriminations et conduites à risque chez les jeunes », concernant plus particulièrement celles impliquant une tentative de suicide ou une conduite à risque léthal. C'est une synthèse de ces travaux que nous présentons ici. Cette recherche s'est également fondée sur l'expérience de la Ligue des droits de l'homme en matière de lutte contre les discriminations, des témoignages reçus par les ligueurs. Nous avons aussi utilisé l'expertise réunie auparavant au travers d'un ouvrage auquel nous avons collaboré : « Homosexualités et suicide » ; au travers également de notre participation à l'élaboration du plan de santé publique « Violence et Santé ». Cette recherche-action (enquête suivie de la mise en place de groupes de parole et de formations des professionnels) a été réalisée grâce notamment à un financement de la direction générale de la Santé (DGS)¹. Le thème retenu était pour le moins innovant : y a-t-il un lien entre les discriminations et la mise en danger de soi chez les jeunes, et quels sont les facteurs de vulnérabilité et de protection que l'on peut identifier pour orienter le travail de prévention ?

Au départ, il s'agissait de mieux comprendre l'incidence de l'homophobie sur les trajectoires suicidaires des jeunes². Et, par extension, il s'agissait de mieux identifier le « pourquoi » des discriminations qui isolent – par opposition aux discriminations qui fédèrent, le soutien du groupe de pairs et de la

famille représentant l'un des facteurs de protection les plus efficaces vis-à-vis du suicide. Après quelques mois de tâtonnements, c'est le mécanisme qui fait que certaines personnes deviennent des « boucs émissaires » (personne qui est désignée par un groupe comme devant endosser un comportement social que ce groupe souhaite évacuer), qui est apparu comme le plus pertinent à analyser, à la fois pour les jeunes et pour les professionnels en contact avec eux. Cet élargissement de la recherche-action au-delà de l'homophobie permet d'éviter la focalisation fréquemment entendue : « *Ab oui d'accord, c'est pour les homos...* », ce qui, dans notre recherche, a empêché simultanément les jeunes homosexuels craignant la stigmatisation et les autres, redoutant la contamination du stigmate, de se sentir concernés.

Trois axes ont donc été déclinés pour parvenir à cerner la problématique :
– un état des lieux sur l'homophobie auprès des acteurs de terrain (travailleurs sociaux, animateurs, enseignants, personnels médicaux, bénévoles, etc.) en contact avec des jeunes, en France et dans les Dom-Tom ;
– la mise en place d'espaces de parole en direction de jeunes « différents, discriminés, voire boucs émissaires » à l'échelle de la France métropolitaine ;
– une formation-action à destination des acteurs de terrain dans l'objectif de mutualiser et de créer des outils sur les discriminations et les conduites à risque.

Par ailleurs, la mission Prévention des conduites à risque de la Seine-Saint-Denis nous a permis de faire réaliser une partie de l'évaluation par des experts extérieurs et de bénéficier du regard d'une sociologue sur le profil des jeunes participant aux espaces de parole, sur celui de ceux qui n'y sont pas restés. La même sociologue a déterminé les caractéristiques des partenaires impliqués, mais aussi de ceux qui ont des résistances à soutenir l'action. Cette recherche-action a également eu un impact inattendu, puisque le centre régional d'information et de prévention du sida (Crips) et le Groupement d'études et de prévention du suicide (Geps) ont utilisé nos travaux pour organiser un concours de scénarios sur les discriminations.

Six « espaces de parole » créés en France

L'état des lieux a été réalisé, la première année, sur un échantillon aléatoire d'une soixantaine d'acteurs de terrain (enquête par courriel). Leur constat est alarmant : tous les indicateurs de mal-être et de prise de risque léthal sont réunis concernant les jeunes victimes d'homophobie, y compris pour ceux qui s'identifient comme hétérosexuels. Mais c'est l'accumulation des causes de rejet social potentiel – origine sociale modeste, issus de l'immigration, jeunes adolescents, etc. – qui majore les risques de passage à l'acte. Ces éducateurs ou intervenants associatifs et sociaux sont par ailleurs très isolés et souvent concernés eux-mêmes par

l'homo-bi-trans/sexualité, ce qui accentue leur difficulté à combattre l'ostracisme dont ces jeunes sont victimes. Leur diagnostic est unanime : nos institutions sont majoritairement baignées d'une homophobie passive institutionnalisée, reléguant les personnes concernées au silence et à l'invisibilité.

