

numéro 398

LA Santé

de l'homme

Novembre-Décembre 2008 - 6 €



Jeunes et alcool : quelle prévention ?

Environnement et santé :

les risques perçus par la population

Soutien à la parentalité :

programme pilote en Ile-de-France

La qualité des pratiques

en éducation du patient

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>

Directrice de la publication :
Thanh Le Luong

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**
<dired@inpes.sante.fr>
La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux** et
Nathalie Houzelle
<sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>
Débats : **Éric Le Grand**
<ericlegrand35@orange.fr>
Aide à l'action : **Florence Rostan** <florence.rostan@inpes.sante.fr>
La santé en chiffres/enquête : **Christophe Léon**
<christophe.leon@inpes.sante.fr>
International : **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 : Centre de documentation
<doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION :

Élodie Aïna (INPES), **Jean-Christophe Azorin** (Épidaure, CRLC, Centre de ressources prévention santé), **Dr Bernard Basset** (INPES), **Soraya Berichi** (ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Mohammed Boussouar** (Codes de la Loire), **Dr Michel Dépinoy** (InVS), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Annick Fayard** (INPES), **Christine Ferron** (Cres de Bretagne), **Laurence Fond-Harmant** (CRP-Santé, Luxembourg), **Jacques Fortin** (professeur), **Christel Fouache** (Codes de la Mayenne), **Sylvie Giraudo** (Fédération nationale de la Mutualité française), **Joëlle Kivits** (SFSP), **Laurence Kotobi** (MCU-Université Bordeaux-3), **Éric Le Grand** (conseiller), **Claire Méheust** (INPES), **Colette Ménard** (INPES), **Félicia Narboni** (ministère de l'Éducation nationale), **Dr Stéphane Tessier** (Regards).

Fondateur : **Pr Pierre Delore**

FABRICATION

Création graphique : **Frédéric Vion**
Impression : **Mame Imprimeurs** – Tours
ADMINISTRATION

Département logistique (Gestion des abonnements) : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)
Commission paritaire :
0508 B 06495 – N° ISSN : 0151 1998.
Dépôt légal : 4^e trimestre 2008.
Tirage : 6 000 exemplaires.



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 €

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) :

- Les ancrages théoriques de l'éducation pour la santé, n° 377.
- La santé à l'école, n° 380.
- Mieux prévenir les chutes chez les personnes âgées, n° 381.
- Démarche participative et santé, n° 382.
- La promotion de la santé à l'épreuve des territoires, n° 383.
- Promotion de la santé des jeunes, n° 384.
- Ruralité et santé, n° 385.
- Prévenir les consommations à risque chez les jeunes, n° 386.
- La santé... par l'activité physique !, n° 387.

Je souhaite m'abonner pour :

- 1 an (6 numéros)
- 2 ans (12 numéros)
- Étudiants 1 an (6 numéros)
Joindre copie R^e/V^e de la carte d'étudiant
- Autres pays et outre-mer 1 an (6 numéros)

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 398

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

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

► La santé en chiffres

Santé et environnement : comment les Français perçoivent les risques
Christophe Léon, Colette Ménard 4

► Aide à l'action

Ile-de-France : un programme de soutien à la parentalité
Thomas Saïas, Anne Legge, Alice Thomas
et le groupe de recherche CAPEDP 6

Former le personnel des écoles maternelles à l'équilibre alimentaire
Jean-Christophe Azorin, Delphine Le Gonidec,
Latifa Ouldboukhitine, Laurent Vauclare,
Dominique Foulquier-Gazagnes 8

Dossier

Jeunes et alcool : quelle prévention ?

Introduction
Juliette Guillemont, Alain Rigaud, Hélène David . . . 9

Alcool et jeunes : l'état des connaissances

La consommation d'alcool des jeunes : ce que nous apprennent les enquêtes
Juliette Guillemont, François Beck 10

Les jeunes et l'alcool
Alain Rigaud 13

« Il est très important de travailler sur la représentation du risque »
Entretien avec Claudine Perez-Diaz 16

Sorties festives, conduites d'excès, culture de la jeunesse
Véronique Nahoum-Grappe 18

Producteurs d'alcool : un marketing sur mesure pour séduire les jeunes
Karine Gallopel-Morvan 20

Alcool et jeunes : les grands principes de toute intervention de prévention
Hélène David 22

Les parents, premiers acteurs de la prévention
Philippe Jeammet 25

« Repérer quand la consommation devient problématique »
Entretien avec Philippe Castera 26

Prévention : focus sur cinq actions

La Roche-sur-Yon : prévention en amont à l'échelle d'une commune
Philippe Zongo 28

« Los Angels de la Nuèch » : une équipe de prévention nocturne de Montpellier
Julie Bouchard 29

Changer les représentations que les jeunes ont de l'alcool
Muriel Bousquet, Hélène Sancho-Garnier 30

« La cuite, c'est pas automatique »
Catherine Jouaux 32

Devant une discothèque : « Vas-y, souffle ! »
René Fortes 33

Ailleurs : quelles politiques de prévention ?

Les jeunes Européens et l'alcool
Michel Craplet 34

Binge drinking chez les jeunes Européens : les programmes allemands et néerlandais de prévention
Olivier Phan 36

L'organisation des services en alcoolisme et toxicomanie auprès des jeunes du Québec
Joël Tremblay, Natacha Brunelle, Michel Landry . . . 39

Pour en savoir plus
Sandra Kerzanet 41

► Éducation du patient

En quoi nos pratiques en éducation pour la santé sont-elles utiles à l'éducation du patient ?
Florence Chauvin 44

► Lectures-Outils

Olivier Delmer, Sandra Kerzanet, Céline Deroche . . . 48



Illustrations : Véronique Joffre

► Index 2008
Encart central

Santé et environnement : comment les Français perçoivent les risques

Les Français s'estiment plutôt bien informés sur les risques sanitaires liés à l'environnements mais ils ne sont pas pour autant satisfaits de l'information dont ils disposent, selon la première enquête « Baromètre santé environnement » publiée en juillet 2008 par l'INPES. L'amiante est classée comme le risque environnemental le plus élevé et le cancer comme la première crainte de maladie liée à l'environnement.

Si les facteurs de vulnérabilité sont différents d'un individu à l'autre, il est aujourd'hui admis que de nombreux facteurs environnementaux tels que la pollution des sols, la qualité de l'air, la qualité des eaux distribuées ou le niveau de bruit peuvent avoir un rôle dans la survenue de pathologies telles que les cancers, les maladies cardio-vasculaires, l'asthme, les allergies ou les troubles neurologiques.

La prise en compte de ces facteurs environnementaux sur la santé suscite des attentes de plus en plus fortes de la population et s'impose comme une préoccupation majeure des pouvoirs publics. Dans le cadre du Plan national santé environnement (PNSE) 2004-2008, l'INPES a lancé, en 2007, une enquête sur les connaissances, les attitudes, les opinions et les comportements des Français de 18 à 75 ans face aux risques environnementaux et leurs conséquences sur la santé. L'objectif de cette enquête est de prendre en compte les perceptions sociales des risques sanitaires liés à l'environnement et la place qu'ils occupent parmi la population et dans le débat public.

L'enquête s'est déroulée du 22 janvier au 21 mai 2007 par des entretiens téléphoniques : 6 007 individus, âgés de 18 à 75 ans, ont répondu à un questionnaire centré sur leur cadre de vie et leur habitat. Les thèmes abordés sont : la pollution des sols, la pollution atmosphérique, la pollution de l'air intérieur (dans le logement), les risques liés au monoxyde de carbone ou au radon¹, la perception des risques liés à l'eau (du robinet ou de baignade), aux légionelles, au bruit ainsi que la problématique de la téléphonie mobile.

Un fort intérêt de la population

Sur une échelle allant de 1 à 10, 21 % de la population se déclarent particulièrement sensibles à l'environnement (note de 9 à 10), 51,1 % expriment une sensibilité entre 7 et 8 points et 7,9 % situent leur sensibilité en dessous de 7 points ; la note moyenne de sensibilité à l'environnement est 7,3. Même s'il est difficile de traduire précisément cette quantification, ces notes élevées sont le signe d'un intérêt affiché de la population à l'égard de l'environnement.

En réponse à la question « *Quand on parle d'environnement, à quoi pensez-vous en premier lieu ?* », les deux premières évocations privilégiées par les enquêtés sont : « *L'état de l'environnement dont nos enfants vont hériter* » et « *la protection de la nature* » (48,4 % et 42,6 %) (Figure 1).

Des Français plutôt bien informés

Dans l'ensemble, les personnes interrogées s'estiment « *plutôt bien* » informées des effets sur la santé des facteurs environnementaux, à savoir : la qualité de l'eau du robinet (pour 71,3 % d'entre elles), la pollution de l'air extérieur (69,5 %), le bruit (66,1 %), le monoxyde de carbone (65,1 %), et dans une moindre mesure les risques liés à l'usage des téléphones portables (60,7 %).

Le sentiment d'information diminue dès lors qu'il s'agit de la légionellose (57,5 %), des risques liés à certaines peintures au plomb (54,7 %), des conséquences de la pollution de l'air intérieur (48,3 %) ou de la pollution des sols (44,4 %).

Un thème se distingue très nettement des autres : 61,9 % des enquêtés n'ont jamais entendu parler du radon dans les habitations. Ce pourcentage est ramené à 49,1 % pour les habitants des trente

Figure 1. Comment les Français se représentent l'environnement : principaux thèmes mis en avant (en pourcentage, deux réponses possibles)

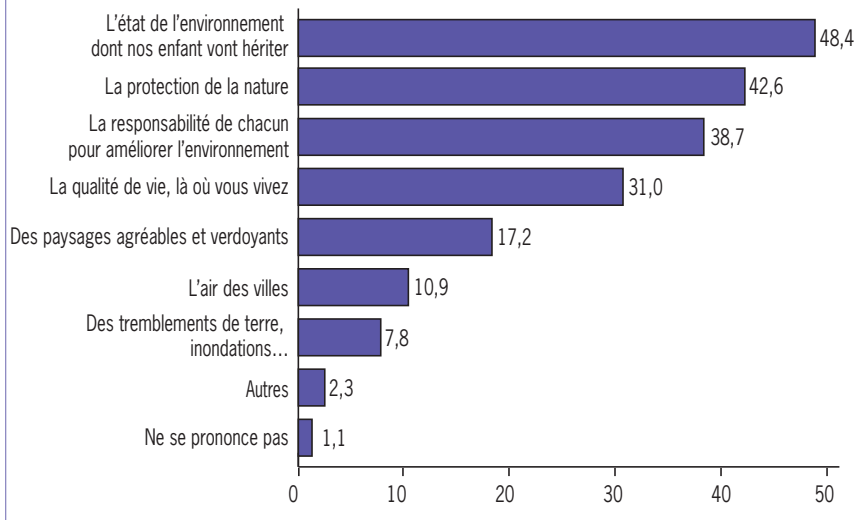
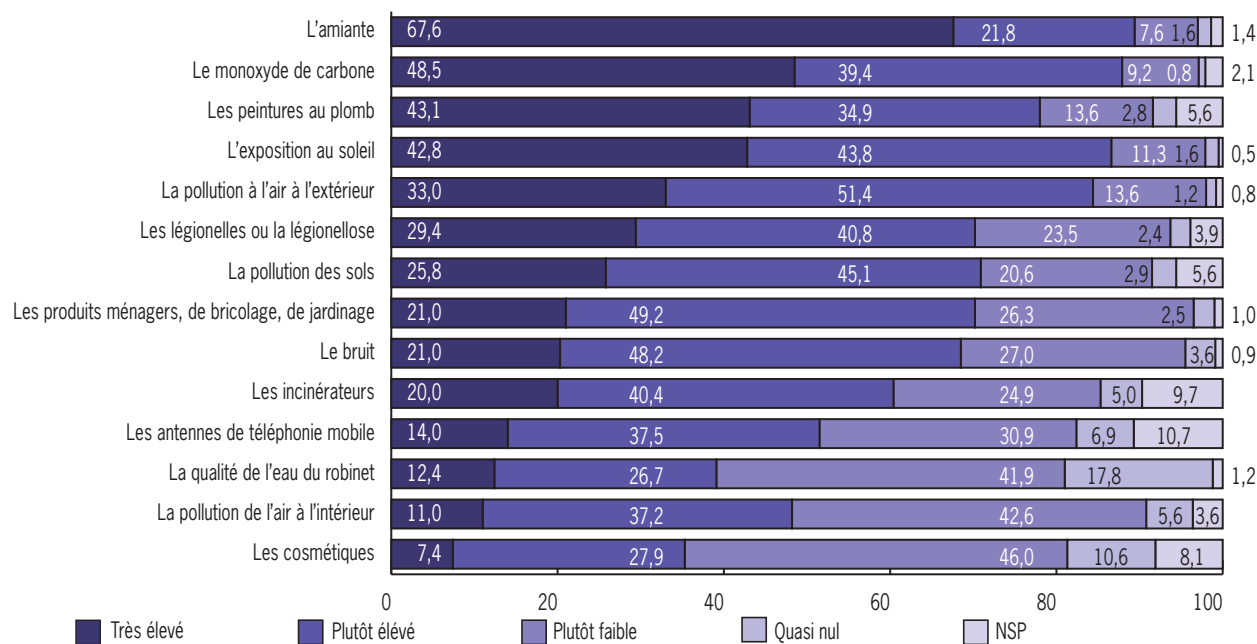


Figure 2. Perception des risques environnementaux pour la santé (en pourcentage)



et un départements² classés prioritaires dans la gestion de ce risque sanitaire. Au bilan, si l'on exclut la thématique radon, sept personnes sur dix (67,2 %) ont entendu parler de tous les sujets, mais 6,0 % « n'ont jamais entendu parler » d'au moins le tiers des sujets évoqués.

Bien que les Français se disent plutôt bien informés sur les risques sanitaires liés à l'environnement, ils ne sont pas pour autant satisfaits de l'information dont ils disposent. En effet, plus d'une personne sur deux (51,4 %) se déclare insatisfaite de l'information reçue. Si 60,4 % des insatisfaits jugent l'information insuffisante, 20 % considèrent avant tout qu'elle est mal expliquée et 17,7 % qu'elle n'est pas fiable.

La population se déclare plutôt confiante à l'égard de l'expertise scientifique. L'amiante et la pollution de l'air extérieur sont les thèmes qui suscitent la plus grande confiance (73 % et 72,3 %). En revanche, concernant le thème de la téléphonie mobile, 49,5 % des personnes interrogées déclarent ne pas avoir confiance dans l'expertise scientifique (dont 15,6 % se disant « pas du tout » confiants).

Risques perçus et effets éventuels sur la santé

Parmi une liste de quatorze facteurs environnementaux, l'amiante est de

loin celui qui est considéré comme le plus à risques : 67,7 % estiment qu'il présente « un risque très élevé » pour la santé des Français. Viennent ensuite le monoxyde de carbone (48,5 %), les peintures au plomb (43,1 %) et l'exposition solaire (42,8 %). L'importance des risques liés à la pollution des sols, aux légionelles, à l'utilisation des produits ménagers, de bricolage, de jardinage ou au bruit est, quant à elle, partagée par sept enquêtés sur dix (Figure 2).

La pollution à l'intérieur des habitations divise l'opinion : 48,2 % lui confèrent des risques « plutôt » ou « très » élevés, et 48,2 % des risques « plutôt faibles » ou « quasi nuls ». Les risques liés à la téléphonie mobile partagent également les personnes interrogées : 51,5 % pensent que les risques sont « plutôt » ou « très » élevés, 37,8 % qu'ils sont « plutôt faibles », et nombreux sont ceux ne se prononçant pas (10,7 %) (Figure 2).

Cancer : première crainte de maladie liée à l'environnement

Interrogées sur leurs craintes d'être affectées personnellement par une maladie liée à l'environnement au cours de leur vie, plus de quatre personnes sur dix (43,6 %) estiment courir un risque « plutôt élevé » de développer un cancer, un tiers d'entre elles (34,9 %) évoque la probabilité de troubles tels

que l'anxiété, le stress ou les troubles du sommeil.

De même, 31,4 % déclarent penser courir un risque élevé de contracter de l'asthme ou des allergies respiratoires, et près d'une personne sur trois craint d'être affectée par une maladie cardiaque (29 %) ou une nouvelle épidémie (28,7 %). Près d'une personne sur cinq (19,9 %) considère avoir un risque élevé d'être victime d'une maladie professionnelle.

Christophe Léon

Statisticien, chargé d'études et de recherche,

Colette Menard

Psychosociologue, expert en promotion de la santé, direction des Affaires scientifiques, INPES

1. Gaz radioactif d'origine naturelle retrouvé sur l'ensemble de la surface terrestre.

2. Allier, Ardèche, Ariège, Aveyron, Calvados, Cantal, Corrèze, Corse-du-Sud, Côtes-d'Armor, Creuse, Deux-Sèvres, Doubs, Finistère, Haute-Corse, Haute-Loire, Haute-Marne, Haute-Saône, Haute-Vienne, Hautes-Alpes, Hautes-Pyrénées, Indre, Loire, Lozère, Morbihan, Nièvre, Puy-de-Dôme, Rhône, Saône-et-Loire, Savoie, Territoire de Belfort, Vosges.

Menard C., Girard D., Léon C., Beck F (sous la dir.). *Baromètre santé environnement 2007*. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2007 : 410 p.

Ile-de-France : un programme de soutien à la parentalité

Depuis 2006, dans le cadre du programme expérimental CAPEDP, des professionnels rendent visite régulièrement à de jeunes mères en situation de vulnérabilité psychosociale. L'objectif est de soutenir la parentalité, pour promouvoir la santé mentale de l'enfant. Deux cent vingt familles sont concernées par ce dispositif.

Depuis 2006, se déroule en Ile-de-France le programme CAPEDP (« Cape et d'épée »)¹. Il s'agit d'une recherche-action de promotion de la santé mentale de la petite enfance, réalisée par le secteur de pédopsychiatrie de l'hôpital Bichat et le laboratoire de recherche de l'Établissement public de santé Maison-Blanche. Le programme est financé par l'INPES et le Protocole hospitalier de recherche clinique. Il vise à évaluer l'effet d'une intervention préventive, destinée à de jeunes parents en situation de vulnérabilité psychosociale.

Les théories développementales reconnaissent que l'environnement social et familial a des effets à long terme sur le fonctionnement psychologique des individus (1-4). Le développement de relations précoces de qualité permet à l'enfant d'explorer son environnement en sécurité, et contribue à la mise en place d'un large éventail de compétences psychosociales. Par ailleurs, les nourrissons sont particulièrement sensibles aux contextes précaires, générant d'importants stress dans les familles ; la souffrance psychologique des parents (notamment la dépression) et les contextes sociaux à vulnérabilités multiples peuvent ainsi avoir un impact délétère sur leur développement (5, 6).

Des programmes d'intervention destinés aux populations défavorisées se sont développés en Amérique du Nord, puis dans d'autres régions du monde depuis les années 1960-1970 (7). En France, il existe, depuis 1945, un système de prévention « universelle », via la Protection maternelle et infantile (PMI), proposant des services à l'ensemble des femmes enceintes. Cependant, si ce sys-

tème de PMI a montré des effets de santé publique majeurs (notamment par la réduction de la mortalité infantile de 80 % en cinquante ans), il est aujourd'hui limité en moyens pour accomplir ses missions de prévention en santé mentale et notamment pour soutenir le développement de la parentalité chez les familles en situation de vulnérabilité psychosociale.

Visites à domicile

L'objet du programme CAPEDP – en s'appuyant sur les expériences d'autres contextes culturels ayant montré leur efficacité – est de renforcer le système de prévention français, en mettant en place un programme de visites à domicile dont l'objet est d'agir pour la promotion de la santé mentale et de la parentalité chez de jeunes mères attendant leur premier enfant. Autre objectif du programme : évaluer l'effet d'une intervention préventive précoce.

Dans ce cadre, les familles sont recrutées en maternité dès le 6^e mois de grossesse. L'intervention des professionnels (*voir ci-après*) commence lors du 7^e mois et se poursuit jusqu'aux 2 ans de l'enfant. Deux cent vingt familles sont ainsi recrutées dans neuf maternités de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris². Elles seront comparées avec un groupe identique de deux cent vingt familles qui bénéficient des services habituels (maternité, PMI, pédiatre, etc.). La comparaison des groupes est réalisée sur la base d'un protocole d'évaluation ciblant les critères suivants : dépression pré et post-natale ; sentiment de compétence parentale ; stress parental ; développement psychologique et psychomoteur de l'enfant ; attachement de l'enfant ; insertion sociale et médico-sociale.

Pour participer au projet, les jeunes femmes rencontrées en maternité doivent répondre aux critères suivants : avoir moins de 26 ans ; attendre leur premier enfant ; parler suffisamment le français pour donner un consentement éclairé. Elles doivent par ailleurs être concernées par au moins un critère de vulnérabilité psychosociale parmi les trois suivants : se déclarer socialement isolée ; bénéficier de la Couverture maladie universelle (CMU) ou de l'Aide médicale de l'État (AME) ; avoir un niveau d'études inférieur au baccalauréat.

Si aucun de ces critères ne constitue en soi un déterminant de la santé mentale³, on sait désormais que l'accumulation de « facteurs de risque » engendre des vulnérabilités. En d'autres termes, il est plus facile d'élever un enfant lorsqu'on est en bonne santé, entourée et que l'on peut subvenir à ses besoins.

Première visite au 7^e mois de grossesse

Pour l'ensemble des familles participant à l'étude, le premier contact est réalisé par une psychologue évaluatrice⁴. Pour les familles bénéficiant de l'intervention, une autre psychologue – formée spécifiquement aux interventions préventives à domicile – prend ensuite contact avec elles en vue de commencer le suivi dès le 7^e mois de grossesse. Les visites ont lieu environ deux fois par mois, leur fréquence diminuant à partir du 12^e mois de l'enfant, en vue de promouvoir l'autonomie des familles.

L'intervention est adaptée à chaque famille. Un manuel de base a été élaboré⁵, pour garantir l'homogénéité des

thématiques abordées : santé de la mère et du bébé (développement psychomoteur, sommeil, alimentation), compétences parentales (aider les parents à reconnaître les signaux du bébé), relation mère-enfant (encourager les interactions entre la mère et son bébé), identification des besoins de l'enfant (par exemple, comprendre les pleurs du nourrisson), appui sur l'environnement social (encourager les mères à s'adresser à la PMI pour être guidées dans les soins à apporter à leur enfant). Cette intervention comporte deux spécificités : l'anticipation de la demande et l'intervention à domicile.

• *Anticipation de la demande* : CAPEDP est une intervention préventive ; la question éthique sous-jacente est donc celle de l'opportunité d'une telle intervention auprès de familles qui n'ont pas formulé de besoins spécifiques. Deux réponses sont proposées : – la première est fournie par les données scientifiques suggérant que ce sont les personnes les plus en demande de soutien qui en bénéficient le moins (8), notamment par leur difficulté (matérielle ou psychologique) à accéder aux services de droit commun. L'intervention préventive à domicile est aujourd'hui reconnue comme le modèle le plus efficace pour répondre à ces besoins ;

– la seconde concerne le choix des modèles d'intervention. CAPEDP repose sur le modèle de la promotion de la santé et non sur un modèle psychopathologique : développer des compétences, et non soigner. Notre expérience montre ainsi que les familles ont pu investir le projet à différents niveaux : sentiment d'aider en participant à un projet de recherche, utilité de la présence d'une intervenante pour répondre ponctuellement aux difficultés du quotidien, utilité de la présence plus régulière d'une intervenante, dans les situations les plus difficiles. Le risque était de générer une forme de « pathologisation » des familles, lequel a pu être contourné par le choix de modèles non médicaux de l'intervention et par une supervision hebdomadaire des intervenantes, réalisée par des professionnels « seniors » de la petite enfance.

• *Intervention au domicile* : la culture de l'intervention en santé mentale, en France, ne met pas l'accent sur les stra-

tégies prenant place dans le milieu de vie des familles. Et plus particulièrement lorsqu'il s'agit d'actions de prévention. L'intervention dans l'environnement de vie permet aux intervenantes de s'appuyer sur les ressources disponibles et de proposer des solutions adaptées en fonction d'un contexte qu'elles peuvent appréhender directement. Ce type d'intervention questionne le cadre traditionnel de l'intervention psychologique et permet de générer une réflexion sur le rôle et la place des professionnels de santé mentale.

Premier bilan

Les interventions ont commencé en décembre 2006 et la fin des suivis est prévue pour mai 2011. Les premiers retours qualitatifs des familles⁶ sont positifs, chacune des mères concernées s'étant saisie de l'intervention selon ses besoins. Cependant, on constate que certaines d'entre elles – généralement les plus en situation de précarité – demeurent difficiles à joindre, rendant plus difficile la poursuite de l'intervention (laquelle est maintenue autant que possible). Les intervenants œuvrent alors pour restaurer la confiance de ces familles envers les professionnels de la périnatalité et de la petite enfance et leur permettre de formaliser, le cas échéant, leurs besoins.

Les premières données seront disponibles courant 2010. CAPEDP offrira alors des perspectives sur le système préventif en santé mentale, ainsi que sur la possibilité de développer des for-

mations spécifiques sur le métier d'intervenant dans les projets de prévention précoce et de promotion de la santé mentale.

Thomas Saïas

Psychologue, chargé de recherche en santé mentale communautaire, chef de projet CAPEDP, Établissement public de santé Maison-Blanche, Paris.

Anne Legge et Alice Thomas

Psychologues à domicile, projet CAPEDP, hôpital Bichat-Claude-Bernard, Paris.

et le groupe de recherche CAPEDP

(^{Pr} Antoine Guédeney,

^D Florence Tubach, Tim Greacen,

^D Romain Dugravier, Estelle Marcault,

Susana Tereno, Amel Bouchouchi,

Cécile Glaude, Audrey Hauchecorne,

Gaëlle Hoisnard, Virginie Hok,

Céline Ménard, Marion Millieux,

Éléonore Pintaux, Élodie Simon-Vernier,

Joan Tissier, Alexandra Vargas).

1. *Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance : Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience.*

2. *Les maternités des hôpitaux de l'AP-HP : Louis-Mourier, Beaujon, Bichat-Claude-Bernard, Lariboisière, Robert-Debré, Saint-Antoine, Pitié-Salpêtrière, Trousseau, Jean-Rostand.*

3. *Nous réfutons ici l'idée d'une causalité entre des caractéristiques sociodémographiques et des critères de santé mentale.*

4. *Ces psychologues sont chargées d'initier le premier lien de la recherche avec ces familles. Elles se rendent au domicile lors de ce premier rendez-vous, puis, après la naissance, aux 3^e, 6^e, 12^e, 18^e et 24^e mois de l'enfant pour réaliser des visites d'observation permettant d'évaluer l'efficacité de l'intervention.*

5. *Adaptation française par l'équipe CAPEDP du manuel d'intervention précoce de l'équipe de M. Graham, à Tallahassee (États-Unis).*

6. *Les familles sont questionnées tous les trois mois sur leur satisfaction par rapport à l'intervention, par un autoquestionnaire anonyme qu'elles renvoient par courrier au chef de projet.*

► Références bibliographiques

(1) Bronfenbrenner U. *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979: 348 p.

(2) Bronfenbrenner U. *Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives*. *Developmental Psychology* 1986; 22(6): 723-42.

(3) Bowlby J. *Attachment and loss*. (vol. 3: *Los: Sadness and depression*). New York: Basic Books, 1980: 427 p.

(4) Brazelton T., Cramer B. *The first relationship*. New York: Addison Wesley, 1990.

(5) Weinberg M., Tronick E. *The impact of maternal psychiatric illness on infant development*. *Journal of Clinical Psychiatry* 1998; 59 (suppl. 2) : 53-61.

(6) *Young children develop in an environment of relationships*. Waltham MA (Brandeis University): National Scientific Council on the Developing Child, 2004.

(7) Olds D. *The nurse-family partnership: an evidence-based preventive intervention*. *Infant Mental Health Journal* 2006; 27(1): 5-25.

(8) Hart J. *The Inverse Care Law*. *The Lancet* 1971; 1(7696): 405-12.

Former le personnel des écoles maternelles à l'équilibre alimentaire

À Montpellier, les agents spécialisés des écoles maternelles bénéficient de sessions d'information sur la prévention de l'obésité infantile dans le cadre du « bien manger » à l'école. L'objet est de diffuser une culture d'éducation pour la santé. Les agents apprécient ces sessions et soulignent que leur travail devrait être davantage reconnu dans les établissements scolaires.

En milieu scolaire, les agents spécialisés des écoles maternelles (Atsem) sont des personnels clés dans la mise en œuvre d'une politique concertée de promotion de la santé. Agents de liaison entre l'école et la famille, ils jouent un rôle déterminant auprès de l'écopier, de l'élève, du convive du restaurant scolaire. Tout au long de la journée de l'enfant, ils interagissent avec les diverses composantes du milieu scolaire sur de multiples temps, espaces, enjeux éducatifs. Agents à la double fonction, fonctionnaires territoriaux dépendant d'une municipalité mais mis à disposition de l'Éducation nationale pour une partie de leur mission dans une école sous la responsabilité du directeur, ils créent du lien entre l'école et la collectivité locale.

Dans le cadre d'un programme partenarial d'éducation à la santé en milieu scolaire sur le thème général de la prévention de l'obésité infantile, la ville de Montpellier, Épidaure (département de prévention du centre régional de lutte contre le cancer), l'inspection académique et le conseil général de l'Hérault ont initié à l'intention de ces personnels des sessions d'« in-form-action » spécifiques afin de mieux les impliquer dans ce projet.

Connaissances et échanges

Chaque session réunit une trentaine d'agents d'un secteur scolaire et se déroule en deux temps sur une matinée. Les partenaires porteurs du projet se répartissent les interventions en fonction de leurs compétences légitimes. Premier temps : apport de connaissances.

– alimentation et santé : définition, causes et chiffres de l'obésité infantile, par le médecin de PMI conseil général ;
– équilibre alimentaire, restauration collective par la diététicienne de la Ville. Second temps : table ronde. Échanges sur la question de la place de l'aliment à l'école. Réflexion sur les pratiques professionnelles des agents. Quelles compétences à développer ? Animation par un enseignant spécialisé.

À la fin de chaque session, un questionnaire est distribué aux participants afin de :

– mesurer leur indice de satisfaction sur le contenu et le déroulement de la matinée ;
– recueillir leurs remarques et propositions concernant leur métier et identité professionnelle.

Cent neuf agents formés en 2008

Deux campagnes de sensibilisation ont été organisées concernant quarante-quatre agents lors de trois sessions en 2004, et cent neuf agents lors de quatre sessions en 2008. Les agents ont trouvé un intérêt aux informations apportées lors de ces formations et ont apprécié l'interactivité avec l'équipe de formateurs et les échanges avec leurs pairs.

Suite à ces formations, ils déclarent avoir développé des compétences qu'ils aimeraient que les parents et les enseignants puissent leur reconnaître et partager avec eux avec une prise de conscience de leur place et de leur rôle dans l'équipe éducative. Ils ont le sen-

timent d'avoir été écoutés et d'avoir pu s'exprimer sur leurs pratiques, et ils ont trouvé une utilité professionnelle à ces rencontres.

Valoriser leur rôle

Les Atsem sont, depuis 2000, recrutés par concours sur titres avec épreuves ; ils demeurent cependant encore trop souvent prisonniers de représentations anciennes de la part du public et souffrent d'un manque de reconnaissance de leur métier au sein même parfois de l'équipe éducative. Cependant, entre les sessions de 2004 et celles de 2008, on constate un glissement de l'expression de leurs revendications évoluant de la plainte vers la proposition constructive.

Au-delà des résultats obtenus auprès des personnels visés, cette aventure collective a permis de développer chez les trois co-porteurs du projet, issus de corps différents – deux collectivités locales, une institution nationale et un centre de soins –, une culture commune et une « connivence » positive.

Jean-Christophe Azorin

Enseignant, Épidaure CRLC,

Centre Ressources promotion santé de l'Inspection académique de l'Hérault.

Delphine Le Gonidec

Diététicienne,

Latifa Ouldboukhitine

Réussite Scolaire Ville de Montpellier,

Dr Laurent Vaclare

Dr Dominique Foulquier-Gazagnes

PMI conseil général de l'Hérault.

Jeunes et alcool : quelle prévention ?

La consommation excessive d'alcool chez les jeunes est de plus en plus souvent au cœur de l'actualité médiatique. Aux faits divers relatant les accidents liés à cette consommation répondent certains chiffres qui inquiètent : ainsi, entre 2004 et 2007, les hospitalisations pour ivresse chez les adolescents et les moins de 24 ans ont augmenté de 50 %. Plusieurs mesures figurant dans le projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires » – interdiction de la vente d'alcool aux mineurs, interdiction des *open bars* (vente d'alcool au forfait), etc. – font écho à cette préoccupation et attestent de la nécessité d'endiguer cette évolution.

Alors que l'attention est concentrée sur le phénomène spectaculaire du *binge drinking*, cette partie émergée de l'iceberg ne doit pas occulter la diversité des modes d'alcoolisation des jeunes. De plus, si ce terme est apparu assez récemment dans les colonnes des journaux, le rapport de l'homme à l'alcool et à l'ivresse lors du passage de l'enfance à l'âge adulte est, au contraire, une histoire ancienne. La recherche d'expériences nouvelles et fortes à tendance ordalique est constitutive de l'adolescence ; et l'alcool, produit omniprésent dans notre société, fait naturellement partie des champs d'expérimentation des jeunes. Les ivresses dites initiatiques et festives ne sont pas pour autant dénuées de risques, surtout lorsque l'alcoolisation est rapide et massive, et, par ailleurs, certains jeunes développent

une relation réellement problématique à l'alcool.

Enfin, s'il est naturel et parfaitement justifié de porter une attention particulière aux jeunes – l'ivresse peut être fatale, et les jeunes représentent « l'avenir de la société », selon l'expression consacrée –, un double écueil est à éviter. D'une part, l'arbre ne doit pas masquer la forêt : n'oublions pas que les principales victimes des dommages liés à l'alcool restent les buveurs réguliers excessifs d'âge moyen à avancé, qui subissent les effets à long terme du produit. D'autre part, cette préoccupation vis-à-vis des jeunes ne doit pas se muer en une stigmatisation de leurs comportements.

Quelle est la diversité des consommations d'alcool chez les jeunes ? Comment prévenir et prendre en charge les alcoolisations à risque et/ou problématiques ? Pour approfondir ces questions, le dossier s'articule autour de trois axes. Il s'agit dans un premier temps de dresser un état des lieux de la consommation d'alcool chez les jeunes dans notre pays. La deuxième partie propose des pistes pour l'action, à travers des apports théoriques et des exemples concrets. Enfin, la dernière partie du dossier vise à élargir la réflexion en présentant des expériences d'Europe et d'ailleurs.

**Juliette Guillemont,
Alain Rigaud
et Hélène David.**

Dossier coordonné par **Hélène David**, directrice d'Emergence (centre d'addictologie de l'Institut mutualiste Montsouris), Paris, le docteur **Alain Rigaud**, psychiatre des hôpitaux, addictologue, chef de service Intersecteur d'alcoologie (EPSM Marne), président de l'Anpaa et **Juliette Guillemont**, chargée d'études, coordinatrice du programme Alcool à l'INPES.

La consommation d'alcool des jeunes : ce que nous apprennent les enquêtes

Où en sont les jeunes Français dans leur consommation d'alcool ? Si l'on observe une baisse de la fréquence moyenne de la consommation, on constate une hausse des ivresses à 15 et à 17 ans. La sociabilité et le contexte socio-éco-familial influencent les comportements d'alcoolisation. Présentation des résultats des enquêtes les plus récentes.

Plusieurs enquêtes permettent de décrire la consommation d'alcool chez les jeunes de façon quantitative. Les résultats présentés ici sont issus de trois enquêtes :

- le Baromètre santé, enquête quinquennale réalisée par l'INPES et menée par téléphone auprès de la population générale ; lors de la dernière vague, en 2005, 30 514 personnes âgées de 12 à 75 ans ont été interrogées (1, 2). L'exploitation présentée ici concerne les 18-25 ans ;
- Escapad (Enquête sur la santé et les consommations lors de la Journée d'appel de préparation à la défense), enquête biennale réalisée par l'OFDT

auprès des jeunes de 17 ans ; en 2005, 29 393 jeunes ont été interrogés par autoquestionnaire (2-4) ;

- HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*), enquête quadriennale internationale menée en milieu scolaire et réalisée, en France, par le service médical du rectorat de Toulouse en collaboration avec l'Inserm : en 2006, 7 154 élèves de 11, 13 et 15 ans ont été interrogés, par autoquestionnaire (5).

Ces enquêtes fournissent des indicateurs relatifs à divers aspects du phénomène : il s'agit principalement de l'expérimentation, de la fréquence de consommation et des ivresses, des

contextes de consommation, et des facteurs associés. La répétition des enquêtes dans le temps permet de mesurer l'évolution de ces indicateurs.

Initiation à l'alcool

Selon Escapad, l'expérimentation d'alcool concerne plus de neuf jeunes de 17 ans sur dix (92 %). D'après l'enquête HBSC, à 11 ans, 59 % des élèves déclarent avoir déjà bu de l'alcool au cours de leur vie ; ils sont 72 % à l'âge de 13 ans et 84 % à 15 ans.

L'âge moyen lors de la première consommation, pour les élèves de 15 ans, est légèrement plus bas chez les garçons (13,3 ans) que chez les filles (13,5 ans).

Ces chiffres reflètent l'ancrage culturel de l'alcool dans notre société. Nous ne disposons pas de données en faveur d'une précocité plus grande des consommations.

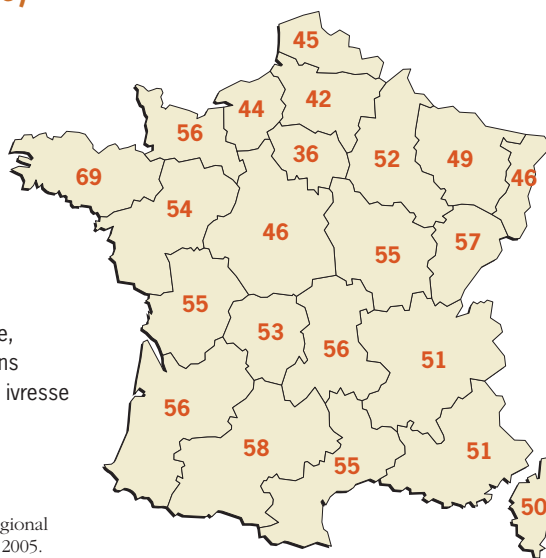
Fréquence de consommation

À 15 ans, 58 % des élèves déclarent avoir consommé de l'alcool au moins une fois au cours du mois ; les jeunes de 17 ans sont 79 % à être dans ce cas. La consommation régulière (au moins dix fois au cours des trente derniers jours) concerne 9 % des élèves de 15 ans et 12 % des jeunes de 17 ans. Quel que soit l'âge, les garçons sont beaucoup plus nombreux que les filles à consommer régulièrement de l'alcool (deux fois plus nombreux à 15 ans et trois fois à 17 ans).

Ivresses

La proportion d'élèves déclarant avoir déjà été ivres au cours de leur vie

Répartition géographique des ivresses alcooliques au cours des douze derniers mois, à 17 ans (en pourcentage)



Lecture : en région Centre, 46 % des jeunes de 17 ans ont déclaré au moins une ivresse au cours des douze mois précédant l'enquête.

Sources : Beck F., Legleye S., Le Nézet O., Spilka S. Atlas régional des consommations d'alcool 2005. Données INPES/OFDT. Saint-Denis : INPES, coll. *Études santé territoires*, 2008 : 264 p.

passé de 6 % parmi les élèves de 11 ans, à 16 % à l'âge de 13 ans et 41 % à 15 ans.

À 17 ans, plus d'un jeune sur deux (57 %) a déjà connu l'ivresse et près d'un sur deux (49 %) a été ivre dans l'année précédant l'enquête. L'ivresse régulière (au moins dix fois au cours des douze derniers mois) concerne 10 % des jeunes de cet âge.

Chez les 18-25 ans, 34 % ont été ivres dans l'année et 6 % l'ont été de façon régulière. Là encore, l'ivresse est un comportement très masculin : ainsi, les garçons de 17 ans sont 1,4 fois plus nombreux que les filles à avoir été ivres dans l'année, ce ratio s'élevant à 2,8 pour les ivresses régulières.

L'âge moyen de la première ivresse, estimé par les jeunes de 17 ans, est de 15,1 ans (15,0 ans chez les garçons et 15,3 ans chez les filles).

Consommations ponctuelles importantes¹

Parmi les jeunes de 17 ans qui ont bu au cours des trente derniers jours, 46 % disent avoir consommé cinq verres ou plus en une seule occasion, au moins une fois dans le mois (56 % des garçons, 36 % des filles). Ils sont 18 % à déclarer

l'avoir fait au moins trois fois et 2 % au moins dix fois, l'écart entre les sexes étant d'autant plus marqué que la fréquence de ce comportement est élevée. C'est surtout la répétition de ces consommations ponctuelles importantes qui constitue un motif de préoccupation.

La consommation de cinq verres ou plus en une occasion est l'indicateur communément retenu pour approcher le phénomène du *binge drinking*. Cependant, le terme anglais implique une notion de temps (concentration des consommations sur une période courte) ainsi qu'une intention : atteindre l'ivresse. Ces notions n'apparaissent pas explicitement dans l'indicateur présenté ici : ce dernier recouvre donc une réalité plus large que le seul *binge drinking*.

Contextes de consommation

À l'âge de 17 ans, la plupart des consommations d'alcool ont lieu le week-end, avec des amis. Les consommations solitaires ou en semaine s'avèrent plutôt rares. En revanche, les consommations avec les parents sont assez communes.

Le domicile privé ou celui des amis, les débits de boissons (bars, pubs puis

discothèques) et le domicile parental sont les lieux de consommation les plus cités, les lieux publics ouverts et l'école arrivant ensuite. De plus, les proportions de consommateurs réguliers et de jeunes déclarant des ivresses répétées sont corrélées à la fréquence de sorties dans les bars ou à celles des soirées entre amis. Cela suggère que les consommations d'alcool des jeunes de 17 ans ont lieu, la plupart du temps, dans un cadre festif et convivial.

Ce lien entre sociabilité et consommation est également retrouvé dans l'enquête HBSC : à l'âge de 15 ans, on observe une corrélation entre la fréquence des soirées entre amis et l'usage régulier.

Facteurs sociodémographiques associés à l'alcoolisation

L'élévation du milieu social et économique de la famille est associée, dans Escapad, à une consommation régulière croissante d'alcool et à des ivresses répétées plus répandues chez les jeunes de 17 ans. Ce phénomène peut s'expliquer notamment par les ressources financières de la famille, la consommation d'alcool étant ainsi plus limitée pour les jeunes issus de milieux plus modestes.

Les jeunes Français au sein de l'Union européenne

Avec 7 % d'usagers réguliers d'alcool à 16 ans, la France se situe dans le dernier tiers des pays européens, l'usage régulier d'alcool variant entre 25 % (Pays-Bas) et 3 % (Finlande).

Concernant l'ivresse, la France est au 32^e rang européen avec 43 % déclarant avoir déjà été ivres (le premier pays étant le Danemark avec 85 %). Pour les ivresses plus récentes, la proportion d'élèves âgés de 16 ans déclarant avoir été ivres au moins une fois au cours des douze derniers mois est nettement plus faible que l'ensemble des pays européens (29 % contre 53 % en moyenne).

Sources : Hibell B., Andersson B., Bjarnason T., Ahlström S., Balakireva O., Kokkevi A., Morgan M. The ESPAD Report 2003. Alcohol and other drug use among students in 35 european countries. Stockholm : The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN, 2004 : 450 p.

De même, la situation familiale apparaît elle aussi fortement associée à la consommation d'alcool. Les jeunes dont les parents ne vivent pas ensemble, qui vivent en internat ou hors de leur foyer, s'avèrent plus fréquemment consommateurs réguliers d'alcool et déclarent davantage d'ivresses répétées. Il est possible que l'absence de l'un ou des deux parents entraîne une augmentation des opportunités de consommer.

L'enquête HBSC montre des résultats similaires pour les élèves de 11 à 15 ans : milieu social favorisé et vie dans une famille recomposée ou monoparentale sont associés à la consommation d'alcool et à l'ivresse.

Évolutions

On note, chez les jeunes, une baisse globale de la fréquence de consommation. Entre 2003 et 2005, Escapad montre ainsi une diminution de l'usage actuel (au moins une fois au cours du mois : 79 % en 2005 *versus* 82 % en 2003) et de la consommation régulière

(12 % *versus* 15 %). Cependant, en parallèle, on observe une augmentation des ivresses : à 17 ans, la prévalence de l'ivresse dans l'année est en effet passée de 46 % en 2003 à 49 %, et celle des ivresses régulières de 7 % à 10 %. De même, chez les élèves de 15 ans, l'expérimentation de l'ivresse est passée de 30 % en 2002 à 41 % en 2006. L'âge moyen de la première ivresse déclaré par les jeunes de 17 ans n'a, en revanche, pas évolué. La baisse de la fréquence de consommation et l'augmentation de celle des ivresses peuvent sembler contradictoires à première vue ; elles ne sont pourtant pas incompatibles, notamment en raison du caractère ponctuel des épisodes d'ivresse et du côté subjectif de la notion même d'ivresse qui peut, elle aussi, évoluer dans le temps. Quant aux 18-25 ans, les résultats du *Baromètre santé* font état d'une baisse de la fréquence de consommation mais aussi des ivresses entre 2000 et 2005.

Ces résultats concernant l'alcoolisation des jeunes permettent d'en dresser

un tableau plus nuancé que ne le suggèrent certains discours centrés sur la répétition de comportements tels que l'ivresse et les consommations excessives : sans nier leur caractère préoccupant, ces comportements apparaissent ne concerner qu'une minorité de jeunes, tandis que les données relatives à l'évolution des consommations invitent à des conclusions mitigées.

Juliette Guillemont

Chargée d'études,
coordinatrice du programme Alcool,

François Beck

Chef du département Observation
et analyse des comportements de santé,
direction des Affaires scientifiques, INPES.

1. Alors que l'ivresse peut renvoyer à des perceptions individuelles très diverses, la notion de consommation ponctuelle importante correspond ici à une définition plus factuelle : cinq verres ou plus en une seule occasion. Bien que ces deux indicateurs soient traités ici de façon indépendante, ivresse et consommation ponctuelle importante représentent deux facettes d'un même phénomène.