Cette première année a également permis de mettre en place six espaces de parole sur le territoire français, en voie de pérennisation lors de la troisième année³. Le cahier des charges insistait sur un binôme mixte de coanimateurs (le chargé de mission et une assistante sociale scolaire, ou une infirmière, une éducatrice, une animatrice, etc.), appartenant à deux structures différentes, l'espace de parole étant accueilli par un troisième partenaire « généraliste » (type mission locale, Crij, centre social, point écoute jeunes, etc.), afin de contourner la peur de la stigmatisation. L'approche utilisée a croisé l'écoute active de Carl Rogers et une démarche communautaire positionnant le jeune comme acteur et décideur, rendant le dispositif accessible à tout acteur de terrain et non seulement à ceux qui

ont bénéficié d'une formation « psy ». Chaque réunion mensuelle a donné lieu à un compte-rendu intégral des échanges – restitué aux jeunes après correction – et sur l'un des sites à une traduction en langue des signes, de façon à intégrer des personnes sourdes. Le fait d'être centré sur les discriminations vécues ou craintes a permis d'orienter des jeunes qui étaient plus en prise à une intériorisation d'une forme de discrimination qu'à une confrontation directe à ces phénomènes. Une centaine de jeunes se sont « approchés » d'un espace de parole, une cinquantaine les ont fréquentés régulièrement. Au départ, ce sont les partenaires (tel conseiller en insertion, telle animatrice de centre social, etc.) les plus impliqués qui ont majoritairement orienté les jeunes vers ces espaces de parole, ensuite ce sont les participants eux-mêmes qui sont devenus les premiers recruteurs.

Cinquante professionnels formés

La formation-action s'est déroulée sur quatre modules de cinq jours, lors de la deuxième et de la troisième année. Une cinquantaine de profes-

sionnels – des champs éducatif, sanitaire et social (médecin de CDAG, assistante sociale de secteur, infirmière PJJ, psychiatre auprès de jeunes suicidants, etc.) – et de bénévoles associatifs de différentes régions de France y ont participé, avec une majorité de Franciliens et de Marseillais. Le premier module a tenté de répondre à trois questions : De quelles discriminations parlons-nous ? De quel(s) jeunes (garçons ou filles) s'agit-il ? De quels outils disposons-nous pour aborder collectivement ces sujets auprès d'eux ? Dans le deuxième module, ont été abordés les facteurs de vulnérabilité et les conduites à risque létales, avec un accent plus particulier sur la prévention du suicide et des équivalents suicidaires – notamment via des addictions ou des prises de risque sexuel. Lors du troisième module, ont été travaillés les facteurs de protection et les outils permettant de mobiliser ces facteurs, avec une attention spécifique à la résilience et à l'estime de soi. Le quatrième, enfin, a été conçu comme un module de synthèse, inaugurant une formation pilote sur ces sujets, à partir du « triangle de l'abus » – situant le bouc émissaire face à un pôle pervers, chro-

nicisant un rôle d'abuseur, et un pôle normopathe, celui qui est malade de la norme⁴ – afin de relier et de structurer les discriminations qui isolent aux facteurs de vulnérabilité et de protection. Parallèlement, des échanges entre la cinquantaine de participants de la formation-action et les jeunes des espaces de parole ont permis à ces derniers de préconiser ce qui devait prioritairement être travaillé dans chaque module.