► Références bibliographiques

- (1) Legleye S., Beck F. Alcool : une baisse sensible des niveaux de consommation. In : Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.) *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2007 : 113-154.
- (2) Legleye S., Le Nézet O., Spilka S., Beck F. *Les usages de drogues des adolescents et des jeunes adultes entre 2000 et 2005, France*. BEH 2008 ; (13) : 89-92.
- (3) Legleye S., Beck F., Spilka S., Le Nézet O. *Drogues à l'adolescence en 2005. Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France. Résultats de la cinquième enquête nationale Escapad*. Saint-Denis : OFDT, 2007 : 77 p.
- (4) Beck F., Legleye S., Spilka S. *Les drogues à 17 ans. Évolutions, contextes d'usage et prises de risque*. Tendances, septembre 2006 ; (49) : 4 p.
- (5) Legleye S., Le Nézet O., Spilka S., Janssen E., Godeau E., Beck F. Tabac, alcool, cannabis et autres drogues illicites. In : Godeau E., Arnaud C., Navarro F. (dir.) *La santé des élèves de 11 à 15 ans en France/2006. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*. Saint-Denis : INPES, coll. Études santé, 2008 : 128-162.

Quels sont les risques ?

Au regard de leurs modes de consommation d'alcool, les risques auxquels les jeunes s'exposent sont en premier lieu ceux qui sont liés aux effets immédiats du produit. L'alcool provoque en effet une désinhibition, une diminution du contrôle de soi, une altération des réflexes et de la vigilance, une perturbation de la vision, une mauvaise coordination des mouvements, une somnolence, etc. Les risques qui en découlent sont les accidents de la route ou domestiques, les violences – agies ou subies –, les rapports sexuels non voulus ou non protégés. En outre, l'ingestion de doses très élevées peut mener au coma éthylique, dont l'issue risque, faute de soins, d'être fatale.

Mais la consommation d'alcool pendant l'adolescence comporte également des risques différés. Ainsi, l'alcool a un effet délétère sur le développement de certaines régions cérébrales ne terminant leur maturation qu'en fin d'adolescence ; plus la consommation d'alcool commence à un âge précoce, plus les dommages sont importants. Enfin, une initiation précoce à l'alcool et une consommation excessive à l'adolescence sont des facteurs de risque d'usages problématiques ultérieurs.

Les jeunes et l'alcool

La consommation d'alcool chez les jeunes peut traduire un besoin de réassurance identitaire et d'intégration par l'appartenance au groupe des pairs. Elle est fonction des vulnérabilités individuelles, mais aussi de l'image sociale des boissons alcoolisées et des incertitudes auxquelles les adolescents sont confrontés concernant leur avenir. La précocité de la consommation et la recherche de la défonce pour une minorité d'adolescents sont des phénomènes potentiellement dangereux qui doivent interpeller notre société.

L'attrait des jeunes pour l'alcool ne date pas d'aujourd'hui. C'est un phénomène intemporel qui s'actualise à chaque époque dans une diversité de conduites individuelles et collectives, et se présente comme un « *fait social total* »¹. Si ce phénomène ne peut qu'échapper à toute analyse exhaustive, il continue d'exiger que l'on porte les regards les plus pertinents pour l'appréhender et mieux y répondre.

Du côté de l'intemporel

• *Les boissons alcooliques* : elles sont omniprésentes dans notre culture et leur usage est licite et valorisé autour d'un certain nombre de valeurs : convivialité, plaisir, fête, et d'autres plus discutables... qui entretiennent une incitation sociale à la consommation. L'offre est importante, l'accès aisé et la consommation facile, si bien que la rencontre avec le produit est inéluctable. Les premières « expérimentations » continuent d'ailleurs d'avoir lieu le plus souvent en famille.

• *L'alcool*, dont l'ingestion induit des effets à la fois biologiques et comportementaux qui conjuguent psychoactivité, addictivité et toxicité. C'est l'effet psychoactif qui soutient l'appétence pour l'alcool autour de trois ordres de satisfaction : plaisir hédonique, recherche de sociabilité, et effet autothérapeutique.

• *Les jeunes et la jeunesse* : chacun sait qu'il faut que jeunesse se passe, et souvent au travers de quelques débordements que l'alcool pourra favoriser ; toutefois, il convient de prendre en

compte le fait que cette jeunesse est constituée de plusieurs âges : préadolescence, adolescence, postadolescence, jeunes majeurs. À chacun correspond une étape du développement du sujet et de ses relations avec son entourage (voir l'article de Philippe Jeammet). L'adolescence constitue ici un moment pivot : c'est un phénomène psychosocial qui va obliger l'enfant devenant adulte du fait de la puberté à reconsidérer l'image qu'il a de lui, à prendre une distance avec ses parents et ses objets d'attachement, et à faire la preuve de ses capacités en s'appuyant sur sa confiance en lui et ses ressources propres. Ce processus pourra le conduire à des prises de risques pour s'affirmer face aux problèmes d'identité et faire l'expérience de ses compétences ; l'insuffisance – réelle ou imaginée – de ces mêmes compétences le conduira au contraire à chercher des aides extérieures – également réelles ou imaginées – dont il craindra vite de dépendre. C'est là qu'un comportement addictif peut s'installer en procurant le sentiment de surmonter l'épreuve et l'illusion de pouvoir contrôler la situation et les dangers que cette solution comporte. Devenir jeune majeur mobilise d'autres enjeux autour de la construction de l'autonomie personnelle et financière et de l'engagement dans des relations affectives stables. Les conduites d'alcoolisation comporteront de ce fait des significations différentes et n'appelleront donc pas les mêmes questions. On ne pourra pas confondre, par exemple, les ivresses massives répétées d'un moins de 15 ans avec celles occasionnelles d'un 18-25 ans.

Du côté de l'époque

• *Les faits observés ces dernières années* : précocité de l'âge des premières consommations, qui reflète notre culture, et surtout des premières ivresses ; augmentation du nombre de mineurs qui connaissent des ivresses occasionnelles ou répétées ; augmentation de la fréquence de ces ivresses (1) (voir l'article de Juliette Guillemont et François Beck). On observe également une hausse des phénomènes d'alcoolisation en groupe dans un cadre souvent qualifié comme « convivial » ou « festif », autour d'un parcours ordonné à partir de la « *préchauffe* » et accompagné d'autres substances (tabac, cannabis, etc.). De même, la vitesse de consommation et les quantités consommées par occasion augmentent, pour boire un maximum d'alcool en un minimum de temps dans le seul but de se soûler (« *se mettre à l'envers, se mettre minable, se déchirer* »). Cette recherche de l'ivresse pour l'ivresse est qualifiée aujourd'hui de « *binge drinking* », « *biture express* » ou « *défonce minute* », et présentée comme un nouveau modèle anglo-saxon. Ses formes les plus dures, les plus abrutissantes comportent une destructivité telle que les notions même d'ivresse et de fête changent de réalité et perdent la part positive de leur valeur comme composante de la vie sociale au profit d'une « *culture de la défonce* » accompagnée de son cortège de dégâts. Les consommations régulières d'alcool s'installent ensuite avec l'entrée dans l'âge adulte. Quant aux polyconsommations, 11 % des 18-25 ans déclarent consommer de façon régulière au moins deux produits parmi

l'alcool, le tabac et le cannabis, tandis que 2 % cumulent un usage régulier des trois substances (2) ; la moitié d'entre eux seront probablement les tri-dépendants de demain et renouvelleront la figure de l'alcool-tabagisme du XX^e siècle dans celle postmoderne de l'« alcool-cannabino-tabagisme ».

- *La mondialisation des pratiques de consommation* : celles des adolescents (15-17 ans) avec d'abord la recherche à la fois ludique des premières expérimentations et ordalique des premières ivresses, puis les soirées-fête-ivresse de fin de semaine entre copains autour de boissons au « goût agréable » appréciées comme très « rafraîchissantes » et « fun » (prémix, alcopops, RTD²) qu'ils s'approprient d'autant mieux qu'elles sont conçues spécialement pour eux et qu'elles supportent de ce fait des phénomènes identificatoires et de reconnaissance mutuelle (voir l'article de Karine Gallopel-Morvan) ; celles des jeunes majeurs (18-25 ans et plus) qui dans tous les milieux sociaux adoptent de manière ludique le modèle anglo-saxon et nord-européen de consommations importantes le week-end auxquelles s'ajoutent celles des soirées de semaine ; celles d'une minorité plus vulnérable qui s'adonne à la destructivité de la défoncée recherchée avec le véritable *binge drinking*.

- *Ce que les adolescents et les jeunes majeurs en disent* : vouloir « retrouver

des copains », « faire des rencontres », « aider à être bien », « s'amuser plus », « rigoler et délirer », pour échapper à l'ennui qui naît de l'uniformité, rire d'eux-mêmes et de leur condition, « décompresser », se détresser, aimer l'effet désinhibiteur de l'alcool et « se lâcher », « vivre une expérience », « se mettre à l'envers » pour « faire la fête », avec du cannabis « pour atteindre une bonne défoncée, l'un ne va pas sans l'autre... »

- *Les évolutions sociétales* : on constate d'abord que la période dite de « jeunesse » s'allonge en lien avec la longueur des études et/ou les vicissitudes de l'entrée sur le marché du travail ; en découle une entrée plus tardive dans un âge adulte qui perd de son attrait et de sa stabilité du fait pour beaucoup d'une plus grande fragilité de l'emploi et d'une conjugalité vacillante. On observe également que la jeunesse d'aujourd'hui n'est pas joyeuse et qu'elle a besoin de décompresser, inquiète de l'avenir économique et écologique de la planète et de son sort face aux contraintes d'un système social et mondial perçu comme cynique et fermé. Plus directement, la jeunesse vit ses préoccupations au présent et différemment selon les catégories sociales :

- du côté des collégiens-lycéens-étudiants, sont particulièrement ressenties l'angoisse de la première génération de parents qui ne sont pas certains que leurs enfants seront plus heureux qu'eux, la pression scolaire qu'ils exer-

cent sur eux et qui se conjugue à la pression de la sélection universitaire et de la compétition sociale. Face aux exigences de performance, de sérieux et de conformisme que magnifient au plus haut point par exemple les week-ends d'intégration dans les grandes écoles, face également aux épreuves, à la dévaluation des diplômes et aux déceptions, la fête et l'ivresse assureront la conjugaison des contraires : se retrouver pour partager le même vécu et les mêmes inquiétudes en s'amusant et en oubliant les contraintes, et finalement resserrer les liens et s'intégrer en assumant la transmission de l'esprit et de la culture du milieu ;

- du côté des jeunes majeurs arrivant sur un marché du travail d'autant plus tendu qu'il devient flexible, le diplôme n'est plus le sésame des contrats à durée indéterminée, les premiers salaires sont faibles et les perspectives d'évolution incertaines. La morosité et les sentiments de déclassement règnent alors, d'autant plus que ces jeunes n'ont guère les moyens d'aller dans les bars et les discothèques, et qu'ils vivent en banlieue ou en milieu rural, loin de la ville et de ses lumières ; seules leur sont accessibles la rue et/ou les réunions chez les copains où consommer les boissons acquises en pack au meilleur marché de la grande distribution, l'important étant également de se retrouver et de boire et fumer pour partager, tromper l'ennui, s'amuser, rigoler, se soûler, etc.

Présenter ce que l'on observe du côté de l'époque – les pratiques de consommation, les discours des jeunes mineurs et majeurs et les tendances lourdes des évolutions sociétales – nous conduit au seuil des interprétations plus fines que chercheurs en sciences humaines, intervenants socio-éducatifs et cliniciens en viennent à formuler sur différents plans qui s'intriquent : faire valoir la liberté individuelle et le désir de la fête pour affirmer une autonomie difficile à acquérir ; vouloir décompresser, s'amuser, s'évader pour alléger le fardeau de cette morosité et profiter de l'instant présent en oubliant les incertitudes de l'avenir jusqu'à l'oubli de soi...

On lira également une réponse des jeunes à l'injonction sociétale de faire « toujours plus » en termes de performance et de réussite qui valorisent

Quelle attitude adopter face aux différents modes d'alcoolisation des jeunes, selon l'âge ?

	Ivresses occasionnelles	Ivresses répétées	Ivresses régulières et/ou massives et binge drinking	Consommation régulière
Préados : moins de 15 ans	Ne pas banaliser. Rester vigilant.	Ne pas banaliser. Alerte : usage problématique → intervenir : médecin généraliste + pédopsychiatre pour évaluation		
Ados : 14-17 ans Ados : 16-18 ans	Ludique-ordalique Ne pas banaliser. Réduction des risques et prévention des dommages	Ne pas banaliser. Alerte : usage problématique → Intervenir : médecin généraliste → + pédopsychiatre si besoin pour évaluation		Ne pas banaliser. Alerte
Jeunes majeurs : 18-27 ans	Ne pas banaliser.	Usage à risque ou problématique → évaluation	Usage problématique → évaluation et soin	Ne pas banaliser. Démarche RPIB (Repérage précoce et intervention brève)
Jeunes adultes : plus de 26 ans	Réduction des risques et prévention des dommages			

NB : ces préconisations d'intervention proposées par l'auteur ne constituent pas des recommandations officielles mais elles reposent sur l'observation des pratiques professionnelles.

l'hyperindividualisme et mettent du même coup l'estime de soi sans cesse à l'épreuve. On dénoncera une « société addictogène » qui ne cesse de pousser à la consommation par l'innovation technique et la pression publicitaire en exaltant la nouveauté, l'intensité, la jouissance (3) jusqu'à constituer une offre qui s'affranchit du besoin pour s'adresser au désir et ordonner la demande... Une lecture plus freudienne relèvera la faillite actuelle du pacte intergénérationnel : comment les adultes d'aujourd'hui peuvent-ils commander aux jeunes de renoncer maintenant aux satisfactions pulsionnelles les plus immédiates (« *Passe ton bac d'abord !* ») pour jouir demain de satisfactions plus élevées quand ils craignent que demain ne puisse plus tenir ses promesses ? Enfin, qui n'a pas relevé que dans la « teuf » en groupe chacun est de plus en plus souvent isolé dans sa bulle ? Ces moments festifs sont aujourd'hui partagés au sein d'une même classe d'âge, à l'écart des adultes, tandis que les prises de diverses substances avec l'alcool, et notamment de cannabis, emportent chacun dans son ivresse. Cet isolement pose la question de la rencontre entre les garçons et les filles qui n'est plus régulée sur la scène du bal par les anciens codes sociaux (voir l'article de Véronique Naboum-Grappe).

La fête qui s'avance comme une recherche de sociabilité et de la relation aux autres dévoile son envers : une fuite de la réalité et de la différence, c'est-à-dire des questions et des incertitudes d'autant plus inquiétantes et dif-

ficiles à assumer qu'elles confrontent les sujets à leurs vulnérabilités individuelles et sociales réelles ou imaginées.

Les conduites d'alcoolisation des jeunes se développent en fin de compte, aujourd'hui comme hier, au carrefour de trois dimensions :

- les effets biologiques et l'image sociale des boissons alcooliques ;
- les vulnérabilités individuelles en termes d'histoire personnelle, de parcours de formation et de compétences, d'estime et d'estime de soi et ainsi de confiance en soi et dans les autres ;
- l'époque avec ses enjeux particuliers qui apparaissent aujourd'hui particulièrement incertains quant à la part de bonheur à laquelle chacun peut prétendre, et par là même lourds d'inquiétude.

Les expérimentations des adolescents, souvent qualifiées d'ivresse « initiatique », sont à comprendre dans leur dimension à la fois ludique et ordalique. Les fêtes et la recherche de sociabilité des postadolescents et des jeunes majeurs expriment un besoin de réassurance identitaire et d'intégration par l'appartenance au groupe de pairs et l'identification mutuelle. Au-delà de la détente, de la convivialité et du plaisir, la recherche pour 15 % (4) des uns et des autres de l'ivresse jusqu'à la défonce, du *binge drinking* – et surtout la précocité et la répétition de ces conduites ainsi que la consommation associée d'autres produits – témoignent au cas par cas, par leur destructivité, que des vulnérabilités et une souffrance individuelles se logent au cœur de ces conduites qui se présentent comme un

avatar du malaise de notre civilisation et qui doivent être entendues comme autant d'appels au secours à la cantonade, en vérité aux proches et à la société.

D^r Alain Rigaud

Psychiatre des hôpitaux, addictologue, chef de service Intersecteur d'alcoologie, EPSM Marne, président de l'Anpa.

1. Selon l'expression de Marcel Mauss. Il ne s'analyse pas, ou plutôt toute analyse cherchant à le décrire, à le cerner ne peut rester que lacunaire.

2. RTD : ready to drink, terme générique pour *premix*, *alcopops*, *vinipops* (voir article de Michel Craplet).

► Références bibliographiques

- (1) Legleye S., Le Nézet O., Spilka S., Beck F. *Les usages de drogues des adolescents et des jeunes adultes entre 2000 et 2005, France*. BEH 2008 ; n° 13 : 89-92.
- (2) Beck F., Legleye S., Spilka S., Briffault X., Gautier A., Lamboy B., 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 n° 48, OFDT, mai 2006 : 6 p. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend48.html>
- (3) Couteron J.-P., Fouillard P. *Comme une déferlante, l'alcool défonce !* Saint-Denis : INPES, *Alcool Actualités* n° 36, décembre 2007 : 8 p.
- (4) Fohr A. *Les vérités de madame « Ado »*. Entretien avec Marie Choquet. *Le Nouvel Observateur*, 10 mai 2007 ; n° 2218.

Entretien avec Claudine Perez-Diaz, chercheur au CNRS/Cesames (Centre de recherche sur les psychotropes, la santé mentale et la société), université Paris-Descartes.

« Il est très important de travailler sur la représentation du risque »

Pourquoi et comment les jeunes se retrouvent-ils entre pairs pour consommer de l'alcool ? La sociologue Claudine Perez-Diaz distingue deux groupes dans la prise de risque : les « individualistes » vont montrer qu'ils savent boire, les « fatalistes » ont pour préoccupation de se fondre dans le groupe. L'entraînement se situe dans le groupe, surtout si l'alcoolisation massive et rapide est le rituel d'adhésion.

La Santé de l'homme : Parmi les tendances de notre société, lesquelles peuvent influencer les comportements d'alcoolisation des jeunes ?

Claudine Perez-Diaz : Le cadre de mes observations concerne avant tout la prise de risque au sens général. L'alcool est un produit dont l'usage, notamment abusif, entraîne des risques. Au-delà des comportements d'alcoolisation

des jeunes, élargissons le propos : pourquoi dans toutes les sociétés modernes des groupes prennent-ils plus de risques que d'autres ? Ces groupes plus ou moins à risques sont classifiés selon des critères de normalisation psychologiques et socio-économiques. Ils se différencient selon une grille de valeurs qui leur est propre. Leur comportement vis-à-vis de la prise de risque est différent. Précisons d'emblée que les jeu-

nes sont présents dans tous les groupes... , quitte d'ailleurs à passer de l'un à l'autre au rythme de l'histoire de la vie. Mon travail consiste d'abord à essayer de comprendre comment, dans ces groupes, se façonne une décision.

S. H. : Vous évoquez deux groupes principaux. Quels sont-ils ?

Il y a d'abord celui des individualistes. Ce groupe rassemble l'image de l'aventurier, de l'entrepreneur. Les personnes se reconnaissant dans cette attitude pensent qu'ils dominent le hasard, qu'ils maîtrisent le cours de la vie. Ils sont très sûrs de leur supériorité et ils vivent avec l'idée que la chance est avec eux. Vous pouvez imaginer alors que, devant la prise de risque, certains dans le groupe ont une sorte de réflexe amusé. Au contraire, d'autres vont rechercher le risque car celui-ci a une grande importance dans leur hiérarchie de valeur.

Le second groupe est celui des fatalistes. Il attire les personnes qui pensent qu'elles sont dominées par le monde. Elles ne maîtrisent pas ce qui leur arrive et elles attribuent le malheur à la malchance. Celles-là vont prendre des risques sans penser aux conséquences car elles pratiquent une sorte de négligence devant les effets ou dangers de leurs actes. Elles disent (que) « *cela ne sert à rien de se protéger... il vaut mieux ignorer.* »

S. H. : Y a-t-il des différences dans les comportements à risque selon

qu'un jeune appartient à l'un ou à l'autre des deux groupes ?

Nous observons incontestablement des différences de comportement. Par exemple, alors que les individualistes vont vouloir montrer qu'ils savent boire, mieux que les autres, les fatalistes auront une préoccupation majeure : se fondre dans le groupe, exister et ainsi être accepté. L'individualiste va chercher à montrer qu'il est dominant. Cette attitude lui permet de se faire percevoir et accepter par le groupe comme une sorte de modèle. Ce constat est d'importance vis-à-vis du public jeune, dans des groupes de pairs, où il y a toujours des phénomènes de bande plus marqués. Chez les fatalistes, nous allons trouver une démarche similaire d'acceptation, notamment chez le jeune. Être accepté par le groupe signifie pour lui qu'il va se plier aux normes du groupe et qu'il va imiter le chef ou modèle. Si l'appartenance au groupe, c'est de boire, vite, trop, par exemple, il le fera.

S. H. : L'alcoolisation rapide et massive est-elle un nouveau rituel ou une nouvelle forme de prise de risque ?

L'entraînement se situe d'abord dans le groupe. Si celui-ci a adopté comme rituel d'adhésion l'alcoolisation massive et rapide, la prise de risque est de fait intégrée selon une classification normative appartenant à ce groupe. Cette classification se fera selon des limites équivalant à une résistance présumée à la boisson. L'alcool est non seulement un produit légal – un jeune adolescent n'a pas trop de mal à s'en procurer –, mais facile. On n'a pas besoin d'une compétence particulière pour prétendre entrer dans un groupe dont une des règles d'appartenance est l'alcoolisation. Il semblerait que l'alcoolisation rapide et massive touche de plus en plus de jeunes. L'enquête HBSC (voir l'article de Juliette Guillemont et François Beck dans ce même dossier) montre, par exemple, qu'il y aurait 16 % des jeunes de moins de 15 ans qui ont eu une ivresse au cours du dernier mois. Même si nous pouvons donner des représentations différentes au mot ivresse, ce chiffre est très important. On observe donc des phénomènes répétitifs d'alcoolisation en groupe, à date fixe, le samedi soir, à lieu fixé à

l'avance, sur rendez-vous. Ce constat est préoccupant.

S. H. : Les pairs jouent-ils un rôle particulier dans l'alcoolisation des jeunes ?

Oui, le groupe de pairs a une influence sur les comportements des jeunes, en général, mais moins que la famille. Toutes les enquêtes convergent sur ce point. Nous savons que, si les deux parents boivent régulièrement, les enfants ont plus de risques de boire d'une façon nocive pour la santé. Si un seul des parents boit, il y a moins de risques, mais plus que si aucun parent ne s'adonne à la boisson. Le creuset où se forge le rapport à l'alcool, son initiation, son accoutumance, c'est la famille d'abord. L'influence des frères et des sœurs est parfois plus forte que celle des pairs.

S. H. : Alors, comment agir ? Le message de prévention est-il, selon vous, pertinent face à un public qui a, vous le dites, « ses propres critères de normalisation » ?

C'est difficile. Ces groupes (individualistes/fatalistes) se sont organisés en fonction d'une hiérarchie de valeurs qui, d'après eux, va tracer la voie. Ce qu'ils ne veulent surtout pas, c'est être déstabilisés. À partir de ce moment, ils vont écarter tout ce qui pourrait contrecarrer leurs croyances. Si la prévention essaye d'intervenir par un message heurtant leur édifice, ils vont résister. Alors, comment agir ? Je me réfère à la théorie de la décision : elle met en relation les choix de comportements, c'est-à-dire des attitudes, des représentations, avec des savoirs, soit l'ensemble des connaissances, que celles-ci soient acceptées, intégrées ou refusées. C'est comme cela que nous pouvons déterminer le cheminement d'une décision. C'est la façon d'appréhender l'ensemble des paramètres qui vont amener à choisir de prendre tel ou tel risque. Il est très important de travailler sur la représentation du risque. Faire en sorte que le risque ne soit pas un élément flatteur, valoriser la responsabilité, discuter la règle d'adhésion, etc. Et surtout écouter pour mieux comprendre. Il y a de nombreux écrits sur ce sujet (voir aussi l'article de Philippe Jeammet dans ce dossier).

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

Sorties festives, conduites d'excès, culture de la jeunesse

Pour un jeune, entrer dans l'ivresse peut être un élément fondamental du processus de désaffiliation, un oubli de soi provisoire pour faire la coupure avec le regard parental, décrypte Véronique Nahoum-Grappe. L'anthropologue explique comment la place de l'alcool au sein de l'espace festif a évolué dans la société, même si le *binge drinking* d'aujourd'hui renvoie aux « compétitions à boire » d'antan.

Entre l'image que donnent des chiffres de consommation issus des enquêtes épidémiologiques – qui attestent d'un boire nocturne et festif accentué pour la jeunesse, par exemple – et celle que dessinera une enquête ethnologique menée sur la scène même de ces « soirées » de jeunes et les formes de consommations qui s'y organisent, il y a un écart de compréhension. Cet écart est le creuset de nombreux stéréotypes et clichés, irrésistibles, ni vrais ni faux, mais toujours partiels et parfois sournoisement stigmatisants. L'anthropologue peut aider à les déconstruire en partie, même s'il ne peut offrir qu'une tentative de description et les quelques hypothèses qui en sont issues. Ainsi, cet article propose quelques points de réflexion synthétiques qui découlent de cette approche.

Les rituels festifs

L'espace de la « fête » n'est pas homogène, il évolue au cours de l'histoire et au sein d'une même société, il change de forme selon les lieux, les milieux et les moments. On peut néanmoins définir quelques constantes.

La fête est souvent rythmée en deux parties. Une première partie cérémonielle, plutôt diurne mais pas toujours, forme l'occasion de la fête : elle est marquée par une ritualisation parfois religieuse des pratiques collectives – silence collectif, discours officiel, déroulement des codes cérémoniels pour un mariage par exemple, remise d'une coupe, geste de trinquer, chant, musique, liturgie, usage de signes d'emblèmes collectivement reconnus, etc. Une seconde partie, plus « carnavalesque », souvent

nocturne mais pas seulement. Dans nos sociétés européennes, de nombreux textes et travaux attestent de ce moment « débridé », où l'excès semble devenir la norme et concerne les ingestions d'aliments et d'alcool.

Malgré les différences de forme et de statut de cette seconde séquence festive (du bal public à l'orgie privée, du carnaval en pleine ville aux champs d'un festival, etc.), on peut constater que plus la fête s'accroît au fur et à mesure que la nuit avance, plus la jeunesse est présente en tant que telle. Cette séquence débridée peut être plus ou moins longue (quelques heures, quelques jours) et alcoolisée, plus ou moins ludique, inventive, esthétique et/ou agressive, comme par exemple, dans le cas des charivaris de l'ancienne France.

Les garçons : héros de l'excès

Ce sont les jeunes garçons en majorité qui le plus souvent sont les héros improvisés des conduites d'excès, des épreuves agonistiques, des compétitions à boire ou à manger – si les filles aussi sont présentes, elles seront moins « actrices » des excès festifs. Le *binge drinking* s'inscrit aussi dans une histoire longue des compétitions à boire, le plus et le plus vite, dont témoignent de nombreux chants et objets, comme par exemple, les verres sans pied. Ces jeunes gens qui prennent le plus souvent la tête des opérations sont ceux qui veillent le plus tard la nuit et prendront le plus d'initiatives. Lorsque les couples se forment, lorsque la vie quotidienne d'adulte s'installe, les conduites festives tendent à se calmer petit à petit : moins

tardives, moins « folles », et souvent ce sont les filles qui, après minuit, tirent par la manche les garçons, frères et partenaires : « *Viens, on rentre...* » On peut définir anthropologiquement l'invention de la fête comme une manière de gestion collective de la rencontre entre les nouvelles générations, dont les unions seront une des conditions de la reproduction de la société par elle-même.

Rompre le lien avec la famille

L'accès à la nuit (sans les parents), à l'alcool, au tabac, peuvent être perçus comme autant de procédés de déliaison vis-à-vis du milieu familial, de l'enfance, condition de la possibilité du « lien social sexuel », c'est-à-dire de la rencontre non seulement avec la sexualité, mais avec l'autre sexuel (la problématique homosexuelle est la même : il s'agit toujours de l'autre au sens du partenaire potentiel, qui ne peut pas être un membre de la famille proche). On comprend alors pourquoi l'accès, à la fin de l'enfance, aux « sorties » festives est un stade crucial de cette fin d'enfance précisément. Ce qui ne veut pas dire qu'elle est un passage obligé, mais plutôt qu'elle forme un recours possible quand le passage est difficile. L'ivresse alcoolique constitue parfois un comble du processus de la désaffiliation, puisqu'elle implique un oubli identitaire provisoire, et cet « oubli de soi » dans tous les sens du terme que constitue l'ivresse permet la coupure du regard parental (ou de son absence).

Un espace festif à inventer

Nos sociétés contemporaines, de la seconde moitié du XX^e siècle au début

du XXI^e siècle, voient évoluer les formes festives de la jeunesse, surtout pour les classes moyennes urbaines « modernes », c'est-à-dire une grande majorité de la population. Un aspect de cette évolution trop complexe pour être ici abordée dans son ensemble, est le suivant : la « sortie festive » est de moins en moins fixée et codée par des règles collectives. Un flou s'installe au fur et à mesure que s'accroît l'aléatoire des choix : les horaires, les jours, les codes vestimentaires, le programme même de la fête s'inventent de plus en plus au cas par cas. Les situations sont aussi l'objet d'une déprogrammation potentielle, accentuée par les jeunes eux-mêmes à chaque stade du moment festif – « *c'est nul, on se casse !* » Les déplacements motorisés, de boîte en boîte, de « boum » en « boum », émaillent toute la nuit et sont souvent l'objet en eux-mêmes d'un investissement spécifique – vitesse ludique et risquée, arrêts imprévus dans des lieux particuliers (la nuit, les cimetières, les plages, les toits, etc., peuvent être réoccupés lors de virées inédites).

L'ivresse : point d'acmé

L'espace festif contemporain de la jeunesse tend à s'inventer lui-même au fur et à mesure qu'il s'expérimente. L'alcoolisation joue alors un rôle inédit en

rythmant cette aventure collective, marquée par l'aléa et le flou : l'enivrement croissant devient le cadre structurel majeur de toute la scène festive dont les contours sont encore flous et le programme aléatoire. L'ivresse s'offre alors comme une expérimentation évolutive, intérieure et collective cruciale, de toute la séquence, avec son point d'acmé, devenu le clou de la sortie ! La progressive libération du statut de la sexualité (surtout pour celle des filles) est ici liée à la baisse des surveillances et interdits qui marquaient dans les sociétés traditionnelles les rencontres entre « jeunes », mais aussi les possibilités technologiques de mobilité accrues et motorisées au sein de sociétés de plus en plus anonymes et urbanisées (même en campagne) sont en jeu dans ce « décadre » global de l'espace festif des jeunes.

Quand l'alcool rythme la nuit

Le boire est détaché du manger car le repas ensemble n'est pas pensé comme central au sein de l'épisode festif – il le redeviendra avec l'installation en couple et l'avancée en âge du jeune. Il est souvent consommé dans un ensemble d'autres excès, comme cet excès de décibels sonores en boîte de nuit. Plus fondamental que les autres

consommations de produits moins licites que l'alcool, il accompagne chaque stade de l'action festive : la bière, à bas bruit, rythme les discussions programmatiques dès six heures du soir (« *Où on va ?* »), l'alcool plus fort une fois l'installation dans un lieu choisi et aussi dans le creux de la nuit.

Dans ce décadre du moment festif ordinaire de la soirée, le rythme – repas, bal, plus parfois la virée au petit jour – se dilue. Les horaires de sortie s'effondrent dans la nuit et quatre heures du matin n'est plus l'heure du retour mais d'heure du vrai début de la fête, horaires que les boîtes de nuit ont compris avant les sociologues. D'une certaine façon, les dernières frontières internes qui scandent cet espace festif décadre sont celles de l'enivrement progressif et de l'ivresse : cette dernière implique un rapport au temps, une aventure intérieure obligée (être ivre) et une limite physique (vomir, tomber). Après coup, les exploits en termes d'ivresse formeront l'essentiel du récit de la fête passée : le buveur ivre fait rire – il faut se souvenir que le personnage du clown au XVII^e siècle a été pensé sur le modèle de l'ivrogne maladroit titubant et au nez rouge.

L'excès : norme et épreuve

L'ingestion excessive d'alcool de la part de la jeunesse dans ses « sorties » festives relève de deux injonctions : d'une part, l'excès est la norme dans cet espace, boire n'est pas seulement une addiction, une tentation dangereuse, c'est aussi une épreuve, voire une prouesse dans laquelle s'affirment la rupture avec l'enfance et le choix de la solitude adulte en face de l'autre sexuel. En outre, dans nos sociétés contemporaines, l'alcoolisation semble occuper une place centrale et unique dans l'espace festif juvénile souvent flou et décadre, *comme justement celle du dernier cadre*. Une culture de la prévention, plutôt que d'interdiction d'emblée, devrait alors penser la question de l'espace festif et la spécificité de ce qui s'y propose. Comment enrichir son cadre pour enlever à l'alcool son rôle crucial ? Comment aider à son invention permanente par une jeunesse qui, pour sortir du nid et plonger dans le monde, commence par la nuit et l'ivresse ?

Véronique Nahoum-Grappe

Anthropologue.

Producteurs d'alcool : un marketing sur mesure pour séduire les jeunes

Pour séduire les jeunes, il faut bien connaître leurs attentes. Les producteurs d'alcool l'ont bien compris et développé une stratégie d'étude du marché et des goûts. Ainsi les « premix », boissons mélangeant alcool et jus de fruits, ont-ils été conçus pour attirer les jeunes consommateurs. Le phénomène de bars ouverts (open bars) leur permet de vendre plus, à prix réduits. Éclairage sur les stratégies des alcooliers.

L'objectif de cette contribution est de présenter les stratégies marketing déployées auprès des jeunes par les alcooliers pour maintenir et augmenter leur chiffre d'affaires. Le marketing consiste, d'une part, à étudier et à prendre en considération les besoins et les attentes des consommateurs et, d'autre part, à utiliser des outils sophistiqués qui génèrent une augmentation des profits de l'entreprise. Ainsi, les différentes questions que se pose une firme productrice d'alcool qui met en place une démarche marketing sont les suivantes :

Quelles sont les caractéristiques de mon marché ?

► LES ÉTUDES DE MARCHÉ

Le marché de l'alcool se caractérise de plusieurs manières : il est très concurrentiel, les consommateurs sont vieillissants, l'image de certaines boissons est vieillissante (en particulier les spiritueux) et, enfin, les consommateurs sont régulièrement incités à réduire leur consommation (sécurité routière). Pour pallier l'ensemble de ces freins à la consommation, il est essentiel d'avoir une connaissance précise des consommateurs à qui l'on s'adresse pour être le plus proche possible de leurs attentes. C'est pourquoi les alcooliers sont nombreux à réaliser des études de marché basées sur des entretiens de groupe, des questionnaires, des tests de goût des produits, des tests de nom, etc.

À qui vais-je m'adresser pour augmenter mon chiffre d'affaires ?

► LA SEGMENTATION ET LE CIBLAGE

Il s'agit ici de réfléchir aux cibles de consommateurs, lucratives et prometteuses. Il est important pour les alcooliers d'assurer leur avenir en termes de part de marché et de bénéfices. Pour cette raison, ils s'adressent très régulièrement aux jeunes et les incitent à consommer des boissons alcoolisées. Sur la cible des jeunes, des outils marketing variés sont mis au point.

Quel produit vais-je proposer pour attirer les cibles visées ?

► LA POLITIQUE DE PRODUIT

Une réflexion s'impose ici en termes de goût du produit, de nom de marque, de packaging, etc., car l'ensemble de ces éléments doit plaire à la cible visée pour inciter à l'achat. Les premix ont été imaginés par les alcooliers pour attirer les jeunes consommateurs. Il s'agit de boissons faiblement alcoolisées et très sucrées qui ont un goût proche de celui des jus de fruits. Ils sont réalisés à partir de jus de fruits ou de sodas mélangés à des alcools forts (alcopops) ou à du vin (vinipops). Des noms exotiques ou anglo-saxons sont donnés à ces produits car ils plaisent aux jeunes. De plus, les couleurs et formes des packagings sont très réfléchies pour attirer l'œil sur le point de vente ou susciter des comportements de collection (éditions limitées pour des bouteilles...).

À quel prix vais-je proposer mon produit ?

► LA POLITIQUE DE PRIX

Les prix des boissons alcoolisées sont bien évidemment fixés en fonction des budgets des consommateurs potentiels. C'est pourquoi il existe plusieurs gammes de produits qui correspondent au pouvoir d'achat varié des acheteurs. Sur les jeunes dont le budget est limité, les promotions sont fréquemment employées (un euro de réduction pour l'achat de tel produit, deux boissons offertes pour le prix d'une, un shaker à cocktail offert pour l'achat de telle marque, etc.). Le phénomène des *open bars* est également un moyen de faire baisser le prix des consommations d'alcool : il s'agit, pour les commerciaux des industriels de l'alcool, de vendre des bouteilles d'alcool à des associations d'étudiants (bureaux des élèves par exemple) à des prix d'autant plus compétitifs que l'offre bénéficiera d'une exclusivité. Ensuite, des soirées sont organisées par les étudiants, qui proposent, moyennement le versement de quelques euros, l'accès à la soirée et une consommation d'alcool à volonté.

Comment rendre mon produit facilement accessible ?

► LA POLITIQUE DE DISTRIBUTION

Plus le produit sera facile à trouver dans différents points de vente, plus il sera acheté facilement. Les boissons alcoolisées sont disponibles dans de nombreux endroits, ce qui rend leur consommation très facile : les magasins alimentaires, les stations-service, les festivals de musique, les discothèques, les sites web spécialisés, les bars, les soirées d'étudiants, etc. Une force de vente très active et très dynamique prospecte l'ensemble de ces établissements pour assurer la présence des produits et des marques auprès des consommateurs.

Comment rendre mon produit attractif ?

► LA POLITIQUE DE COMMUNICATION

Il s'agit ici d'utiliser les outils de la publicité pour faire aimer une marque, ancrer son nom dans l'esprit des consommateurs et susciter un désir d'achat. Différents supports publicitaires sont utilisés par les alcooliers pour façonner une image positive autour de leur produit :

– on trouve ainsi des supports publicitaires média classiques tels que l'affichage dans les rues, les gares et les aéroports, les insertions de messages dans la presse ou dans des programmes de radio, etc. Avec l'affichage dans la rue, les jeunes sont exposés aux publicités pour des marques d'alcool dès leur plus jeune âge ;

– le hors-médias est également efficace, en particulier pour les jeunes consommateurs : sites Internet très attractifs (design travaillé, musique moderne, jeux proposés malgré une interdiction d'utiliser ce support à des fins publicitaires en l'état actuel de la loi) ; placement de produits alcoolisés dans les films ; marketing direct (envoi d'e-mails personnalisés, par exemple) ; publicité sur les lieux de vente (affichettes, sous-bock dans les bars, etc.) ; création de magasins « vitrines » (un bar glacé à Paris pour consommer la vodka à la bonne température) ; foires aux vins ; sponsoring sportif (par exemple, une marque de bière célèbre qui sponsorise le rugby) ; mécénat, etc.

Le contenu des messages publicitaires varie selon la cible visée et selon l'objectif de la marque. Les publicités de certains produits vantent la nuit, la fête, la musique, la fraîcheur ou encore la tradition, l'expertise, le terroir, le mystère (certains premix), etc.

Comme peut le constater le lecteur, et contrairement à une idée répandue, le marketing ne se limite pas à la publicité. C'est en réalité une démarche beaucoup plus vaste et complexe qui englobe la communication. Le marketing consiste à bien connaître son marché et à développer des outils commerciaux (produit, prix, publicité, distribution, etc.) efficaces pour inciter les consommateurs à acheter et à consommer.

Karine Gallopel-Morvan

Maître de conférences en marketing,
habilitée à diriger des recherches,
IAE de Rennes, Institut de gestion de Rennes
(université de Rennes-1).

Les jeunes et l'alcool : ce que dit la loi

Plusieurs dispositions visent spécifiquement à protéger les mineurs vis-à-vis de l'alcool :

– faire boire un mineur jusqu'à l'ivresse est un délit ;

– il est interdit de distribuer à des mineurs des objets nommant, représentant ou vantant les mérites d'une boisson alcoolisée ;

– l'accès des mineurs à l'alcool est strictement réglementé. Actuellement, la réglementation prend en compte l'âge (16 ou 18 ans), la modalité d'achat (consommation sur place ou à emporter) et le type de boissons (vin, bière et cidre, d'une part ; boissons plus fortement alcoolisées, d'autre part). Cette réglementation devrait évoluer très prochainement.

La protection de la jeunesse est également l'un des objectifs de l'encadrement de la publicité en faveur de l'alcool. La loi du 10 janvier 1991, dite « loi Evin », définit les supports et contenus autorisés, tout ce qui n'est pas explicitement autorisé étant prohibé. Ainsi la publicité pour l'alcool est-elle permise dans la presse écrite (sauf la presse destinée à la jeunesse), à la radio (dans certaines tranches horaires), par voie d'affichage, mais interdite à la télévision et au cinéma. La législation actuelle ne prévoit pas la publicité sur Internet, ce support s'étant développé postérieurement à la loi : Internet est donc *a priori* exclu du champ de la publicité autorisée. Un débat est en cours sur les modalités de prise en compte de ce nouveau support dans la législation. Les jeunes étant de grands utilisateurs d'Internet, cette question est particulièrement sensible.

Juliette Guillemont

Alcool et jeunes : les grands principes de toute **intervention de prévention**

Comment sensibiliser les jeunes au risque d'une consommation excessive d'alcool ? Hélène David, directrice d'Emergence, pose les principes de toute intervention de prévention ou d'éducation pour la santé. Responsabiliser ne sert à rien si l'on ne prend pas en compte le contexte, l'âge. Elle rappelle l'importance de ne pas confondre prévention en amont et réduction des risques lorsque les jeunes ont déjà consommé. De poser enfin des objectifs réalistes : retarder l'expérimentation, éviter le passage d'une consommation occasionnelle à une consommation régulière.

Après plusieurs années de médiation de la question du cannabis chez les adolescents, voici, avec le *Binge drinking*, un nouveau coup de projecteur sur l'usage de produits psychoactifs par les jeunes en France. Sur le terrain, les demandes de prévention alcool suivent le mouvement et sont en hausse. Avant de se lancer tels des pompiers prêts à éteindre un feu qui viendrait de s'embraser, la réflexion entre les différents acteurs motivés par la santé et la citoyenneté des jeunes prévaut ici, comme en tout domaine de prévention santé. L'action par produits est-elle adaptée ? La porte d'entrée à imaginer ne se trouve-t-elle pas ailleurs ?

Cet article propose quelques principes à interroger en amont d'une action « alcool jeunes » pour que l'énergie déployée produise un peu des effets attendus. Si tous les préalables ne peu-

vent être réunis, un minimum est néanmoins à exiger. Sans celui-ci, on est en droit de se demander si l'intervention infléchit bien le comportement combattu ou si, au contraire, elle risque de le promouvoir. Nous verrons l'utilité de bien connaître les motivations et les préoccupations du public et leur adéquation avec les moyens et les objectifs fixés. La définition du message, du lieu et du moment les plus favorables en découle.

Addiction et prévention...

La toxicomanie, disait le professeur Olievenstein¹, c'est la rencontre d'une personne, d'un produit et d'un contexte social. Responsabiliser la personne et oublier le contexte rend souvent le discours insupportable pour les jeunes. Comprendre le dysfonctionnement individuel sous-jacent à un abus de produits aide à construire la prévention. Mais

comment ne pas interroger l'organisation sociétale et ses dysfonctionnements ? Inviter les jeunes à remettre en question leurs habitudes et comportements doit s'accompagner d'une démarche identique envers les adultes et la société qu'ils ont construite.

Prenons deux illustrations : « *L'alcool, ça aide à décompresser !* » et « *L'alcool, c'est juste pour la fête* ». Le stress nous concerne tous. Les parents français seraient les Européens les plus angoissés face aux études et à l'avenir professionnel de leurs enfants, accentuant ainsi la pression sociale. Quelle alternative les adultes proposent-ils au remède usuel qu'est l'alcool ou le joint du soir ? Si l'alcoolisation des jeunes n'est pas une nouveauté, la recherche de défonce rapide permettant de ne plus penser l'est un peu plus. C'est de ce côté que doit porter notre interrogation, plus que sur la nature du produit. Apprendre la relaxation sans psychotropes devrait faire partie de l'arsenal éducatif. C'est une des réponses aux « *beuveries* », du week-end, « *anti-stress* » disent les uns, « *anti-fête* », répondent les autres, pour qui la défonce est un frein à l'amusement et à la rencontre.

Car l'alcool est bien indissociable de la fête : réalité qui nécessite un apprentissage, celui du contrôle de la consommation. Quel goût ont nos festivités ? Quels rôles y tiennent la danse, le jeu, le groupe et l'alcool ? Les réunions de famille ou de village, qui permettaient une transmission intergénérationnelle, se raréfient, ainsi que les lieux ouverts aux rencontres entre jeunes. Les disco-

La réduction des risques liés à l'ivresse alcoolique

Au-delà des risques routiers, connus mais jamais suffisamment, les risques liés à la surconsommation d'alcool sont variés. La campagne de l'été 2008¹, avec un groupe de jeunes consommateurs sur une plage, en évoquait une bonne partie.

Quand on interroge des publicitaires sur la prévention alcool, la proposition s'oriente à l'unisson sur des messages ou images « chocs ». Suscitant l'émotion, ils ont de fait un impact, même si celui-ci reste éphémère. Sur le long terme, on ne peut résumer l'éducation à la santé à cet usage des émotions mais l'effet choc sert bien la réduction des risques immédiats.

Les actions, même de réduction des risques, doivent toujours tenter d'inverser les tendances en valorisant d'autres jeux, d'autres défis et plaisirs. La fête, oui, les risques, non ! Au-delà des paroles, la remise de préservatifs peut être associée à un slogan sur la défonce et la sexualité. Ou, pour éviter le recours à un message rabat-joie, offrir à chaque alcool servi des verres d'eau étiquetés « *L'eau... la vie !* », par exemple, invitera tout naturellement à réduire ou retarder la prochaine prise d'alcool.