Déni du corps social

Quels sont les principaux résultats de cette recherche-action ? Tout d'abord nous avons été frappés par l'équivalence symbolique entre les phénomènes de discrimination sur le plan sociologique – dont l'épicentre est constitué des processus de boucs émissaires – et la thématique du suicide sur le plan psychologique⁵. Parallèlement, le très fort déni dans le corps social quant à la fréquence et la gravité de ces phénomènes fait écho à un grand besoin de formation des acteurs de terrain sur les processus de transformation d'un certain nombre de personnes en « boucs émissaires », les discriminations liées au genre, la violence et le suicide. En effet, les difficultés identitaires – et les discriminations – liées au genre sont omniprésentes et les jeunes avec une préférence homo-bi/sexuelle ou une identité transsexuelle sont surreprésentés – environ la moitié des jeunes. Ils cumulent tous plusieurs « différences », sources potentielles de rejet social, souvent l'une évidente et l'autre plus intime – visible et invisible – et ressenties comme incompatibles. L'espace de parole apparaît alors comme une « tribu » acceptable pour ceux et celles qui n'ont pas trouvé la leur, permettant à la fois identification aux pairs et différenciation. Une typologie de « boucs émissaires » fait donc émerger des *cumulards*, des *camouflés* – qui se protègent derrière une autre cause de rejet social et viennent en témoigner – et des *débusqués* – ils pensent que l'ostracisme dont ils sont victimes vise précisément leur différence cachée – mais aussi des *entre-deux*, des *tiraillés* – entre deux identités antinomiques – des *frontaliers* – qui brouillent les cartes en inventant une troisième voie – des *passeurs de frontière* – qui franchissent l'infranchissable – des *Bountys* – terme qui vient de la communauté noire vivant en France et désignant ceux qui sont noirs dehors et blancs dedans, autrement dit

dominés socialement dehors mais dominants dedans – et des *Tybouns* – dominants dehors et dominés dedans...

Valeurs féminines et paternelles rabotées

Les stéréotypes qui désignent les personnes qui ont un regard discriminant font souvent écho à la virilité et à la « matrilité » – pendant de la virilité pour la construction identitaire féminine, et sacralisant les valeurs de la maternité – les systèmes de domination à l'œuvre pouvant s'apparenter à la « matrivirilité » – les camouflés l'utilisent : plus un garçon est susceptible d'être discriminé, plus il affiche les valeurs de la virilité, alors qu'une fille qui craint d'être débusquée va se réfugier du côté de la matrilité –, mais on trouve aussi des filles viriles et des garçons matrilés. À l'inverse, la dévalorisation conjointe des valeurs féminines et paternelles jalonne les parcours de vie de ces jeunes – et plus particulièrement des débusqués. C'est de ce côté que l'on trouve la plupart des facteurs de vulnérabilité. Les facteurs de protection résonnent souvent avec ceux associés à l'estime de soi et à la résilience : l'espace de parole – associant d'autres médias, comme l'expression artistique, pour les plus vulnérables – les fait naturellement émerger. Ils découvrent que chacun peut être accepté dans sa différence, et non seulement toléré – ce groupe-là est communautaire là où ils ont rencontré du communautarisme. Les comptes-rendus, les articles et ouvrages, les témoignages dans les médias ont joué un rôle significatif de dénonciation des discriminations et de restauration de l'estime de soi. Enfin, face au binôme discriminant/discriminé, le troisième intervenant de ce triangle est le « normopathe » (celui qui n'a rien vu, rien senti, rien entendu) car il est l'acteur de la transformation de la honte en humiliation ; c'est donc logiquement auprès de lui que le jeune victime de discrimination exigera réparation de la blessure. Ainsi, du côté des acteurs de terrain, agir sur la normopathie (littéralement « pathologie de la norme ») de leurs institutions apparaît comme l'objectif le plus fédérateur et le plus pertinent pour tenir compte de ce que les jeunes leur adressent comme message.

Dans l'objectif de transférer toutes ces compétences mais aussi de pour-

suire ce travail de recherche en élargissant le public à toutes les tranches d'âge, nous nous proposons de décliner cette initiative à raison d'une expérience au moins par région de France, au fil des quatre ans à venir. Le porteur du projet sera la Ligue française pour la santé mentale (LFSM), et nous étions, en novembre 2006, en attente de réponse de partenaires nationaux – DGS, PJJ, Halde, etc. – et locaux – Régions, conseil général, Drass via le plan Violence et Santé – pour décider des premières régions concernées. Il s'agira de proposer une formation-action sur ces phénomènes à destination d'acteurs de terrain qui s'engagent à mettre en place une action ou à valoriser une initiative existante en y intégrant la problématique des « boucs émissaires ». Puis un accompagnement méthodologique et la mise en place par leurs soins d'au moins un espace de parole leur permettra de constituer un pôle ressource, en lien avec les Commissions pour la promotion de l'égalité des chances et de la citoyenneté (Copec), siégeant en préfecture et dans les Drass notamment.

Éric Verdier

Psychologue et psychothérapeute, chercheur et chargé de mission, formateur, Ligue des droits de l'homme (jusqu'à septembre 2006), Paris.

1. *Les autres financeurs, au fil des trois ans, ont été les conseils généraux 93 et 54, les Ddass 27, 44, 69 et 72, la Drass et la Cram d'Ile-de-France, le Fasild Ile-de-France, les mairies de Paris, de Nancy et des Lilas, et enfin le conseil régional d'Ile-de-France.*

2. *Les estimations françaises les plus récentes indiquent qu'entre un quart et la moitié des suicides des adolescents et jeunes hommes seraient associés à une homo-bi-transsexualité, contre environ 10 % pour les filles (croisement de plusieurs enquêtes dont celle de Philippe Adam de l'InVS et celle de Marc Shelly, validée par l'Inserm).*

3. Arras, Cherbourg, Évreux, Le Mans, Nancy et Paris.

4. *Illustré par la fameuse phrase d'Albert Einstein : « Le monde ne va pas mal à cause de ceux qui font le mal, mais à cause de ceux qui regardent et laissent faire. »*

5. *Le thème du suicide est omniprésent dans les récits de vie des jeunes boucs émissaires, puis, au second plan, apparaissent les addictions et les mises en danger de soi dans la sexualité.*

Bibliographie

- Verdier É., Firdion J.-M. *Homosexualités et suicide*. Montblanc : H&O, 2003 : 226 p.
- Verdier É., Dorais M. *Petit manuel de gayrilla à l'usage des jeunes. Comment lutter contre l'homophobie au quotidien*. Béziers : H&O, 2005 : 172 p.

Entretien avec Sylvie Fainzang, anthropologue, directeur de recherche à l'Inserm

Vérité et mensonge, des composantes de la relation médecin-patient

Sylvie Fainzang est spécialisée en anthropologie de la maladie et titulaire d'un doctorat en ethnologie de l'École des hautes études en sciences sociales de Paris. Elle publie aujourd'hui un ouvrage intitulé « la relation médecins-malades : information et mensonge » (1). Plus de quatre-vingt patients de tous âges, atteints pour la plupart de cancers ou de pathologies lourdes, ont, durant quatre années, été observés dans ce qui est, sans doute, le plus profond de l'intimité relationnelle : l'accompagnement médical.

La Santé de l'homme : Deux pratiques contraires, mentir et dire la vérité, sont justifiées par les médecins et les malades au nom des mêmes principes : celui de l'éthique et celui de l'utilité, dites-vous dans votre ouvrage (1). Doit-on comprendre que le mensonge et la vérité sont des ingrédients de la relation thérapeutique ?

Sylvie Fainzang : C'est vrai. Mes observations durant quatre années sur des relations médecins-malades soulignent, en effet, que ces acteurs, parfois au nom des mêmes principes, sont amenés à avoir des attitudes complètement contradictoires. C'est pour le bien du patient que certains médecins choisissent de dire toute la vérité. C'est pour la même chose que d'autres vont pratiquer une rétention d'information, voire émettre des mensonges. Il y a un peu d'arbitraire dans ce choix, c'est comme ça. Mais, en tant qu'anthropologue, je n'ai pas à juger de la validité d'un choix ou d'un autre. En revanche, dans les deux cas, que le médecin choisisse de mentir ou de sous-informer son patient ou qu'il préfère la vérité, je suis persuadée que c'est toujours dans une perspective d'œuvrer pour le bien du malade.