1. Il s'agit de la campagne « Boire trop : des sensations "trop" extrêmes », menée par l'INPES et le ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative.

thèques s'en réjouissent et favorisent encore l'association d'idées « fête » et « alcool ». L'alcool n'est pourtant pas l'objectif d'une soirée réussie. Quand un enfant demande « *on prend l'apéritif?* », son désir, ce sont les cacahouètes et la chaleur d'un moment où toute la famille se resserre et prend le temps de s'écouter. Lui proposer parfois cette convivialité autour de jus de fruits permettra de déconnecter « fête » et « produit ». Convivialité, rires, nouveaux amis, nouvelles amours sont depuis toujours au cœur de la fête, rupture d'avec le quotidien, dans laquelle l'alcool n'est qu'un moyen.

Quelle adéquation entre demande et moyens investis ?

Dans les projets de prévention quelle ambition et quels moyens avons-nous ? Certaines villes ouvrent leurs salles le jeudi pour que les jeunes se rencontrent, sans défonce, bien qu'avec alcool modéré. Des grandes écoles et leur bureau des étudiants l'expérimentent... La prévention santé, ce n'est ni du soin, ni de l'information médicale, mais bien de l'éducation et de la communication. Cela demande du temps, des étapes, de la répétition. Parler alcool, c'est revenir inévitablement à une culture, un « art de vivre ». À la manière de l'anthropologue, il faut écouter le public visé et sa réalité. Le message central de prévention se construit sur la base de ce qui habite la personne et non de ce que l'on voudrait qu'elle entende, avec un maximum de trois idées pour être audibles. Les objectifs, réalistes, visent alors le renforcement des résistances individuelles, l'acquisition de nouveaux comportements ou l'aide au changement.

En ce sens, observer les techniques marketing – sans les imiter ! – peut aider à clarifier ce que nous entendons par « prévention ». En 1960, les « réclames » offraient de l'information technique sur le produit vanté. La « pub » d'aujourd'hui ne vise plus l'intellect du consommateur mais ses motivations sur le moment. Un auditeur n'entend et ne retient qu'une faible partie de ce qu'il entend, surtout si le propos est étranger à ce qui le mobilise sur l'instant. Créer de l'*émotion* est alors la parade du publicitaire car elle favorise la mémorisation et réduit le temps séparant désir et passage à l'acte d'achat. Les adolescents, cible marketing privilégiée, sont

ainsi très réactifs émotionnellement. Nos actions doivent en tenir compte.

Après visualisation du public ciblé par l'action de prévention, il convient de caler les attentes originelles des commanditaires sur cette réalité et non l'inverse. Ces derniers (provisseurs, élus locaux, directeurs de foyer, etc.) peuvent rêver d'une séance magique qui, en une heure, balayerait risques, désirs, tradition. Or, une intervention courte, unique, coïncée entre mathématiques et éducation physique, a peu de chance d'être si efficace, à moins de miser sur un effet choc ou de prévoir une répétition du message, dans la durée.

Quelle déclinaison selon l'âge du public ?

En entreprise, aucun préventeur n'imaginerait intervenir avant de qualifier le public : âge, niveau de formation et de responsabilité, emplois tenus, problèmes éventuels. De même, pour la nature des risques visés : baisse de la vigilance et accidents ou qualité du travail, délais à respecter, dégradation du matériel... Cibler les « jeunes » en général, sans opérer le même travail préalable, met en péril l'efficacité de l'action.

Une règle d'or : respecter les tranches d'âges groupées sous le vocable « jeunesse », auxquelles correspondent des spécificités et des expériences différentes de l'alcool.

Sauf cas isolés, les élèves de 6^e-5^e, qui prêtent encore une oreille attentive à l'intervenant adulte, n'ont pas encore expérimenté le produit (du moins seuls...).

En 4^e-3^e, classes difficiles pour l'acteur de prévention de passage, l'adolescent conteste l'adulte, sans toutefois oser l'autonomie. Bravades, rires, échanges furtifs avec le voisin rendent le dialogue en

groupe compliqué. Attention, un discours proche d'émissions télévisées laissant imaginer que « *les jeunes boivent beaucoup aujourd'hui* » est contre-productif. À cet âge, où se conformer aux pairs est vital, il inviterait à adopter le comportement supposé du groupe. La préférence doit aller aux actions qui valorisent la non-consommation et les modèles de jeunes « bien dans leur tête et dans la fête », sans défonce.

Les lycéens eux, se détachent peu à peu du groupe. Ils recherchent même la différence et se positionnent parfois du côté de l'adulte, ce qui permet un dialogue contradictoire avec le groupe. Plus tard, les jeunes majeurs, étudiants ou apprentis en entreprise, élargissent encore leurs centres d'intérêt. Ils s'ouvrent au monde. Solliciter leur créativité au service d'autres jeunes peut les aider à sortir des clichés : réaliser un concours d'affiches, de clips à diffuser auprès des amis sur Internet ou participer à la tenue d'un stand de prévention lors d'une soirée étudiante.

Prévention, une démarche interventionniste...

L'acteur de prévention, quelle que soit sa formation de base (éducateur, psychologue, etc.) doit assumer sa démarche : elle est interventionniste, elle ne répond *a priori* à aucune demande du public, contrairement à celle du thérapeute face à son patient. Si la frontière entre intervention et moralisation est claire en termes de déontologie, elle est parfois mince dans le ton et le message ! Ceux-ci doivent donc être vérifiés, testés, pour s'assurer de l'impact en fin de séance et éviter la culpabilité, la dévalorisation. Avec cinq millions de personnes, en France, ayant un problème avec l'alcool, l'acteur de prévention est sûr d'avoir en face de lui plusieurs enfants par classe directement concernés en famille (parents, proches).

Dans le même temps, l'usage d'alcool se différencie. Plusieurs groupes apparaissent : certains l'expérimentent seulement quand d'autres passent à une consommation festive de fin de semaine massive, cette fameuse « *beuverie express* ». Le week-end s'allonge parfois, du jeudi soir au dimanche matin... L'illusion de n'être pas soumis au risque de dépendance est alors maintenue par un « *C'est juste pour la fête* », bien que cette consommation réponde déjà aux critères de l'usage « régulier » tel que le définissent les enquêtes. Marginaux mais réels, quelques-uns passent de cet usage festif à un usage quotidien. Leur accès au soin ou à une intervention brève, souhaitable, est souvent ralenti par des préjugés, tels que « *Je gère* », « *J'arrête quand je veux* ». Surtout pour les garçons, arc-boutés sur une volonté toute puissante : « *Je m'en sortirai seul* », affirment-ils par peur d'être perçus comme faibles.

Ainsi, une même action « alcool » doit-elle se décliner en permanence selon l'âge du public, ses passions et préoccupations, et bien sûr selon les usages du produit dans le groupe.

« Casser » les représentations

Doit-on tout aborder lors d'une séance ou sur un stand ? Impossible. Les objectifs sont donc dosés en fonction de la proportionnalité supposée du groupe : expérimentateurs, usagers festifs ou problématiques, consommateurs réguliers ou indifférents. Chacun doit se sentir reconnu et concerné par le propos, un peu bousculé mais jamais jugé. L'objectif général étant bien d'éveiller un désir de changement pour chacun :
– *éviter ou retarder l'expérimentation* : un objectif prioritaire pour les plus jeunes ;
– *éviter le passage d'une consommation occasionnelle à une consommation régulière ou problématique*. Ici, il convient de casser les représentations. Fête ou non, boire dix fois dans le mois qualifie une consommation d'alcool de régulière. De même, la vision d'une rasade d'alcool fort servie « à la maison », soit 8 cl le plus souvent (l'unité de base fait 3 cl à 40°), permet de prendre conscience qu'ils sont capables de boire plus qu'ils ne l'imaginent ;
– *réduire les risques*. Le jour d'une fête étudiante, par exemple, l'action ne peut avoir qu'un objectif : la réduction des

Le ton de l'action : quelques exemples

Le message ne peut être moralisateur et ne doit pas ignorer que la consommation d'alcool est d'abord source de plaisir, liée à la convivialité. Elle rend euphorique. Alcoolisé, on ose danser, parler, aimer ! Véritable psychotrope, l'alcool donne aussi l'impression de combattre, momentanément du moins, l'insomnie, la déprime ou l'anxiété. Lister les dangers de l'alcool sans évoquer le plaisir et les effets positifs attendus est intolérable car manichéen et culpabilisant.

Pour ceux qui consomment déjà, la peur de perdre ces bénéfices doit être levée grâce à des solutions alternatives que l'on propose, pour déstresser ou s'endormir par exemple. Une certitude : le risque « cancer », dans trente ans, captive peu le jeune qui abuse d'alcool. Si l'on espère une interrogation du consommateur sur ses habitudes, le bénéfice au changement doit apparaître. Et un bénéfice immédiat de préférence : l'impact sur le jeu de séduction, sur la beauté ou le poids par exemple. Dans le même sens, mais à moyen terme, la perte de chances liée à la consommation régulière ou problématique a également son effet : réussite scolaire ou sportive, perspective d'emploi... En outre, la possibilité de ne pas voir ses frais remboursés par son assureur en cas d'accident sous l'emprise d'alcool surprend les jeunes en âge de conduire leur premier véhicule.

Le choix du titre d'une conférence ou du slogan sur un stand de prévention doit permettre au curieux d'oser s'approcher, sans risque d'apparaître comme concerné par le problème alcool. Quand un titre caricatural « *Vous buvez, parlons-en* » ferait fuir tout passant, la porte d'entrée « *Stress, insomnie... comment gérer sans produits ?* » permet un dialogue aisé avec les étudiants. D'autres pistes sont possibles, que l'on peut mixer sur une même année afin d'installer une dynamique : « *Études, sport, faut-il se doper pour réussir ?* », « *La fête oui, la défonce non* ».

risques liés à l'ivresse. Imaginer ici une éducation globale relève de la fiction ! Avec les opérations « *capitaine de soirée* », il faut marteler le risque routier mais cela ne suffit pas, à deux titres... D'autres risques, liés à la désinhibition et à l'ivresse, existent qu'il ne faut pas sous-estimer. De plus, le message « *celui qui conduit ne boit pas* », invite certes le conducteur à la sobriété... mais autorise les quatre autres passagers à « *se lâcher* » ;

– *favoriser l'accès au soin*. Les consommateurs quotidiens et réguliers ainsi que les adeptes de la « *défonce rapide* » sont concernés. Puisque quelques-uns seront présents dans tout groupe de jeunes majeurs, et lycéens déjà, une information doit toujours être offerte sur les lieux anonymes et gratuits où ils pourront faire le point. Mais des coordonnées ne suffisent pas. Lever les freins qu'ils rencontrent pour demander de l'aide est un objectif prioritaire. À chercher du côté du fameux « *J'arrête quand je veux* », remis en question par l'impact de l'éthanol sur les neurones (les garçons sont accessibles à une explication « mécanique » du processus, plus souvent qu'à une vision psychologisante) ;

– *éduquer*... L'éducation d'un enfant ne peut se réduire à la mise à disposition

de moyens pour qu'il réussisse ses études et décroche un bel emploi. Dans une société vieillissante, quelle place et quelle confiance accordons-nous aux plus jeunes ? Quelle vision de l'avenir, du plaisir et de la fête ? Bien au-delà du cadre que les adultes doivent poser et expliciter, la question de santé publique « alcool et jeunes » renvoie à ce travail de fond des acteurs sanitaires, sociaux et politiques : donner à l'adolescent les moyens de se construire et d'apprendre à assumer responsabilité, engagement et difficultés sans recourir à la défonce, quel que soit le produit.

Dans tous les cas, l'intervention misera sur le potentiel des jeunes, leurs valeurs et leurs compétences, voie la plus sûre pour les mettre en marche et créer une dynamique au service de leur envie de vivre...

Hélène David

Directrice d'Émergence (centre d'addictologie de l'Institut mutualiste Montsouris), Paris.

1. Claude Olievenstein, psychiatre, fut le patron de Marmottan, centre hospitalier pour toxicomanes, de 1971 à 2001.

Les parents, premiers acteurs de la prévention

Les parents sont en toute première ligne pour prévenir les consommations excessives de leurs enfants, rappelle Philippe Jeammet. Car, même s'ils disent le contraire, les jeunes attendent de leurs parents qu'ils assument cette responsabilité éducative. La véritable prévention se crée par la qualité des échanges entre l'enfant et sa famille.

Les parents sont les premiers acteurs potentiels de la prévention et ce, à double titre. Parce qu'ils sont les acteurs essentiels de l'établissement des liens primaires de confiance entre l'enfant et son environnement et, en miroir, de la confiance de l'enfant en lui-même. Lien de confiance fondateur de la qualité de l'attachement et notamment de sa dimension dite sécuritaire. C'est l'intériorisation de celle-ci par l'enfant qui sert de support à la qualité du regard qu'il pose sur lui-même, à son estime de lui-même, à sa confiance en lui, en un mot à son narcissisme.

Ce soutien, par le regard parental, est nécessaire pendant tout le développement de l'enfant et de l'adolescent et même au-delà. Il le sera d'autant plus que cette base de confiance primaire et de sécurité interne sera plus fragile du fait des vulnérabilités conjuguées des fragilités tempéramentales de l'enfant et des aléas de ses liens relationnels précoces, de son éducation et des événements qui auront jalonné sa vie. Encore faut-il que les parents soient conscients de l'importance de leur rôle.

Or, ce soutien que constituent les adultes est devenu particulièrement fragile et peu sûr dans notre contexte actuel, où tout consensus éducatif a disparu et où l'autorité est souvent vécue comme un abus de pouvoir. De plus en plus de parents ne se sentent plus légitimes d'imposer une exigence éducative. C'est particulièrement le cas en ce qui concerne l'usage des drogues dites licites : le tabac, l'alcool. À cette disqualification de l'éducatif s'est substituée une survalorisation de l'écoute des enfants, certes indispensable, mais à condition qu'elle soit réciproque et que les adultes se sentent autorisés à être eux aussi écoutés. Mais qui peut

désormais les autoriser, sinon eux-mêmes ? Au nom de quoi les parents d'aujourd'hui se sentiraient-ils justifiés à poser cette limite dont ont tant besoin nos adolescents et qui peut se formuler ainsi : « *on ne s'abîme pas et on n'abîme pas les autres ; on se respecte et on respecte les autres* » ? Mettre l'accent sur la responsabilisation des parents, c'est affirmer, à leurs yeux et à ceux de leurs enfants, la réalité de leur importance. C'est valider et soutenir l'action éducative des parents, c'est-à-dire en reconnaître la valeur et la nécessité. Pour se sentir autorisé à prendre une position ferme et tranquille, il faut savoir pourquoi on le fait et dans quel but.

Les parents doivent comprendre que l'enfant comme l'adolescent sont avant tout en attente de liens qui les nourrissent et les construisent. Ils sont dans une quête d'eux-mêmes qui passe par la rencontre avec les autres et dont l'issue dépendra de la qualité de présence des adultes, de leur capacité à transmettre et du contenu qu'ils ont à transmettre. L'absence de réponse n'est pas la liberté, c'est l'abandon.

C'est l'attente des jeunes à l'égard des plus âgés qui confère à ceux-ci une responsabilité éducative et un rôle de modèle, quoi que puissent en dire ces jeunes et je dirais même surtout s'ils prétendent le contraire. L'opposition aux adultes et même leur rejet est la marque de la déception et, s'ils ont été déçus, c'est qu'ils avaient des attentes, et leur déception est à la mesure de celles-ci. L'attente est toujours là derrière la déception, mais il faudra que les adultes sachent persévérer dans leur position avant que les attentes des jeunes leur soient devenues tolérables et qu'ils puissent accepter d'écouter et d'être réceptifs aux propos des adultes.

Les parents et les adultes en général comprendront d'autant mieux l'importance d'être attentifs à leurs enfants et adolescents et de se sentir autorisés à poser des limites, qu'ils seront conscients que les troubles du comportement, telle la prise d'alcool, par leur caractère excessif, répétitif et potentiellement destructeur ne sont pas un choix pas plus que ne le sont les troubles mentaux de façon plus générale. Les troubles du comportement et les troubles mentaux proprement dits s'imposent au sujet et relèvent du registre de la destructivité. Leur point commun, outre leur caractère stéréotypé, c'est l'amputation d'une partie des potentialités de l'individu et son appauvrissement. C'est une contrainte qui s'impose pour des raisons émotionnelles liées à la peur et au sentiment de menace. Les désirs y sont finalement peu impliqués si ce n'est par leur caractère menaçant. Mais, en s'imposant au « Moi », les troubles du comportement permettent à celui-ci de retrouver une identité (NDLR : dans le sens d'une appropriation) : « *Mon comportement, comme mes émotions, comme mon caractère, c'est à moi.* » Conviction d'autant plus forte que, par ses troubles, l'individu se différencie ainsi des autres, de ces autres dont il se sent dépendant. C'est un grand danger car, à défaut d'avoir choisi ces troubles et ces comportements, il peut être tenté de s'y enfermer et de s'affirmer ainsi dans sa différence.

Les parents seront d'autant plus convaincants qu'ils seront eux-mêmes plus convaincus de la nécessité et de la légitimité de poser ces limites. S'ils le font, ce n'est pas pour chercher à contraindre leurs enfants, à leur imposer des règles arbitraires et de simple convenance sociale, c'est parce que nos enfants sont trop précieux, trop impor-

tants pour s'abîmer d'une façon ou d'une autre. Que ce comportement va à l'encontre de ce qu'ils souhaitent vraiment ; qu'il est la réponse à leur déception. Mais ce n'est en aucun cas une raison pour devenir son propre bourreau. S'ils ont des choses à dire, de la colère à exprimer, des rancœurs accumulées, ils ont d'autres moyens de les exprimer que de s'abîmer.

Mais concrètement comment assurer cette vigilance et poser les limites ? La véritable prévention, nous l'avons dit, commence bien avant que la question ne se pose. Elle se crée par la qualité des échanges entre l'enfant et sa famille : confiance partagée qui s'appuie sur des règles et des limites clairement posées, évoluant avec l'âge, dont l'objectif, lui aussi clairement exprimé, est l'épa-

nouissement des potentialités de l'enfant et le refus qu'il s'abîme ou qu'on l'abîme. Pas de diabolisation des conduites déviantes, mais saisir toutes les occasions d'en parler pour en montrer le caractère destructeur, triste, appauvrissant, subi plus que voulu, à la place de relations décevantes et de déceptions. Essayer que l'enfant participe activement à ce constat et puisse se faire une opinion sur ces comportements à propos d'autres que lui, ou d'un film, ou d'un incident à l'école ou ailleurs, avant qu'il ne soit lui-même concerné et donc immédiatement placé dans un rapport de force avec ses parents. Il me paraît important en particulier de bien comprendre que l'objectif essentiel est la qualité du développement du jeune et qu'en tant que parent on ne sera jamais d'accord ni complice avec le fait qu'il

puisse s'abîmer et se priver d'un épanouissement souhaité parce qu'il est déçu ou a peur de ne pas l'atteindre. Et le fait pour les parents d'avoir été confrontés à des difficultés semblables ne doit pas rendre ces comportements destructeurs plus acceptables chez leur enfant. À partir de ce refus de toute complicité avec le fait que le jeune puisse s'abîmer et de la limite posée au comportement destructeur, s'ouvre l'espace du soin qui suppose que les parents passent la main aux soignants quels qu'ils soient, mais en restant les gardiens de l'obligation d'un abandon à terme du comportement destructeur par le jeune.

Philippe Jeammet

Psychanalyste, professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'université René Descartes-Paris 5.

Entretien avec Philippe Castera, médecin généraliste, coordinateur médical du réseau « Addictions Gironde » (Agir 33).

« Repérer quand la consommation devient problématique »

Les médecins généralistes ne se sentent pas forcément compétents pour accompagner des jeunes ayant des consommations excessives d'alcool ou de cannabis. Pourtant, pour Philippe Castera, le généraliste est le mieux placé pour sensibiliser ces jeunes, à condition d'être formé, comme c'est le cas en Gironde. Avec des résultats incontestables.

La Santé de l'homme : Vous êtes médecin généraliste exerçant en ville. À ce titre, quel bilan tirez-vous des consultations cannabis ?

Philippe Castera : J'ai d'abord le regard du médecin exerçant à Bordeaux, qui apprécie qu'une structure peu stigmatisante existe, à laquelle les jeunes accèdent sans rendez-vous et rencontrent des professionnels compétents. Je sais, ensuite, que l'accueil est apprécié des jeunes et que la consultation cannabis (cf. encadré) commence à être connue par mes confrères généralistes, ce qui est, pour le coordinateur à mi-temps du réseau Addictions Gironde que je suis, une bonne chose. Je vois, enfin, qu'une structure de ce type est pour nous, professionnels du soin, une solution accessible et simple, au moins sur la question du cannabis. Car il est vrai que la consultation cannabis ne va pas de soi. Les pro-

fessionnels sont relativement peu formés à ce type de prise en charge et ils sont rapidement perdus. Il se passe alors qu'un patient, souvent adressé par son entourage, se retrouve devant un médecin, qui, ne sachant pas trop quoi faire, va l'orienter rapidement vers ce genre de structure. Elle saura, d'ailleurs, en fonction de la gravité du problème, prôner une réorientation vers une consultation encore plus spécialisée.

S. H. : On parle pourtant et ce, pour des raisons de précocité dans l'intervention, de passer de la consultation cannabis à une approche multiproduit. Qu'en pensez-vous ?

C'est pour moi une évidence. Que se passe-t-il d'une manière générale dans une consultation cannabis ? Dans la plupart des cas, la consommation n'est pas le problème le plus aigu. Une première

approche du type consultation cannabis s'avérera alors suffisante. Mais souvent cette consommation est un indicateur de quelque chose qui peut révéler un profond mal-être. Et c'est la fréquence de la consommation qui va susciter de la part des professionnels une autre orientation plus lourde, plus complexe. Il existe pour autant une réalité : c'est que nous sommes progressivement en train de sortir d'une vision par produits pour accéder à une vision plus globale, au sens addictologique du terme. Cela paraît donc plus cohérent de parler d'une approche multiproduit. Selon moi, ce qui est le plus important de repérer chez un jeune consommateur, c'est ce qui fait problème dans sa consommation, quel que soit le produit. Pour quoi est-il en difficulté ? La recherche de la réponse va sans doute nécessiter de la part du professionnel de santé de ne pas se limiter à la seule consommation

d'un produit, en l'occurrence du cannabis. Nous savons fort bien maintenant que les consultations ciblées s'occupent de toutes les consommations problématiques.

S. H. : C'est-à-dire ?

Essentiellement l'alcool, avec ses nouveaux modes de consommation mais aussi le tabac. Les prises en charge sont cumulées et la logique veut que nous nous orientions de plus en plus vers une prise en charge des consommations problématiques, y compris les addictions sans substances. Claude Olievenstein soulignait qu'une addiction, c'est la rencontre d'une personnalité, d'un produit, et d'un moment socioculturel. En fait, à un moment donné, le jeune va basculer autant dans son mal-être que dans sa consommation du produit, une consommation qui existait déjà. D'une consommation je dirais à faible risque, il passe un jour à une consommation problématique. Le produit, à la limite, compte peu. L'important est le changement de comportement.

S. H. : Cette approche multiproduit nécessite-t-elle des compétences particulières ?

Je pense qu'il serait important que nous développions les compétences d'un maximum de professionnels bien au-delà des professionnels spécialisés. Parce que le moment où le jeune bascule dans un comportement inquiétant va être, très souvent, repéré par un observateur non conscient du danger. Je m'explique : il y a dans le changement comportemental des signes. Et ceux-ci sont bien souvent repérés par des personnes de l'entourage. Ces signes sont un ensemble de choses, très global, qui vont nécessiter un accompagnement assez précis. Dans ce domaine, celui du mal-être, une action préventive peut être pressentie mais elle dépasse la quasi-totalité des professionnels du soin. On dit que les médecins généralistes ne voient pas assez les jeunes. Je peux dire, par mon expérience, que c'est faux. Nous voyons les filles pour la pilule, les vaccins contre le cancer du col de l'utérus, les contre-indications aux sports, l'acné, les problèmes de nutrition, etc. Nous voyons souvent les jeunes quand ils ont une difficulté. Nous pouvons repérer une consommation. Mais nous ne savons pas repé-

rer le moment où la consommation devient problématique.

S. H. : Quels professionnels et quels lieux seraient les plus concernés pour être efficaces dans le repérage du mal-être du jeune ?

Pour être efficace, il faut savoir mobiliser tous ceux qui entourent le jeune. Quand celui-ci est mal, il ne parlera pas de ses difficultés. Le premier signal d'alarme est souvent donné par son entourage. Comme généraliste, je connais plus facilement les membres d'une même famille. Et ce qui peut paraître comme un atout – cette connaissance de l'environnement familial – est aussi un inconvénient, dans le sens où cela peut davantage bloquer la parole. Beaucoup de jeunes qui viennent me voir pour ce type de problème sont souvent envoyés par une copine, ou un ami. Je pense donc que nous avons, comme médecins, une place particulière, mais nous avons besoin de tous les professionnels qui œuvrent dans des structures que fréquentent les jeunes. Et notamment tout professionnel que le jeune va identifier comme légitime. Ce sont les professionnels exerçant dans le cadre éducatif scolaire (collège, lycée, etc.). Ce peuvent être, par exemple, des éducateurs sportifs. Ces acteurs-là doivent être informés des signes ou des marques d'un comportement qui poserait quelques interrogations. Sans doute, des formations spécifiques sont à envisager, ne serait-ce que dans un parcours d'orientation. Nous avons besoin de tous ceux qui accompagnent le jeune, notamment à l'adolescence.

S. H. : Cela veut-il dire qu'il manque des outils de repérage, des formations ?

Il y a probablement des outils à développer pour améliorer la compétence des professionnels, y compris des médecins, dans le repérage de ce qui fait problème. Il y a sûrement des techniques d'intervention à inventer, qui faciliteraient l'appropriation par le jeune du fait que sa consommation fait problème. Je parle, par exemple, des entretiens motivationnels. Ce sont des outils simples, relationnels, qu'il est nécessaire d'imaginer. Vous savez, il y a une faible proportion de jeunes qui vont aller directement consulter, et notam-

ment parmi ceux qui en auraient le plus besoin.

S. H. : Vous proposez des formations « addictologie » en direction des médecins généralistes. Quels en sont les principaux enseignements ?

Dans un premier temps, les médecins généralistes sont assez réticents vis-à-vis des addictions en général. Ils ont conscience qu'ils manquent de compétences et ils pensent au départ que les patients qui seraient concernés par ce type de mal-être seraient mieux pris en charge par d'autres professionnels qu'eux. Mais, quand ils ont été formés, je peux dire qu'ils sont très satisfaits. Nous avons de la facilité à les former autour du cannabis parce que la demande émerge de plus en plus et qu'ils ont le sentiment que le jeune parle assez facilement de sa consommation. C'est plus difficile concernant l'alcool car, sur ce sujet, il y a beaucoup de déni. En termes de formation, nous développons des outils très pratiques de repérage et d'intervention. Nous restons assez proches de leur quotidien et ils ont le sentiment d'avoir des outils facilement utilisables, aidant pour l'orientation par exemple. Nous travaillons avec 30 à 40 % des médecins les plus motivés. Depuis quelques années, nous sentons une évolution positive, sans doute du fait de la féminisation de la profession, d'un souci de travailler différemment, un peu plus lentement, un peu plus humainement. Les mentalités changent.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**

Consultations cannabis... et autres substances

Depuis 2005, un réseau de consultations spécifiques a été mis en place dans l'ensemble des départements. Gratuites et anonymes, elles sont destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives, et à leur famille. Ces consultations, menées par des professionnels formés aux spécificités du cannabis, permettent :

- d'effectuer un bilan des consommations ;
- d'apporter une information et un conseil personnalisé aux consommateurs et à leur famille ;
- d'aider en quelques consultations à arrêter la consommation ;
- de proposer une prise en charge à long terme lorsque la situation le justifie.

Extrait du site Internet de la MILDIT : www.drogues.gouv.fr

La Roche-sur-Yon : prévention en amont à l'échelle d'une commune

La ville de La Roche-sur-Yon a mis en place un dispositif global pour prévenir l'hyperalcoolisation des jeunes : formation des éducateurs et des enseignants, interventions de prévention sur les lieux de rassemblement de la commune, sensibilisation du public, des commerçants, des gérants des débits de boissons et des discothèques. L'objectif est d'organiser la prévention au niveau du territoire.

La ville de La Roche-sur-Yon, dans le cadre d'une décision prise par le conseil local de sécurité et de prévention de la délinquance (CLSPD), fin 2006, s'est engagée à lutter contre l'hyperalcoolisation des jeunes. Cette action est la résultante des observations menées, pendant un an, par les médiateurs sociaux sur le territoire communal. Un groupe s'est constitué comprenant les services de la Ville, de l'État, de la caisse primaire d'Assurance Maladie, de l'Inspection académique, de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa 85) et de l'Association de coordination des associations de quartiers pour réfléchir sur des propositions d'actions. Différentes actions proposées et validées en séance plénière du CLSPD ont été engagées, depuis 2007, afin de sensibiliser et informer le grand public, les jeunes en particulier.

Dans un premier temps, une étude sociologique a été menée (*NDLR : voir article page suivante*) afin d'apporter un éclairage local sur ce phénomène, de mieux connaître les modalités d'alcoolisation des jeunes, de mesurer aussi la perception en matière de prévention et de santé des jeunes consommateurs d'alcool afin d'agir sur leur système de valeurs. Un bilan des actions réalisées par les différents acteurs a été dressé, en préalable à la création d'un réseau et à la mobilisation de ces acteurs dans le cadre de la coordination des actions. Dans un second temps, les personnes relais (animateurs socioculturels, conseillers principaux d'éducation, éducateurs de prévention, médiateurs sociaux) en contact avec des jeunes ont été formées. Plusieurs objectifs étaient visés :

- échanger autour des besoins et des

difficultés des personnes relais dans leur rôle, de leur place et de leurs missions sur la problématique alcool ;

- faire le point sur les conduites d'utilisation des produits psychoactifs (alcool et autres produits) ;
- comprendre la place des conduites à risque chez les jeunes, définir la place de l'adulte dans une démarche de prévention, d'accompagnement et d'aide.

Étape suivante, une campagne de sensibilisation et de prévention de l'alcoolisation a été menée par le conseil municipal des jeunes. Des affiches et des dépliants d'information ont été réalisés. Parallèlement, une campagne relative à la réglementation de la vente d'alcool aux mineurs a été organisée dans les grandes surfaces commerciales ; elle poursuivait deux objectifs :

- faciliter l'application de la loi par le rappel aux commerçants et aux clients de la réglementation spécifique à la protection des mineurs ;
- rappeler à l'ensemble de la population que l'alcool n'est pas un produit comme les autres puisqu'il est en vente réglementée.

En complément, une charte a été signée entre les gérants des grandes surfaces, le préfet, le procureur et le maire.

Parallèlement à ce dispositif, des animations ont été organisées dans les grandes surfaces yonnaises, à l'espace Jeunes¹ et au forum des métiers et de la formation². Ces animations de terrain ont permis d'interpeller les citoyens sur leur consommation d'alcool, par le biais de questionnaires et d'un logiciel d'évaluation. L'objectif était de pouvoir toucher le maximum de personnes en portant une attention particulière aux jeunes, sans se situer dans la répression ni la culpabilisation, et de proposer d'autres boissons, en particulier des cocktails sans alcool.

Un groupe d'échanges de pratiques, placé au cœur de ce dispositif de prévention, est composé de différents professionnels en contact avec des jeunes : conseillers principaux d'éducation, policiers municipaux, médiateurs sociaux, animateurs jeunesse, éducateurs de prévention, infirmières scolaires, gardiens

d'équipements sportifs, responsables de centres d'apprentissage, etc. Il est animé par une psychologue qui intervient dans différentes structures (centre hospitalier spécialisé, collectivités territoriales, associations, etc.) pour des supervisions et/ou des analyses de pratiques. Ce réseau a pu questionner les pratiques des professionnels, par exemple quelles postures adopter face aux comportements à risques des jeunes. Cette mise en réseau a permis d'agir dans un cadre cohérent à l'échelle d'un territoire.

En complément de ce dispositif, le CLSPD de la Roche-sur-Yon a décidé de s'inscrire dans la durée en organisant, fin 2008, puis fin 2009, une vaste campagne d'information et de prévention alcool (affichages, presse, radio, etc.) destinée à l'ensemble de la population. Sous la houlette du maire avec le soutien du préfet, les Yonnais ont été invités à modérer et doser leur consommation d'alcool lors de la période de fin d'année. Cette campagne, financée dans le cadre du Fonds interministériel de la délinquance, vise à interroger nos consommations par un message qui résonne certes comme un mot d'ordre « DOSEZ » mais qui ne fait que suggérer sans jamais être moralisateur. Au final, il s'agit de favoriser une prise de conscience collective sur la consommation d'alcool et sur ses effets. En amont, deux intervenants – un agent municipal et une animatrice de prévention en addictologie de l'Anpaa – ont mené une mission de sensibilisation auprès des gérants des débits de boissons, bars et discothèques. La moitié des quatre-vingts établissements de la ville, dont quatre bars de nuit ou discothèques, se sont associés à la démarche de prévention.

Philippe Zongo

Directeur,
Direction de la prévention
et de la tranquillité publique,
mairie de La Roche-sur-Yon.

1. Lieu d'accueil, d'expression, d'accompagnement de projets, de valorisation de pratiques culturelles et d'information, dédié aux 13-25 ans.

2. C'est un forum annuel, ouvert pendant trois jours à tous les jeunes de Vendée et qui reçoit près de dix mille visiteurs.

Représentations de l'alcool et pratiques de consommation des jeunes à La Roche-Sur-Yon

À la suite d'une réunion du conseil local de la prévention de la délinquance (CLSPD) de La Roche-Sur-Yon en décembre 2006, il a été décidé de réaliser une enquête sociologique relative aux comportements à risques des jeunes, et plus précisément en matière d'alcoolisation, sur le territoire communal. L'opportunité de cette étude reposait sur le constat émis par différents acteurs du champ éducatif, sanitaire et social, de la police et de la justice d'une forte alcoolisation des jeunes, au regard d'une occupation des espaces publics de jeunes alcoolisés, du nombre d'états d'ivresse et d'accidents dus à l'alcool.

Entre janvier 2007 et novembre 2008, 90 jeunes de 13 à 18 ans ont été interviewés (52 jeunes en établissements scolaires, 28 dans les parkings et espaces publics, et 10 dans les cours de collèges).

Nous donnons ici quelques résultats¹ issus des entretiens auprès des jeunes, qui ont volontairement accepté de répondre aux questions posées dans un réel climat de confiance.

Ainsi, les **raisons de la consommation** d'alcool

reposent selon eux surtout sur le plaisir de la fête et la quête de l'ivresse. Toutefois, il apparaît que la consommation est liée aussi à l'ennui et représente une aide pour faire passer le temps. En outre, pour les plus jeunes, la consommation d'alcool permet de se donner plus de force, de se sentir « grand » et de se montrer.

« L'alcool, c'est pour s'éclater mais aussi pour prouver qu'ils sont adultes. Les jeunes boivent parce qu'ils s'ennuient, ou qu'ils sont déprimés »². « Pour se la péter, pour se rendre intéressant ». « C'est aussi ce qu'on va boire après les cours, parce qu'on n'a rien à faire. »

Le regard sur la prévention. Sur l'ensemble des jeunes rencontrés, seulement un quart a assisté à des interventions de prévention concernant la thématique de l'alcool. Pour eux, les messages fréquemment transmis par les intervenants apparaissent encore trop « moralisateurs » et « culpabilisants ». Si ces points incitent à repenser à un plus fort développement d'actions de prévention, dont les modalités pédagogiques restent à affiner, cette prévention ne doit pas être axée uniquement sur les com-

portements individuels. Elle doit aussi interpellier, selon eux, les comportements des adultes évoluant dans leur environnement, car les jeunes ne manquent pas de souligner que de nombreux adultes qui se disent « responsables » et qui leur « donnent des leçons » consomment. Si d'autres points – comme le rôle des parents, les raisons de l'occupation de l'espace public, l'alcool et le travail – furent abordés, il est apparu au cours des rencontres que répondre à l'alcoolisation des jeunes uniquement sous un angle sanitaire et/ou sécuritaire serait insuffisant. Il faut aussi et surtout s'interroger sur le rôle social du jeune et sur la place (actuelle et future) que la société, la cité lui accordent au travers des politiques publiques le concernant (emploi, jeunesse, sport, santé, etc.).

Éric Le Grand

Sociologue.

1. Le rapport peut être demandé auprès de l'auteur : ericlegrand35@orange.fr

2. Les extraits d'entretiens sont en italiques entre guillemets.

« Los Angels de la Nuèch » : une équipe de prévention nocturne de Montpellier

À Montpellier, une équipe mobile de trois jeunes intervenants sillonne le centre-ville la nuit pour porter un message de prévention. L'opération s'intègre à un dispositif plus large, elle est portée par la municipalité, la préfecture et l'association Avenir Santé.

Le projet « Los Angels de la Nuèch »¹ consiste à réaliser des rondes de prévention des risques liés à une hyperconsommation d'alcool sur l'espace public, aux abords des lieux festifs et de convivialité (bars, restaurants, etc.) du centre-ville de Montpellier. Et cela, en axant sur la responsabilisation des personnes vis-à-vis de leurs comportements, de leurs consommations et de leurs amis.

À l'origine de ce projet, deux constats. D'un côté, la ville de Montpellier et la préfecture de l'Hérault cherchent à résoudre un problème de tranquillité publique en centre-ville : bruit à la sor-

tie des lieux de convivialité, dégradations de biens publics, violences dues aux consommations importantes d'alcool et plaintes des riverains. De l'autre, l'association Avenir Santé enregistre une évolution du mode de consommation d'alcool par les jeunes qui cherchent à s'« hyperalcooliser ». Les intervenants bénévoles de l'association constatent une avancée de l'heure de la première alcoolisation. Les jeunes participent à des « before », des soirées de « préchauffe » en centre-ville (l'alcool, dans les bars ou épiceries de nuit, y étant moins cher). À l'arrivée en boîte, où l'association met en place des opérations « anticartons » (prévention des accidents de la route au cœur des soirées étudiantes), beaucoup de jeunes sont déjà alcoolisés.

Le projet a été mis en place conjointement par la Ville (conseil local de sécurité et de prévention de la délinquance – CLSPD, cohésion sociale), la préfecture

et Avenir Santé, à la suite de cet état des lieux. Un comité de pilotage tripartite définit les objectifs généraux du projet, les modalités d'intervention et communique pour la mise en place d'une collaboration de terrain avec les autres acteurs impliqués sur les problématiques de tranquillité publique (police municipale et nationale, brigade anti-criminalité, etc.) et de santé publique (Croix-Rouge, équipe mobile d'information et de prévention de santé (Émips), Sécurité routière, pompiers, etc.).

L'action consiste en une équipe mobile constituée de trois jeunes intervenants spécialement recrutés, formés et suivis par les professionnels d'Avenir Santé. Leur formation initiale est composée d'une partie théorique et d'un temps d'accompagnement sur le terrain durant un week-end. Puis, tout au long de l'année, des formations spécifiques sont mises en place (alcool, cannabis, écoute, gestes de premiers

secours, présentation des partenaires et des lieux d'orientation). Pour assurer un suivi régulier des actions, un bilan est demandé aux intervenants après chaque week-end de ronde. C'est en s'appuyant sur ce bilan, ainsi que sur les rencontres organisées tout au long de l'année, que l'équipe d'Avenir Santé permet aux Angels d'avoir une réflexion sur leurs pratiques et des compléments de formation selon les problématiques rencontrées sur le terrain.

Munis d'outils de prévention (éthylotests, jeu cannabis, préservatifs, etc.), de cartes de présentation, de brochures d'information et d'orientation, et d'eau, les Angels se déplacent en « pousse-pousse » de 20 heures à minuit sur les différents lieux d'affluence du centre-ville, les vendredi et samedi. Leurs objectifs sont les suivants :

- aller au devant des groupes le plus en amont de la soirée dans une logique de dialogue ;
- susciter l'échange autour des risques immédiats de l'hyperconsommation d'alcool et de la consommation de produits stupéfiants ;
- évaluer les consommations d'alcool, en priorité celle des conducteurs (avec des outils de type éthylotest) ;
- chercher avec eux des solutions pour que la suite de la soirée se déroule sans incidents ;
- orienter les personnes rencontrées,

si besoin, auprès de structures locales (Anpa, planning familial, CDAG, point écoute, etc.) pour une prise en charge et un suivi ;

– être en lien avec les équipes opérant la nuit (police municipale, police nationale, associations de terrain, etc.).

Notre équipe de jeunes intervenants a principalement un rôle de relais. L'action est complémentaire des autres dispositifs et initiatives mis en place sur la ville, comme la « Maison de la prévention », où l'on peut orienter le public rencontré (ateliers, permanences d'associations et services y sont proposés tout au long de l'année²).

Depuis la mise en place du projet, en juin 2008, onze « Angels » ont été formés et sont intervenus auprès de plus de cinq mille personnes. L'entrée en matière ne se fait pas toujours directement sur les thématiques que nous souhaitons aborder, mais rapidement l'échange s'oriente sur des questions telles que : « l'alcool sur la voie publique », « qui prend le volant ce soir ? », « faut-il totalement s'abstenir de boire ? », « à partir de quand doit-on se considérer comme alcoolique ? », « quels sont les risques des mélanges ? »

Ces éléments d'évaluation sont issus des bilans hebdomadaires rendus par l'équipe mobile, dans lesquels il est

demandé de préciser à chaque étape de la ronde le nombre et le type de personnes rencontrées, l'ambiance de la place, les thématiques abordées, les éventuelles orientations et/ou le matériel utilisé. Ces bilans sont les supports des comités de pilotage trimestriels décidant des améliorations à apporter au projet. Pour compléter cette évaluation, une enquête auprès du public rencontré et une autre auprès des établissements de nuit sont en préparation.

Julie Bouchard

Coordnatrice Prévention,
Avenir Santé, Montpellier.

1. « Les anges de la nuit » en occitan.

2. La Maison de la prévention santé de la ville de Montpellier a ouvert en décembre 2007. Au travers de son centre ressource, de sa salle de conférence, de l'espace interactif et des bureaux mis à disposition des associations pour des permanences ou des événementiels, la Maison de la prévention est un carrefour d'information et de rencontre entre les acteurs de la santé et le public montpelliérain.

Pour en savoir plus

Julie Bouchard, coordinatrice Prévention
Sud et Renaud Bouthier, directeur
Tél. : 04 67 61 23 21
<http://www.avenir-sante.com>
info@avenir-sante.com

Changer les représentations que les jeunes ont de l'alcool

À Épidaure, département de prévention du centre de lutte contre le cancer de Montpellier, les jeunes sont reçus en groupes et ateliers par des professionnels qui les aident à « déconstruire » les représentations qu'ils ont de l'alcool. Une démarche éducative pour, par exemple, apprendre à savoir « dire non » sans perdre la face.

La fête est une composante de la vie sociale plus ou moins importante selon les âges. Chez les adolescents, elle représente un élément déterminant de leur équilibre, c'est pourquoi elle s'impose comme un thème d'éducation pour la santé. Si la fête est associée prioritairement au plaisir, ses rituels susci-

tent des prises de risques diverses. Alors que se multiplient les campagnes de prévention et d'information sur les addictions, il apparaît une augmentation des ivresses et des polyconsommations de plus en plus précoces. Si la transmission de savoirs est relativement bien maîtrisée, l'influence sur les « savoir-faire » et « savoir-être » reste un terrain encore largement en friche. Pour faire changer les habitudes nocives, il est nécessaire d'identifier les freins aux modifications de comportements et de trouver des leviers spécifiques qui ne pourront être utilisés qu'à partir de l'intégration d'une base de connaissances valides. Dans le cadre d'un projet de

classe, une enseignante chargée de l'éducation pour la santé et une animatrice santé accueillent des jeunes de collèges et de lycées (de 13 à 20 ans) à Épidaure, le département de prévention du centre de lutte contre le cancer de Montpellier. Épidaure est un musée interactif sur le thème de la santé. Nous y accompagnons les jeunes dans la construction de leurs repères de santé, à travers des animations ludiques, des situations proches de leur vécu, afin que ce moment soit fort en émotions et ne se cantonne pas à de la théorie « scolaire ».

Une première étape consiste à aider les jeunes à trier les informations qui

leur parviennent des médias, des copains, des rumeurs et des professionnels, en utilisant la technique des blasons, technique d'animation avec laquelle on recueille par petits groupes les pensées, les représentations. Un débat permet ensuite de les confronter en groupe classe.

Vient ensuite un temps d'accompagnement dans la comparaison de ce savoir à leurs habitudes afin qu'ils construisent leur savoir-être. On est alors confronté, entre autres, au sentiment d'invulnérabilité, au besoin de vivre dans l'immédiateté, qui caractérisent l'adolescence et qui sont des freins au changement, freins d'autant plus forts que l'événement à craindre n'est que probable. La rencontre avec les jeunes devra donc s'appuyer sur une participation active ancrée sur les représentations et les valeurs individuelles et collectives : apprendre à se connaître, à positionner son comportement sur des échelles risques/plaisir, à savoir dire « non » sans crainte de perdre la face, à résister à une attitude grégaire, à reconnaître les manipulations publicitaires, etc. Le dispositif mis en place (*voir encadré ci-contre*) permet de construire l'intervention entre partenaires du projet, puis entre adultes et jeunes, et de l'adapter aux objectifs du groupe et à ses connaissances, attitudes et compétences.

En vingt ans d'activité d'Épidaure, nous avons recueilli les attentes des jeunes, qui sont de trois types :

- une information sur les risques ;
- une écoute de la part des éducateurs et des pairs ;
- des images chocs, des émotions fortes pour leur permettre d'imaginer que « cela » pourrait leur arriver lors de la prochaine fête.

Une partie du chemin est amorcée, reste à nous tous, parents, éducateurs, professionnels de santé, politiques, d'inscrire les actions avec les jeunes dans la durée et la cohérence afin que la fête rime plus avec plaisir qu'avec risque.

Muriel Bousquet

Enseignante en éducation pour la santé,

Hélène Sancho-Garnier

Médecin de santé publique,

épidémiologiste,

Épidaure, Montpellier.

Une aventure santé sur mesure

En pratique, pour venir à Épidaure avec une classe, un groupe de centre de loisirs, etc., il faut prendre rendez-vous et renseigner un document intitulé « Un projet, une aventure santé avec Épidaure » en ligne (<http://www.valdorel.fnclcc.fr/epi/pdf/secondaire/charte/charteVF.doc>). Un dispositif pédagogique est alors élaboré par l'enseignant responsable, l'animatrice et l'équipe pédagogique de l'établissement pour répondre au mieux à la demande.