S. H. : Est-ce que cela veut dire que l'usage en alternance d'un parler vrai ou d'un mentir utile participe d'une bonne stratégie relationnelle ?

Pour le médecin, c'est effectivement une stratégie et, selon lui, celle-ci est

bonne. Du point de vue de l'observateur, et je pense que cette étude le montre, cette stratégie n'est pas si bonne que cela. J'ai constaté, en règle générale, que les patients restent insuffisamment informés et que cela nuit non seulement à une bonne communication entre médecin et malade mais aussi à la conduite de la thérapie. Comment parler de bonne stratégie si celle-ci s'avère inefficace ? Un exemple : pour ne pas heurter son patient, un médecin pratique la rétention d'information au point que le malade considère que son cas n'est pas alarmant. Les conséquences sont alors évidentes : cette stratégie médicale, considérée comme la meilleure possible, s'est avérée négative et a perturbé le traitement. On se rend compte ainsi que le jugement du médecin n'est pas conforme à l'analyse que peut en faire le patient.

S. H. : Le terme « mensonge » est fort. Il veut dire que l'on affirme sciemment quelque chose de contraire à la vérité. Ce que vous appelez mensonge n'est-il pas simplement une vérité non dite ?

Non, il n'y a pas que cela. Je parle d'information et de mensonge, les deux en même temps. J'ai voulu les traiter à la fois séparément et ensemble dans la mesure où je pense que ne pas dire la vérité et sous-informer le malade, c'est une chose, mentir en est une autre. Je revendique l'usage du mot « mensonge » car, selon moi, il y a véritablement des moments où certains médecins disent

le contraire de ce qu'ils croient être la vérité. Et pourquoi traiter ensemble information et mensonge ? C'est parce que je me rends compte que les mécanismes qui expliquent la sous-information et ceux qui développent le mensonge sont finalement à peu près les mêmes. Je vois entre la sous-information, la rétention d'information ou la dissimulation, d'une part, et, d'autre part, le mensonge, des différences de degré et non pas de nature.

S. H. : Concernant cette vérité, vous remarquez qu'à côté de la vérité logique, celle que pour autant nous connaissons, il y a la vérité morale, c'est-à-dire celle qui correspond à ce que nous croyons être vrai. Selon vous, les médecins participent de quelle sorte de vérité ?

Cette opposition, faite par cet auteur qui s'appelle Joseph Fletcher (2), entre vérité logique et vérité morale me semblait intéressante à citer pour illustrer ce que j'entends par vérité et, son contraire, le mensonge. Quand Fletcher parle de vérité morale, par exemple, donc de vérité qui correspond à ce que nous croyons être vrai, je trouve que cela s'applique bien au monde médical. Il ne s'agit pas de parler d'une absence de vérité, une sorte de vérité inconnaissable que le médecin ne dirait pas, mais bien d'une vérité connue qu'il omet. C'est pour cela que je pense que le recours à l'argument de l'incertitude utilisé par les médecins est assez fallacieux. Attention : il ne s'agit pas de reprocher aux médecins de

ne pas dire la vérité sur ce qu'ils ne savent pas, notamment sur le pronostic. Évidemment, l'incertitude est de mise. Il s'agit de pointer du doigt le fait de ne pas dire la vérité sur des éléments que l'on croit vrais. On est alors dans le véritable mensonge.