Lorsque l'animation est prévue autour du thème de la fête, les jeunes, à leur arrivée, s'installent « au bar », environnement pédagogique destiné à ancrer la séance dans le vécu. Les idées reçues et les représentations de la fête sont recueillies, et des questions sont ainsi abordées telles que :

- la fête, pourquoi ? Liberté individuelle, pression sociale ou manipulation par les lobbies ;
- les ingrédients de la fête, les incontournables, les accessoires... ;
- l'ivresse, l'alcoolique : comment les définir ? ;
- les risques.

Ensuite, par petits groupes, les jeunes réalisent trois ateliers interactifs d'une durée de deux à trois heures. Le premier atelier commence par une situation « d'apéritif », chacun se servant un verre « comme on le ferait dans une fête » (d'eau bien évidemment). Les jeu-

nes confrontent ensuite leur dose aux doses standard. Ils sont nombreux à constater que leur verre correspond à deux, trois doses standard, voire plus... Le calcul du nombre de verres consommés permet une estimation du taux d'alcoolémie, objet du deuxième atelier. La courbe de ce dernier apparaît alors sur le simulateur d'alcoolémie. Chacun peut ainsi prendre conscience de la lenteur de l'élimination de l'alcool dans le sang. Ils expérimentent, enfin, au cours du troisième atelier, un circuit psychomoteur, munis de lunettes qui modifient le champ visuel à l'image d'une concentration moyenne ou élevée d'alcool dans le sang. Chaque incident de parcours est analysé en projetant dans la réalité, les dommages pour soi et pour les autres. Un échange s'instaure sur les effets de la consommation sur la santé, sur les risques à court et moyen termes mais aussi sur le regard que les autres portent sur la personne qui boit beaucoup en fête.

L'évaluation montre que ce dispositif « écorche » le sentiment d'invulnérabilité des jeunes. Deux tiers d'entre eux pensent que « ça pourrait leur arriver ». Ils sont alors nombreux à proposer de choisir « un capitaine de soirée » et un tiers envisage de diminuer leur consommation.

M. B., H. S.-G.

« La cuite, c'est pas automatique »

conduites à risques et, en particulier, des consommations abusives d'alcool chez les jeunes, Paris développe un projet qui, dans une première phase, vise deux objectifs :

- travailler avec des groupes de jeunes pour mieux comprendre ce que signifie la pratique du *binge drinking* ;
- mener un travail de sensibilisation auprès de ces jeunes et de leurs pairs à travers la valorisation de leur expression et de leur créativité autour de la thématique alcool.

Que disent les jeunes ?

Le premier objectif peut surprendre par sa « modestie » mais il est parti du constat que l'on ne saisit pas encore pleinement ce qui motive des jeunes à consommer un maximum d'alcool dans un minimum de temps pour atteindre rapidement un état d'ivresse. Certes, des hypothèses sont énoncées : cette défonce ne serait-elle pas la réponse de jeunes « à une injonction de notre société » : « *Toujours plus vite, toujours plus intense, toujours plus nouveau* » ? (2). Soumis à des pressions de plus en plus grandes sur le plan scolaire et sur celui de l'avenir professionnel, les jeunes ne tenteraient-ils pas simplement de « décompresser », de s'échapper... jusqu'à l'oubli ? Sans compter que le contexte de « pression à la consommation » favoriserait largement de tels comportements...

Il semblait que rencontrer les intéressés dans un climat de confiance, les laisser émettre leurs propres hypothèses ou, pour certains, leurs propres raisons de s'alcooliser de façon massive était un préliminaire indispensable à une possible élaboration de messages de prévention ultérieurs. À travers ces rencontres et ces échanges – instaurés par chacune des six structures avec des groupes différents – qui permettent de travailler sur les représentations des jeunes, un travail de sensibilisation s'enclenche déjà.

Monter des projets locaux

Le deuxième objectif vise à ancrer le processus de prévention : les jeunes sont invités à travers des réalisations personnelles et/ou collectives (pièce de théâtre, slam, clip, expo photos, etc.) et dans le plaisir de la création, à for-

maliser leurs idées, voire à transmettre un message à leurs pairs.

Sans aucun doute, cette approche ne peut valoir en termes de prévention que si elle s'inscrit dans le quotidien des jeunes ou, plus modestement, dans leurs lieux de fréquentation et de sociabilité ; si elle tient compte de ce que ces jeunes vivent par ailleurs, du contexte social, culturel, économique qui est le leur. D'où le choix des structures de prévention, partenaires de la démarche « *La cuite, c'est pas automatique* », de mettre en place dans cette première phase des projets locaux inscrits dans un territoire, à une échelle modeste (de dix à quinze jeunes pour chacun des projets).

Tisser des liens de confiance

Néanmoins, une des difficultés est bien de mobiliser au départ des groupes de jeunes, la thématique de l'alcool étant plutôt jugée rébarbative... ou appréhendée sur un mode défensif (« *les problèmes avec l'alcool, c'est pour les autres, moi, je ne suis pas concerné, je gère* »). Aussi, il s'agit pour chacune des six structures de prévention qui montent ces projets locaux de s'appuyer sur leurs partenaires de terrain : clubs de prévention, centres d'animation et antennes jeunes, centres sociaux, espaces publics numériques, associations de quartiers, CHRS²... et, par leur intermédiaire, de rencontrer les jeunes qui fréquentent ces lieux, de tisser avec eux un lien de confiance, de partir de leurs attentes pour revenir ensuite vers cette thématique. Mais, même dans ce cadre, l'engagement des jeunes n'est pas systématiquement acquis. En revanche, quand ils se mobilisent et réalisent, au final, une création qui leur est propre, l'enthousiasme est au rendez-vous.

Valoriser et développer les créations

Ont ainsi été réalisés, dans le cadre des projets locaux, une pièce de théâtre qui a donné lieu à une représentation publique, une plaquette Alcool en couleurs, proposant informations, conseil et orientation, deux clips vidéo de prévention, des textes de slam, de rap et une exposition photos, et sont en cours de réalisation deux films vidéo. Le

À Paris, six structures de prévention sont réunies dans le projet « La cuite, c'est pas automatique ». Elles travaillent avec les jeunes pour mieux comprendre les pratiques d'alcoolisation excessive. Puis elles les sensibilisent en les accompagnant dans la création de documents de prévention : films, photos, documents, textes de slam et rap.

Face à la montée en puissance des pratiques d'alcoolisation excessive chez des publics jeunes, dont celle du *binge drinking*, la Ville de Paris a commencé à déployer, depuis 2007, une démarche de prévention spécifique : « *La cuite, c'est pas automatique* ». En effet, si, selon les derniers chiffres de l'OFDT (1), le pourcentage des jeunes Parisiens de 17 ans ayant connu des ivresses répétées en 2005 est moins élevé que celui des jeunes de l'ensemble du territoire français au cours de la même année (19 % contre 26 %), ces chiffres n'en sont pas moins préoccupants et montrent bien un phénomène en expansion également dans la capitale : 15 % en 2002 pour Paris contre 20 % en 2002 pour le national.

En s'appuyant sur six structures¹ déjà engagées dans la prévention des

27 novembre 2008, une soirée de valorisation de ces « créations croisées » a été organisée à l'Acerma, espace d'expression artistique également ouvert au public. Un buffet et... des cocktails sans alcool ponctuaient évidemment la soirée.

En termes de perspectives, une deuxième phase du projet est à l'étude : envisager une action à l'échelle de la capitale, destinée non seulement à mobiliser plus largement les jeunes Parisiens, mais aussi à « faire parler » de

cette problématique alcool, en donner une visibilité pour susciter auprès de tous interrogations et réflexions...

Catherine Jouaux

Chef de projet, Mission de prévention des toxicomanies, Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé (Dases), Paris.

1. Ces six structures sont : Acerma, Anpaa 75, Aremedia, Espace Emergence Tolbiac, Fort de café, Le Kiosque Info Sida Toxicomanie.
2. CHRS situé dans le 11^e arrondissement, Le Lieu-dit, qui reçoit exclusivement un public jeune.

► Références bibliographiques

(1) Escapad 2005, Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).
(2) Couteron J.-P., Fouilland P. *Comme une déferlante, l'alcool défonce !* Saint-Denis : INPES, Alcool Actualités n° 36, décembre 2007 : 8 p.

Devant une discothèque : « Vas-y, souffle ! »

Tous les vendredis de minuit à six heures, une équipe de professionnels – médecin, pharmacien, infirmier et éducateur – stationne sur le parking de deux discothèques de l'Hérault. L'objectif est, par le dialogue, d'inciter les jeunes fortement alcoolisés à ne pas prendre le volant. Ce dispositif a un impact positif mais peine à trouver des financements pérennes.

Cette action, initiée à la demande de la caisse primaire d'Assurance Maladie de Montpellier, en 2000, et non interrompue depuis, repose sur une nécessité : être auprès des jeunes au moment de la consommation. Quatre principes sont mis en œuvre : indépendance par rapport aux établissements où se déroule l'action ; unité de lieu : ce sont toujours les mêmes établissements concernés ; répétitivité dans un laps de temps réduit ; privilégier le dialogue et la libre initiative du public.

Des intervenants du Comité d'éducation pour la santé de l'Hérault – médecin, pharmacien, infirmier, éducateurs¹ – sont présents tous les vendredis de minuit à six heures, sur le parking de deux discothèques choisies pour leur taille (jauge de deux mille entrées) et leur public (18-25 ans). À bord d'un fourgon, ils peuvent accueillir les jeunes qui transitent sur le parking. Le contact est établi par la proposition d'un contrôle d'alcoolémie par éthylotest de type ballon, qui a l'avantage de permettre un échange autour de la lecture du test. Lorsque les jeunes se sont déjà testés seuls avec un éthylomètre, ils viennent alors chercher une confirmation et surtout un échange sur leur état. Le véhicule stationné permet, en outre, la mise à disposition de documents².

Dans la pratique, dès la manipulation de l'éthylotest, un dialogue s'installe avec les jeunes conducteurs ; ils estiment eux-mêmes le nombre et le type de consommations qu'ils ont absorbés avant et dans la discothèque, ainsi que, selon des signes visibles (pupilles, contraction des mâchoires, etc.), les éventuels produits ingérés. En cas de test positif, les intervenants détaillent le fonctionnement du test, prolongent l'échange sur différentes idées reçues (effets « bénéfiques » des chewing-gums, café, respirations « savantes » pour tromper le test, teneur en alcool moindre de certaines boissons, etc.) et, enfin, abordent les risques encourus tant physiques que judiciaires, voire sociaux.

Ces outils ne sont en fait que le prétexte à l'installation d'un dialogue permettant une évaluation de leur consommation. Plus important, une reconnaissance d'une consommation abusive ou de produits autres que l'alcool. Sont alors évoquées les conséquences sur la conduite d'un véhicule, mais aussi les conséquences sociales, professionnelles... Ces deux dernières le plus souvent à l'initiative du jeune. Enfin, nous envisageons, en commun, les impératifs immédiats : donner les clés du véhicule à un ami à jeun de produits, recours à un transport public, un taxi, appel aux parents, attente sur le parking.

Il faut noter que les jeunes se présentent au véhicule par groupes et qu'en conséquence, si environ cent éthylotests sont pratiqués, c'est au moins trois fois plus de jeunes qui sont concernés par l'action. C'est donc, par soirée, quelque trois cents jeunes avec qui s'instaure un dialogue. Au-delà de ce

bilan chiffré, l'intérêt est d'ordre qualitatif : la pérennité de l'action fait que nous sommes intégrés et que notre acceptation par les jeunes est totale.

Cette action a fait l'objet d'une évaluation extérieure, diligentée par la préfecture (PDASR). Elle fait apparaître que 63,2 % des jeunes conducteurs testés suivent les recommandations des intervenants, formulées en fonction de leur état. Une forme de reconnaissance de la méthodologie d'intervention mise en œuvre : des professionnels formés, présents au moment et sur les lieux des prises de risques, durant de longues périodes et à une fréquence régulière.

Toutefois, l'action est confrontée à plusieurs difficultés : trouver, chaque année, les financements³, en sachant que sans pérennité de l'action, y a-t-il vraiment éducation ? ; avoir des intervenants qui acceptent de travailler une nuit par semaine et essayer de les garder, en vue de personnaliser les contacts ; avoir et entretenir deux véhicules.

René Fortes

Directeur du Comité départemental d'éducation pour la santé de l'Hérault, Montpellier.

1. Une équipe de sept vacataires est nécessaire pour assurer la présence de quatre personnes tous les vendredis soir.

2. Essentiellement des documents de l'INPES (alcool, addictions, sexualité, etc.).

3. CPAM de Montpellier : 57,5 % ; conseil général de l'Hérault : 19,1 % ; PDASR : 15,6 % ; Fondation Norauto : 7,8 %. Le coût d'une nuit est de 762 euros. Nous en effectuons quatre-vingt-quatre.

Les jeunes Européens et l'alcool

Le binge drinking en est l'illustration : les modes de consommation d'alcool convergent peu à peu dans l'Union européenne. Voici le point de vue de Michel Craplet sur la politique de prévention qui se met en place au niveau européen. Toutefois, les résultats sont modestes, la santé n'étant pas une compétence communautaire.

Pendant longtemps, on a pu opposer l'image du (jeune) Scandinave ivre sur la voie publique, dangereux pour lui-même et pour autrui, au consommateur convivial et tranquille des tables de la Méditerranée : le Nord contre le Sud. Ce cliché reposait sur une réalité sociologique qui se traduisait par des différences entre les conséquences de ces comportements, respectivement sociales lorsqu'elles étaient consécutives aux troubles de l'ivresse et médicales dans le cadre d'une consommation d'alcool permanente.

Une évolution déjà ancienne

Voilà trente ans déjà que les spécialistes de la question alcool ont décrit des changements de comportements survenant au sein des jeunes générations. À cette époque, les jeunes branchés (et fortunés) du nord de l'Europe ont commencé à boire du vin au cours des repas et les jeunes Italiens et Espagnols ont découvert la bière et les alcools distillés, refusant les boissons et les manières de boire de leurs parents : la « défonce », aujourd'hui baptisée *binge drinking*, s'est déplacée vers le sud. Les Français – exception française toujours ? – ont résisté un peu plus à ces nouveautés. Cependant, ils ne sont pas restés accros aux crus et aux traditions ; ils ont aussi changé de comportement mais en se démarquant un peu des autres Européens. C'est ainsi, par exemple, que certaines études montrent que les garçons consomment plus de cannabis que leurs voisins, et les filles davantage de tabac et de médicaments psychoactifs. Nous assistons donc à une internationalisation des modes de boire, même si les enquêtes européennes montrent qu'il existe encore des différences non pas seulement entre le Nord et le Sud, mais aussi entre les pays des rivages de l'Atlantique et les régions continentales. Ainsi, en

Irlande, en Grande-Bretagne et dans les régions de l'ouest de la France le *binge drinking* est actuellement plus visible que dans les autres pays d'Europe.

Les responsables politiques des pays européens réagissent avec plus ou moins de pertinence à ces phénomènes. Les institutions européennes les ont quelquefois devancés, poussées par le contexte international. Ce fut d'abord le fait de l'investissement du Bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé dans les années 1990, qui organisa des conférences à Paris, en 1995, et à Stockholm, en 2001, et le travail de *lobby* d'associations privées (*Non-Governmental Organisations*) en particulier d'Eurocare à partir de 1990.

Mise en place d'une stratégie européenne

En fait, les instances européennes se sont véritablement saisies de la problématique alcool lors de l'arrivée sur le marché de nouvelles boissons ciblant les jeunes, appelées « *premix* » en France et « *alcopops* » dans le monde anglo-saxon, ou plus généralement « *Ready to drink (RTD)* ». L'initiative revient à une parlementaire, Eryl McNally, qui, en 1996, a fait rédiger une déclaration sur les nouvelles boissons attractives pour les jeunes et l'a faite signer par deux cents parlementaires avant de l'envoyer à la Commission.

La Commission européenne a créé un groupe de travail « Alcool et santé », puis a travaillé à une déclaration sur le problème des jeunes et de l'alcool. Ce travail publié a été adapté pour aboutir à des textes présentables au Conseil des ministres de la Santé, dont la « *Recommandation du Conseil du 5 juin 2001 concernant la consommation d'alcool chez les jeunes, notamment les enfants*

et les adolescents ». L'objectif avait été élargi dans la conclusion du Conseil du même jour « *relative à une stratégie communautaire visant à réduire les dommages liés à l'alcool* ». Cette conclusion dut être renouvelée, en 2004, pour que la stratégie européenne soit définie et que soit mis en place un forum regroupant organisations non gouvernementales, opérateurs économiques (producteurs, distributeurs, publicitaires, etc.) avec des représentants des États membres et des fonctionnaires européens.

Dans ce forum, les associations de santé publique et les opérateurs économiques se sont engagés à « combattre la consommation excessive d'alcool » par des actions concrètes. Certains producteurs se sont engouffrés dans cette procédure, voulant montrer leur bonne volonté, d'autres ont été obligés de suivre. Ces engagements (« *commitments* ») seront évalués. Un comité scientifique a été mis en place. Deux groupes (*task forces*) ont été créés pour travailler, l'un sur les communications commerciales l'autre sur la jeunesse.

Limites des actions de prévention européennes

Il existe donc une stratégie européenne mais pas d'action européenne possible. Rappelons que les textes européens ne sont que des incitations à des actions nationales puisque la santé humaine n'est pas compétence européenne. Aucune loi (règlement ou directive) ne peut être votée sur les questions de santé ; ce thème ne peut être abordé qu'indirectement par des questions appartenant aux domaines économiques. Nous savons que l'objectif économique de l'Union européenne peut être parfois contraire aux intérêts de la santé publique, comme

l'est la mondialisation au-delà des frontières de l'Europe. Tant pis pour la santé et la sécurité des jeunes Européens, dont les discours officiels parlent tant.

Les actions acceptées sont essentiellement éducatives, alors que les experts anglo-saxons insistent sur la seule efficacité des méthodes de contrôle sur l'offre d'alcool. Les producteurs et les instances européennes, qui refusent ces contrôles, insistent sur les actions d'éducation, moins efficaces. L'objectif des actions mises en valeur est souvent limité sans vision globale. C'est le cas de la promotion de programmes du type « conducteur désigné ». Ces programmes peuvent avoir des effets pervers en encourageant la consommation des autres (hypothèse démontrée) et avec un déplacement des manifestations de la violence, de la route au retour au domicile par exemple (hypothèse soutenable, sinon démontrable). Certes, personne ne peut critiquer un programme assurant une meilleure sécurité routière, mais ces actions ne doivent pas donner un alibi pour ne pas envisager une politique de prévention plus globale.

En ce qui concerne l'offre et la valorisation de l'alcool, les instances européennes constatent sans réagir la grande disponibilité des boissons et la séduction toujours plus grande exercée auprès des jeunes consommateurs par la publicité et le marketing. La loi Evin, qui a fait ses preuves en France, est simplement considérée comme une curiosité. Le fait qu'elle a été jugée compatible avec la législation européenne n'incite pas à l'envisager comme modèle. Dans le forum Alcool et santé, on ne parle que de « *self regulation* » ou de « *coregulation* », en dépit de l'impossibilité à faire respecter ces attitudes par les opérateurs économiques en concurrence et maintenant en crise. On peut encore évoquer la tentative manquée d'imposer un avertissement sanitaire concernant le risque de la consommation d'alcool pendant la grossesse. Il fut refusé au Parlement européen.

La peur de l'alcoolisation des jeunes a fait mettre l'alcool sur l'agenda européen. Aujourd'hui le *binge drinking* est un thème qui plait. Tous les médias traitent de ce sujet. Peut-être faut-il jouer ce

jeu, par stratégie politique, pour que la question alcool continue d'être prise en considération ? Mais il ne faudrait pas oublier les risques d'une politique sectorielle où les adultes « s'occupent » des jeunes pour faire oublier leurs responsabilités ou leurs propres comportements. Par ailleurs, éviter la stigmatisation de ces jeunes sera bien difficile si les mesures sont ciblées uniquement sur eux : âge d'achat relevé, taux légaux d'alcoolémie abaissés.

Le travail européen de prévention est encore modeste, même en direction des jeunes. Cependant, les associations de santé publique manifestent souvent une unité et un esprit européens. Les événements récents nous ont montré que les instances politiques et économiques n'y arrivent pas toujours facilement, même si elles veulent faire de l'Europe ce grand marché économique qui fait peu de cas de la santé des jeunes Européens.

D^r Michel Craplet

Psychiatre, alcoologue,
médecin délégué de l'Anpaa,
président d'Eurocare.

Binge drinking chez les jeunes Européens : les programmes allemands et néerlandais de prévention

En Allemagne et aux Pays-Bas, un nombre croissant de jeunes et très jeunes pratiquent l'alcoolisation massive. Frappés par la méconnaissance que ces jeunes ont des risques, les professionnels allemands sensibilisent et prennent en charge les jeunes accueillis aux urgences pour hyperalcoolisation. Même démarche d'aide à la prise de conscience aux Pays-Bas, où ils vont vers les jeunes ; en effet, ces derniers ne demandent pas d'aide et une infime minorité franchit la porte d'un centre spécialisé de soins.

Le *Binge drinking* touche l'ensemble des pays européens. Même s'il s'agit du même phénomène, il existe des déclinaisons nationales tant sur la conceptualisation que sur les modalités de prise en charge. À travers la description de la situation dans deux pays, l'Allemagne et les Pays-Bas, nous essayerons de dégager quelques pistes pour l'action.

Les jeunes face à l'alcool en Allemagne

Dans les hôpitaux allemands, le nombre d'admissions pour intoxication à l'alcool a plus que doublé entre les années 2000 et 2006, passant de 9 500 à 19 500. Le pourcentage d'adolescents ayant expérimenté le *binge drinking* dans le mois est passé de 20 % en 2005 à 26 % en 2007. Cette augmentation brutale a de regrettables conséquences sur la santé des adolescents. En plus des troubles du comportement connus liés à l'alcool (conduites automobile et sexuelles à risque), il faut y ajouter les risques dus au mode de consommation, c'est-à-dire l'intoxication massive avec, dans de nombreux cas, un coma éthylique (fausse route, étouffements voire arrêt cardiaque). En Europe, 10 % des accidents mortels chez la jeune fille et 25 % chez le jeune garçon sont liés à l'intoxication à l'alcool.

Une étude a été réalisée, en 2006, par le ministère fédéral sur cinq cents adolescents admis dans les services d'urgences. Celle-ci a pu mettre en évidence des motivations de consommation très diverses. Dans certains cas, l'in-

gestion massive d'alcool sert comme passe-temps pour lutter contre l'ennui. Dans d'autres cas, la prise d'alcool s'articule autour de paris et de jeux ; elle peut servir de rituel de passage pour appartenir au groupe. Enfin, il existe une alcoolisation pour oublier les problèmes et notamment ceux en rapport avec la pression scolaire et le contexte familial. Pour la grande majorité des jeunes, cette étude pointait une grande naïveté et une inconscience des risques liés à l'alcool.

Les alcoolisations massives ne se font plus dans les bars et les discothèques, où le prix jouait un rôle de facteur limitant, mais dans la rue, les gares et les parcs. Les alcools forts sont achetés en grande surface et directement consommés à la bouteille. Les « cuites » se font en dehors de tout contexte social ou culturel. Seule compte la dynamique du groupe. Les produits consommés sont essentiellement des alcools forts, majoritairement de la vodka. Cette consommation chez les adolescents n'est pas chronique, avec phénomène d'entraînement dans un contexte socioculturel bien déterminé, mais bien une prise massive à visée de défoncer. Elle se rapproche en cela de ce qui peut s'observer chez les adultes grands marginaux.