S. H. : *Vous écrivez, à la lumière de vos observations, que l'information du malade reste très parcellaire, voire lacunaire. Comment comprenez-vous cette phrase : « dites-moi la vérité, docteur » ?*

Les patients, dans leur majorité, souhaitent savoir la vérité. La veulent-ils toujours ? Les médecins ont raison de dire que, pour certains patients, il y a des blocages. Il est vrai aussi que certains patients ne donnent pas une information complète sur leurs symptômes pour, pensent-ils, ne pas provoquer de la part de leur médecin un mauvais diagnostic. Ils ne veulent pas entendre parler d'aggravation de la maladie. Mais, dans « dites-moi la vérité, docteur », il y a aussi la manifestation d'un autre élément que l'étude met en valeur. En l'occurrence, la présence forte du mensonge dans les relations médecins-malades. Beaucoup de patients que j'ai rencontrés sont intimement convaincus que le milieu médical leur ment en permanence. Il y a une méfiance totale. Certains sont même dubitatifs sur la possibilité qu'ils ont d'accéder à leur dossier médical, d'autres soulignent que les éléments non dits par le médecin ne figurent pas dans ce dossier médical.

S. H. : *Vous dites que le patient soubaite la vérité, mais en même temps qu'il ne croit pas son médecin. N'est-ce pas contradictoire ?*

Le patient est tellement habitué à cette soustraction de l'information qu'il a tendance à imaginer le contraire, même quand on ne lui ment pas. C'est la conséquence de cette façon dont la relation médecin-malade a été construite et ce, depuis des décennies, dans notre système de santé. La façon dont le médecin et le malade ont été socialisés en tant que tel. Cette contradiction amène parfois le patient à imaginer le mensonge quand il n'y en a pas, la rétention d'information quand il n'y en a pas, à surinterpréter ou à mal interpréter les paroles du médecin. Ce sont les conséquences de cette méfiance.

S. H. : *Selon votre étude, le médecin mentrait davantage aux patients qui auraient un faible bagage culturel. Pourquoi ?*

Mes observations m'ont permis, en effet, de constater que l'on donne plus d'informations à des gens qui ont un bagage culturel plus élevé ou qui semblent l'avoir d'ailleurs. Car le plus souvent, les médecins se basent sur ce qu'ils supposent en voyant le patient. Il connaît seulement sa profession. Il va imaginer que ce patient est culturellement capable de comprendre l'information et en même temps de la recevoir. Donc de la supporter psychologiquement. Là, je crains qu'il y ait un raccourci assez symptomatique des relations médecin-malade. Comprendre intellectuellement l'information sur son état de santé, qui va lui être donné et être capable de la recevoir psychologiquement sont deux choses différentes. Cette pratique produit des différences dans le traitement de l'information et accentue des inégalités.

S. H. : *Que faudrait-il faire, selon vous, pour améliorer cette situation ?*

C'est une question difficile. Je crois qu'il faut prendre conscience de cet état de fait. Et c'est ce à quoi cette étude espère contribuer. Aujourd'hui, il y a une espèce de consensus où tout le monde dit, c'est fantastique, que le malade est parfaitement informé. D'ailleurs, il y a une loi pour cela (Ndlr : loi du 4 mars 2002). Mon rôle, en tant qu'anthropologue, étant d'aller voir la réalité des pratiques, je dois dire que cette loi ne suffit pas à décrire comment les choses se passent sur le terrain. J'ai transcrit un certain nombre de consultations où tous les malentendus émergent. Ces cas démontrent que le malade n'est pas si bien informé que l'on veut bien le suggérer dans les textes et quand celui-ci est bien informé, c'est la communication entre le médecin et le malade qui ne va pas. Prendre conscience de cet état de fait est donc une première condition nécessaire, mais elle n'est sûrement pas suffisante. Je pense qu'il faut intégrer cela dans la formation médicale.

Sur le plan législatif, il y a également des améliorations à apporter. Par exemple, il existe une législation qui assure

le secret médical. Cette même législation dit aussi que quand le pronostic vital est engagé, le médecin peut ne pas le dire au malade, mais à la famille. La loi précise aussi qu'il faut informer totalement le malade, mais il existe aussi un code de déontologie médicale qui précise que, dans certains cas, le médecin peut apprécier, en conscience, les situations dans lesquelles il ne va pas dire la vérité. On lui donne donc la possibilité de transgresser cette loi. Il y a bien quelques paradoxes.

S. H. : *À vous entendre, toute la difficulté pour le médecin réside dans ce « en conscience ».*

Exactement. En réalité, j'essaie de montrer dans cet ouvrage que dire ou ne pas dire la vérité au patient repose autant sur des mécanismes sociaux que sur des mécanismes psychologiques. Là où le médecin pense faire une analyse strictement psychologique de la situation – je sens que ce malade est capable de recevoir la vérité –, il y a les critères sociaux qui entrent en jeu. Sur l'usage de cette psychologie, un mot. Je dois dire que cette discipline est très bien vulgarisée dans le monde médical à la différence de l'anthropologie ou de la sociologie d'ailleurs. Mais il y a aussi une tendance à mobiliser l'usage de cette psychologie lorsque certains patients se montrent trop demandeurs d'informations. Il arrive que certains médecins « pathologisent », excusez ce terme, cette demande. Résultat : le médecin pense que ce malade ne saura pas entendre la vérité et... on va lui envoyer un psychologue.

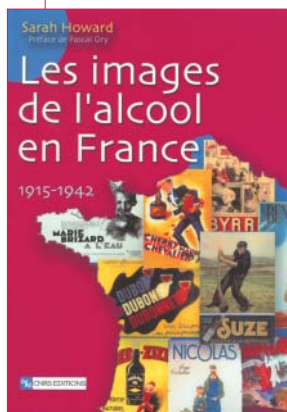
Propos recueillis par Denis Dangaix

► Références bibliographiques

- (1) Fainzang S. *La relation médecins-malades : information et mensonge*. Paris : Puf, coll. Ethnologies, 2006 : 15 p.
- (2) Ndlr : In *Morals and Medicine*. Princeton, NJ : Princeton University Press, 1979 : 264 p.

Les images de l'alcool en France 1915-1942

Sarah Howard



L'auteur, jeune historienne britannique, se propose dans cette étude d'examiner les transformations de la représentation de l'alcool en France entre l'interdiction de l'absinthe en 1915 et celle des apéritifs et de leur publicité en 1942. Elle analyse la manière dont certains concepts utilisés pour promouvoir ou prévenir la consommation d'alcool – la nocivité, le sport, le patriotisme, etc. – sont représentés, dépeints ou décrits par l'image, la parole ou l'imagination. C'est le rôle joué par l'alcool sur le plan social, politique et économique, dans une

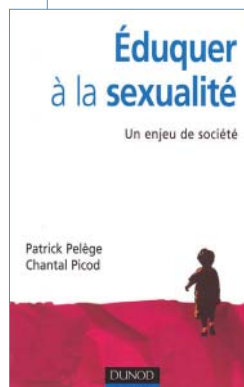
période où les Français se trouvent encouragés par les industriels et les publicitaires à boire davantage, qui est étudié au travers de cette histoire culturelle de l'alcool en France. L'iconographie en noir et blanc de l'ouvrage reproduit une trentaine d'affiches publicitaires.

Olivier Delmer

Paris : CNRS éditions, 2006, 256 pages, 24 €.

Éduquer à la sexualité : un enjeu de société

Patrick Pelège, Chantal Picod



Cet ouvrage, rédigé par un sociologue impliqué dans l'éducation à la sexualité et à la santé et par une éducatrice sexologue, ouvre la réflexion sur la construction de la sexualité dans le champ social, entrée privilégiée par l'institution scolaire pour les séquences d'éducation à la sexualité. Il propose successivement une perspective anthropologique de la sexualité, une approche sociologique explorant question familiale et dimensions publiques de la sexualité. Il aborde la construction sociale de l'homophobie et du sexisme. La place des images et des représentations médiatiques des corps dans l'éducation à la sexualité est discutée. Un schéma théorique et des pistes de réflexion sur le développement biologique et psychosexuel des enfants et des adolescents sont proposés. Les auteurs précisent enfin les enjeux de l'éducation à la sexualité d'un point de vue éthique et dans une perspective de promotion de la santé.

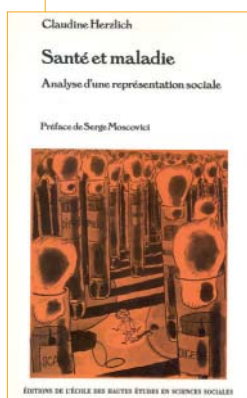
Un schéma théorique et des pistes de réflexion sur le développement biologique et psychosexuel des enfants et des adolescents sont proposés. Les auteurs précisent enfin les enjeux de l'éducation à la sexualité d'un point de vue éthique et dans une perspective de promotion de la santé.

O. D.

Paris : Dunod, 2006, 262 pages, 25 €.

Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale

Claudine Herzlich



Cet ouvrage de Claudine Herzlich sur l'analyse des représentations sociales de la santé et de la maladie a été publié une première fois en 1969, édité avec une préface de Serge Moscovici. L'auteur avait mené à l'origine une centaine d'entretiens individuels avec, entre autres objectifs, celui de faire entendre le discours autonome des malades. L'auteur y décrit différentes conceptions de la maladie et les conduites des patients face à ces pathologies. Il souligne le basculement en trente-cinq ans d'une parole légitime relativement unique des médecins à une parole davantage partagée, dans laquelle le patient a sa place.

Y.G.

Paris : École des hautes études en sciences sociales, 2005, 222 pages, 21 €.

L'état de santé de la population en France en 2006.

Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique

Drees



La nouvelle loi de santé publique s'était fixé cent objectifs à atteindre. Où en sommes-nous ? La Drees publie, en association avec les ministères de la Santé, de l'Emploi et de nombreux autres organismes, un état des lieux de la situation de la santé publique en France : surpoids, accidents routiers, exposition au plomb, accès aux soins, mortalité périnatale, etc. Pour chaque objectif, un indicateur est présenté afin d'identifier les progrès éventuellement accomplis. Ce rapport de synthèse est le premier permettant d'assurer un suivi des objectifs tels que fixés dans la loi de santé publique du 9 août 2004.

Y.G.

Paris : Drees, 2006, rapport, 212 pages.

<http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2006.htm>

4^{ème} Université d'été francophone en santé publique Besançon France du 1^{er} au 6 juillet 2007

L'Université d'été francophone en santé publique est de nouveau au rendez-vous en 2007. Elle est organisée par la Faculté de médecine et de pharmacie de Besançon et l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) de Franche-Comté avec leurs partenaires. Elle se déroulera à Besançon du 1^{er} au 6 juillet 2007.

Cette formation est ouverte à toutes les personnes concernées par les questions actuelles de santé publique et elle est basée sur la diversité des savoirs et des expériences de chacun.

L'Université d'été est organisée autour de 12 modules de formation destinés prioritairement à des professionnels en activité et des élus ou des usagers œuvrant au sein d'institutions ou d'associations des champs sanitaires, sociaux ou éducatifs.

Durant la semaine, chaque participant suivra un des 12 modules qu'il aura choisi parmi plusieurs grands thèmes de santé publique, comme par exemple "Politiques de santé : du national au local... ou inversement ?" ; "Education pour la santé" ; "Education thérapeutique" ; "Evaluation des interventions en santé" ; "Dépistages et santé publique" ; "Cancers et santé publique" ; "Santé des personnes âgées" ; "Activité physique et promotion de la santé"...

Demande de renseignements et inscription :

- Site internet : <http://www.urcam.org/univete/index.htm>
- Adresse courriel : sboichat@univ-fcomte.fr
- Téléphone : 03 81 66 55 75
- Adresse postale : Solène Boichat

Université d'été francophone en santé publique

Faculté de médecine et de pharmacie
Place Saint-Jacques, 25030 Besançon cedex



Université d'été francophone
en santé publique



Une semaine de formation et d'échanges
modules d'enseignement
forums
débat
conférences