Face à cette situation, plusieurs programmes de prévention et de repérage précoce ont été mis en place. Parmi ceux-ci, le programme *HaLT : Hart am Limit* (« Stop : c'est la limite ») s'est montré particulièrement intéressant. Celui-

ci consiste en un repérage des consommateurs excessifs au moment de l'hospitalisation dans le service des urgences. Le repérage se fait par le médecin urgentiste ou une autre personne des urgences qui, lorsqu'elle constate une alcoolisation massive chez un adolescent, peut faire appel à un intervenant extérieur qui rencontre le jeune directement.

Une discussion sur les dangers de l'alcool et ses risques est entamée avec l'adolescent. La famille est aussi rencontrée pour évoquer l'épisode, le replacer dans le contexte, trouver des solutions pour que cela ne se reproduise pas. Une proposition de réunion de groupe est aussi faite à l'adolescent. Celle-ci aura pour objectif de responsabiliser le jeune, d'évoquer les situations à risque. Les entretiens motivationnels sont utilisés lorsqu'il y a lieu, afin de questionner les comportements à risque.

Le programme permet aussi de recueillir des informations sur les comportements. Ainsi, il a pu mettre en évidence :

- un âge de plus en plus précoce des consommations ;
- un phénomène qui touche l'ensemble de la population des jeunes qu'ils soient diplômés ou non ;
- des alcoolisations qui se font dans les lieux publics dans la moitié des cas, au domicile des parents dans un quart des cas ;
- dans une majorité des situations, les jeunes ne sont pas issus de foyers où père et mère habitent ensemble.

Le travail avec les jeunes (partie réactive) s'articule avec un travail dans la commune (partie proactive). Cette dernière partie consiste en des actions avec des experts de prévention, dans l'objectif de former le personnel de vente dans les magasins, les responsables des fêtes dans les communes, etc. L'objectif est de faire respecter la loi de protection des jeunes, comme par exemple l'interdiction de vente d'alcool aux mineurs. Cela souligne pour les tenants du programme l'importance de l'intervention auprès des familles, la nécessité d'avoir une action sur les lieux publics, et l'importance de cibler le public jeune, voire très jeune.

Le programme de prévention néerlandais

Les Pays-Bas se situent en tête des pays d'Europe en matière de *binge drinking*. Des années 1960 aux années 1980, la consommation d'alcool pur est passée de 2,6 à 8,9 litres par an et par habitant. Actuellement, deux mille cinq cents personnes (NDLR : pour 16 millions d'habitants) décèdent directement ou indirectement des suites de la consommation d'alcool¹. Dans le pays, les problèmes dus à l'alcool sont majoritairement le fait de prises aiguës ; de type

« scandinave », comme le disent les Néerlandais (en France, nous les qualifierions plutôt d'« anglo-saxon »).

L'alcoolisation nocive concerne surtout les jeunes : 34,1 % des hommes âgés entre 16 et 24 ans sont considérés comme des buveurs problématiques contre 10 % chez les 16-69 ans. Beaucoup de ces jeunes arrêteront de consommer une fois arrivés à l'âge adulte. Cependant, prédire l'arrêt et le moment de l'arrêt paraît aléatoire et ne doit en rien empêcher les mesures d'urgence. Pour les Néerlandais, les raisons qui poussent un jeune à boire sont multifactorielles, leur modèle de compréhension du phénomène est intégratif, incluant plusieurs théories.

Selon ces modèles, les facteurs de risques conduisant à l'abus d'alcool sont à la fois individuels et liés à l'environnement.

Sur le plan individuel : certains individus supportent moins bien l'alcool pour des raisons génétiques, ce qui les protège d'ingestions « excessives ». Les croyances dans les effets bénéfiques de l'alcool jouent un rôle majeur dans la décision de boire, surtout en « début de carrière ». La perception des risques, au

contraire, dissuadera l'adolescent d'entrer dans cette « carrière ».

Au niveau de l'environnement : la différence entre garçons et filles peut s'expliquer par les normes de consommations différentes selon les sexes. Les parents semblent être le déterminant majeur, non pas sur l'expérimentation mais sur la pérennisation de la conduite d'alcoolisation. C'est la cohérence de leurs pratiques parentales plus que l'exemplarité de leur comportement vis-à-vis de l'alcool qui sera le facteur protecteur. Enfin, toute la culture liée à l'alcool, à savoir celle des pairs, des prix et du groupe va jouer un rôle non négligeable.

Les mesures vont être multifocales, à l'image de la représentation théorique des facteurs influençant la consommation d'alcool. Ainsi, au niveau national, quatre actions vont être promues :

- la législation et l'autorégulation. Les Pays-Bas font la distinction entre les différents alcools : ceux à moins de 15 % et ceux à plus de 15 %. Ainsi, il faut avoir plus de 16 ans pour acheter les premiers, plus de 18 ans pour les seconds ;
- l'information et l'éducation au travers des médias avec une campagne centrée

sur les parents ;

- les actions de prévention locales ;
- la multiplication des interventions précoces et brèves.

Le programme *Drank maakt meer kapot dan je lief is* (« La boisson te détruit plus que tu ne le crois ») est une réponse à ce cahier des charges. Il va cibler trois populations : les adolescents qui ne boivent pas encore, ceux qui sont dans des conduites de *binge drinking*, et les adultes jeunes en demande d'aide. Il se décline sur trois axes.

1. *La stratégie d'information auprès du grand public* : l'objectif est de fournir à l'ensemble de la population les données acquises de la science en matière d'alcool et de facteurs de risques. Un des vecteurs utilisés est le site web www.alcoholinfo.nl

2. *L'aide à la prise de conscience* : il s'agit de sensibiliser le jeune et l'entourage (les parents et les intervenants des champs sanitaire, social et politique locaux) aux problèmes liés à l'alcool. 17 % seulement des jeunes ayant des conduites d'abus d'alcool demandent de l'aide et ils ne sont que 3 % à franchir la porte d'un centre spécialisé. L'attitude des parents est fondamentale. Ce sont souvent eux qui fournissent les locaux où les adolescents s'adonnent à des beuveries, voire financent l'achat d'alcool. Ils le font par méconnaissance du produit et des effets chez le jeune, et par difficulté à trouver des pratiques parentales adaptées. Plus que d'un jugement, c'est d'aide dont ils ont besoin. Cette

aide sera fournie au moyen de campagnes de sensibilisation et l'organisation de conférences-débats sur tout le territoire. Des stratégies d'interventions brèves auprès des jeunes *binge drinkers*, notamment via Internet, sont à l'étude.

3. *L'identification des groupes cibles pour cerner les objectifs à atteindre*. Il s'agit de rencontrer les jeunes consommateurs par différents moyens, dont Internet, pour faciliter les discussions et les groupes de parole. L'objectif est d'acquérir une meilleure connaissance des motivations de consommations ainsi que des trajectoires.

Établir le contact, très tôt...

L'alcoolisation massive chez les jeunes, voire les très jeunes, est un phénomène en pleine expansion. Ces prises d'alcool semblent se faire hors des circuits traditionnels, c'est-à-dire en dehors des bars et des discothèques. Les causes de ce phénomène sont multifactorielles et sont à rechercher dans l'environnement écologique de l'adolescent. Une des difficultés premières est de pouvoir accéder à ces jeunes. Ils ne sont demandeurs de rien et n'entrent en contact avec le système de soin que lors d'un accident grave.

Plusieurs pistes sont ainsi à l'étude. L'une consiste à entrer en contact au moment d'une crise nécessitant un passage aux urgences, l'autre s'attelle à utiliser des relais comme Internet ou les médias pour sensibiliser non pas seulement le jeune mais surtout l'entou-

rage, qui pourra porter la demande. Tous sont d'accord sur la nécessité de soutien envers les parents. Ce sont eux les plus à même d'entrer en contact, de porter la demande d'aide, de trouver les solutions adéquates avec leur enfant.

D^r Olivier Phan

Psychiatre addictologue, responsable médical du centre Emergence, Institut mutualiste Montsouris, Paris.

1. À titre de comparaison, en France, la consommation moyenne annuelle d'alcool pur a diminué régulièrement depuis quarante ans, passant de 17,7 l en 1961 à 9,3 l en 2003. La mortalité liée à l'alcool dans notre pays est estimée à 37 000 décès annuels.

D'après les interviews de Madame Heidi Kuttler, directrice du centre de prévention Villa Schöpflin, dans le Land de Bade-Wurtemberg, en Allemagne, et initiatrice du projet « HaLT : Hart am Limit », et de Monsieur Victor Everhardt, responsable du département recherche et prévention sur l'alcool et les drogues au Trimbos Institute d'Utrecht, aux Pays-Bas.

Pour en savoir plus

- Barnes G.M., Farrell M.P., Banarjee S. Family influences on alcohol abuse and other problem behaviors among black and white adolescents in a general population sample. In : Boyd G.M., Howard J., Zucker R.A. (Eds). *Alcohol problems among adolescents: Current directions in prevention research*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1995.
- Bundesmodellprojekt « HaLT – Hart am Limit », Bericht zur Modellphase II. Basel : März 2007 : 188 p.
En ligne : http://www.bmg.bund.de/nn_604240/DE/Themenschwerpunkte/Drogen-und-Sucht/Alkohol/HaLT.html
- Cooper M.L. Motivations for alcohol use among adolescents: development and validation of a four-factor model. *Psychological assessment* 1994; 6: 117-28.
- Holder H., Treno A.J. Media advocacy in community prevention: news as means to advance policy change. *Addiction* 1997; 92: 189-99.
- Smith G.T., Goldman M.S. Alcohol expectancy theory and the identification of high-risk adolescents. In : Boyd G.M., Howard J., Zucker R.A. (Eds). *Alcohol problems among adolescents: Current directions in prevention research*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1995.

L'organisation des services en alcoolisme et toxicomanie auprès des jeunes du Québec

Le Québec a mis en place un dispositif de prévention « global », incluant l'ensemble des substances psychoactives et des dépendances, jeu pathologique inclus. Après avoir créé des services spécialisés pour prendre en charge les jeunes ayant les consommations les plus critiques, il a développé un outil de détection des consommations problématiques, qui est globalement utilisé dans le pays. Si le dépistage et la prise en charge ont été mis en place pour ces jeunes, beaucoup reste à faire pour ceux présentant des consommations à risque.

L'intervention auprès des jeunes consommateurs de substances psychoactives au Québec doit être située dans le cadre d'un continuum de mesures qui vont de la prévention primaire à l'intervention spécialisée avec hébergement. Ces mesures sont définies dans le Plan d'action interministériel en toxicomanie (1), qui inclut un ensemble d'objectifs et de stratégies portant notamment sur la détection, l'intervention précoce, le traitement et la formation. Elles sont par la suite précisées à l'intérieur d'une offre de service en dépendances, qui vient définir les rôles et les responsabilités de chaque palier de service (services généraux *versus* services spécialisés) mais aussi la trajectoire des usagers d'un palier de service à l'autre (2). Ces documents cadres sont le reflet d'un développement de services en toxicomanie au Québec. Mais ils veulent également donner des orientations claires quant à la nécessité d'établir des niveaux d'intervention en plus d'opérationnaliser de façon fluide le mouvement des usagers d'un palier de service à l'autre.

Des centres dédiés à la dépendance

Historiquement, ce sont principalement les services spécialisés qui se sont développés, ciblant les jeunes présentant une gravité élevée de toxicomanie. Les services spécialisés sont des soins psychosociaux et médicaux, donnés par des centres dont la vocation est uniquement dédiée à la dépendance (alcoolisme, toxicomanie, auxquels s'est ajouté récemment le jeu pathologique) et dont l'accès est réservé à des individus dont la sévérité du problème est élevée. Ces services spécialisés pour les jeunes ont émergé au début des années 1990, après qu'une commission d'enquête sur les drogues, instituée par

le Premier Ministre Robert Bourassa eut démontré la progression des problèmes d'alcool et d'autres drogues chez les adolescents. Cette même commission a recommandé la création de programmes d'intervention adaptés à cette population, dans l'ensemble du territoire québécois.

Quoique forts pertinents, ces services spécialisés se sont avérés insuffisants, particulièrement pour une partie de la jeunesse qui présente un abus de substances psychoactives qualifié de modéré ou encore qui, malgré un portrait clinique sévère, ne souhaite pas être orienté vers ces services dits spécialisés. C'est pourquoi ces dernières années ont permis d'améliorer la prestation de services via l'élaboration d'une trajectoire tenant compte de la gravité de la problématique d'abus de substances mais aussi des missions respectives des établissements. Ainsi, le milieu scolaire a été rapidement identifié comme étant un lieu de premier plan dans le rôle d'identification et d'intervention précoce auprès des jeunes surconsommateurs de substances psychoactives. Dans certains milieux scolaires, des intervenants (par exemple le psycho-éducateur¹) ont été, en partie, dédiés à cette tâche de prévention des toxicomanies mais de plus amples développements de services seraient nécessaires.

Création d'un outil de repérage

C'est dans le cadre de ce développement de services que l'équipe de recherche le RISQ² a créé un outil de détection des habitudes problématiques de consommation de substances psychoactives chez les jeunes, soit la DEP-ADO (3). Cet outil a été validé auprès d'une population francophone québécoise (4) mais aussi en Suisse (5).

La DEP-ADO³ a été initialement conçue pour être administrée au cours d'une entrevue en face-à-face d'une durée moyenne de dix minutes. Cependant, elle peut être renseignée directement par les jeunes, à condition qu'un encadrement minimal soit assuré par une personne qui connaît la grille. La DEP-ADO tient en une page recto-verso. La grille est composée de dix-sept questions portant sur la fréquence de consommation des substances psychoactives au cours des douze derniers mois, la présence de régularité de la consommation, d'injection, de précocité de la consommation et de diverses conséquences. Le score total varie entre 0 et 73, en plus de fournir des scores à trois facteurs, soit : la consommation d'alcool/cannabis ; la consommation de drogues dites « dures » ; les conséquences rapportées. La consommation de tabac est abordée mais n'est pas prise en compte dans le calcul du score.

Le score total permet d'identifier les « feux », qui sont une catégorisation de l'importance de la consommation de substances psychoactives chez les jeunes en fonction des trois niveaux de gravité. Ces niveaux sont qualifiés par un code de couleur se référant aux feux de circulation. Le « feu rouge » est attribué à la consommation problématique, le « feu jaune » pour celle à risque et le « feu vert » pour une consommation qui ne cause pas de préoccupations actuellement. Cette classification est associée à des paliers de services. Les jeunes dont l'importance de la consommation de substances psychoactives est élevée – feu rouge – sont référés vers les centres de réadaptation spécialisés en toxicomanie. Les jeunes de niveau « feu jaune » sont dirigés vers une intervention précoce, préventive, faite en

milieu scolaire ou dans des centres de soins généraux de santé et de services sociaux. Le « feu vert » ne nécessitant pas d'intervention. Cette détection peut être faite en milieu scolaire, mais aussi au sein des services sociaux généraux ou des centres dédiés à la jeunesse (jeunes en besoin de protection et jeunes contrevenants). À l'aide de la DEP-ADO, l'intervenant obtient des indications cliniques claires quant à l'orientation optimale du jeune. Il lui reste à travailler à partir des intérêts du jeune, et l'art de l'entretien motivationnel devient ici fort pertinent.

Trois niveaux de gravité

Revenons sur la trajectoire particulière des jeunes identifiés « feu rouge ». Ils sont orientés vers un guichet unique d'évaluation spécialisée. Ces guichets, nommés Mécanismes d'accès jeunesse en toxicomanie (MAJT), sont des équipes centralisées qui accueillent, dans une région donnée, toutes les demandes d'aide des jeunes identifiés comme ayant une consommation problématique. Ils procèdent à une évaluation plus poussée de la condition du jeune (à l'aide de l'Indice de gravité de la toxicomanie – version adolescents) (6) et lui offrent une gamme de services adaptés à sa situation. Ces guichets doivent permettre le juste appariement entre les besoins des jeunes ayant une consommation problématique et les services offerts par divers établissements d'une région. C'est à cette étape que sera décidé si un jeune doit être orienté vers des services de désintoxication, de réadaptation interne à long terme, court terme ou encore de

services externes plus ou moins intensifs. Ainsi, les évaluateurs des MAJT sont à la fois des spécialistes de l'intervention jeunesse en toxicomanie mais aussi des personnes bien informées des ressources de soins offertes dans tous les établissements du territoire desservi. De plus, un processus de suivi du parcours du jeune dans les divers services a été mis sur pied dans certaines régions. Ainsi, la coordination du MAJT est informée de la présence ou non du jeune dans l'établissement vers lequel il a été orienté, de la durée de sa présence et du motif de départ. Ces MAJT ne sont cependant pas déployés dans toutes les régions du Québec.

Pour les jeunes identifiés « feu jaune », les services sont à développer. Des initiatives intéressantes émergent mais aucun programme d'intervention n'a pour le moment été adopté à grande échelle. Ces programmes semblent prometteurs mais devront être formellement évalués. Des projets en ce sens sont en cours de développement et nous pouvons penser que, dans quelques années, des programmes valides dont la pertinence et l'efficacité auront été démontrées seront disponibles pour la francophonie.

Du dépistage à l'intervention

Prévue au départ pour le dépistage de la consommation problématique d'alcool et des drogues, la DEP-ADO est rapidement devenue un outil de base dans le cadre d'études épidémiologiques, particulièrement en milieu scolaire. L'instrument est utilisé par l'Insti-

tut de la statistique du Québec, qui mène une enquête provinciale tous les deux ans depuis 1998, afin de documenter les taux de prévalence de consommation de substances psychoactives mais aussi les proportions de jeunes se classifiant dans chacun des « feux » (7-9).

En résumé, l'organisation des services concernant la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes s'organise autour des notions de niveaux de gravité, appariés à des niveaux d'intervention. La DEP-ADO est un instrument clé dans cette organisation de services, permettant l'adoption d'un langage commun entre les intervenants de divers établissements. Des mécanismes d'orientation des jeunes présentant une problématique plus importante sont en place. Cependant, les services pour les jeunes ayant une consommation à risque sont moins bien développés. Pour conclure, il faut certainement souligner le rôle joué par les autorités gouvernementales qui exercent un *leadership* favorable dans la création de ces trajectoires de services, en ayant à cœur le déploiement de services optimaux.

**Joël Tremblay, Ph.D.,
Natacha Brunelle, Ph.D.,**

Université du Québec à Trois-Rivières,
Recherche et intervention sur les substances
psychoactives – Québec (RISQ),

Michel Landry, Ph.D.,

Directeur de la recherche
et du développement universitaire
du Centre Dollard-Cormier,
Institut universitaire sur les dépendances,
Montréal, codirecteur du RISQ, Québec.

1. La profession de psycho-éducateur est née, au Québec, au milieu des années 1950. La nécessité d'intervenir de façon spécifique auprès d'enfants présentant des troubles affectifs graves, d'adolescents délinquants incarcérés jusque-là dans les prisons d'adultes, et d'enfants abandonnés en institutions, a favorisé l'émergence de la psycho-éducation. Le psycho-éducateur s'occupe des personnes qui s'intègrent mal à leur milieu social, qui ont des difficultés d'adaptation variées : délinquance, troubles du comportement, agressivité, perte d'autonomie, etc. Bien qu'il travaille avec des adultes et des personnes âgées, le psycho-éducateur œuvre surtout avec des enfants et des adolescents.

2. Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec ; www.risqtoxico.qc.ca

3. NDLR : En France, le questionnaire Dep-Ado est utilisé dans le cadre de l'étude Roc-Ado, menée par l'Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie (Ipps) : ce projet de prévention a pour objectif de repérer et d'évaluer les consommations de substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis, cocaïne, opiacés, etc.) des jeunes âgés de 12 à 25 ans. Plus d'informations sur www.ippsa.asso.fr

► Références bibliographiques

(1) Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan d'action interministériel en toxicomanie* : 2006-2011. Québec, Qc, Canada : ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2006.

(2) Faulkner R., Paquet M.-C., Doré G. *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Programme-services dépendances. Offre de service 2007-2012*. Québec, Qc, Canada : ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2007.

(3) Germain M., Guyon L., Landry M., Tremblay J., Brunelle N., Bergeron J. *La grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (DEP-ADO)*. Montréal, Qc, Canada : RISQ, 2007.

(4) Landry M., Tremblay J., Guyon L., Bergeron J., Brunelle N. *La grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (DEP-ADO) : développement et qualités métriques*. Drogues, santé et société 2004 ; 3 : 18-35.

(5) Bernard M., Bolognini M., Plancherel B., Chinet L., Laget J., Stephan P., et al. *French validity of two substance-use screening tests among adolescents: A comparison of the CRAFFT and DEP-ADO*. Journal of substance use 2005; 10: 385-95.

(6) Landry M., Bergeron J., Provost G., Germain M., Guyon L., Desjardins L. *Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) pour les adolescents et adolescentes : Étude des qualités psychométriques*. Montréal, Québec, Canada : RISQ – Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec, 2000.

(7) Guyon L., Desjardins L. *La consommation d'alcool et de drogues*. In : Loiseleur J., Perron B. (Eds). *L'alcool, les drogues, le jeu : les jeunes sont-ils preneurs ? Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire (2000)*. Québec : Institut de la statistique du Québec, 2002 ; (2) : 35-62.

(8) Pica L. *Consommation d'alcool et de drogues*. In : Dubé G. (Ed.). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2004. Quoi de neuf depuis 2002 ?* Québec, Qc, Canada : Institut de la statistique du Québec, 2005 : 95-130.

(9) Dubé G., Fournier C. *Consommation d'alcool et de drogues*. In : Dubé G., Tremblay R., Traoré I., Martin I. (Eds). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, les drogues et le jeu chez les élèves du secondaire*. Montréal, Québec, Canada : Institut de la statistique du Québec, 2006 : 83-123.

Pour en savoir plus

Après quelques données épidémiologiques générales sur l'alcoolisation des jeunes, nous avons choisi des références liées aux sciences humaines et aux conséquences pour la santé de ces comportements. Quelques références traitent ensuite de la prévention dans ce champ. Enfin, une sélection de revues, d'organismes ressources, de sites Internet et d'outils pédagogiques est proposée.

Les adresses des sites Internet mentionnés ont été consultées et vérifiées le 12/11/2008.

► BIBLIOGRAPHIE

• Dossier multithématique : *Alcoolisation excessive : controverses et prévention*. La Santé de l'homme 2003 ; n° 368 : 11-49.

En ligne (sommaire et articles) : <http://www.cfes.sante.fr/SLH/sommaires/368.htm>

Comportements et épidémiologie

• Anderson P., Baumberg B., Craplet M. *L'alcool en Europe : une approche en santé publique. Rapport à la Commission européenne*. Bruxelles : Commission européenne, 2006 : 31 p.

En ligne : http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_sum_fr_en.pdf

• 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.

En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbm9.pdf>

• Beck F., Legleye S., Le Nezet O., Spilka S. *Atlas régional des consommations d'alcool 2005*. Données INPES/OFDT 2008 : 261 p.

• Choquet M., Beck F., Hassler C., Spilka S., Morin D., Legleye S. *Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommations en 2003 et évolutions depuis dix ans*. Tendances 2004 ; n° 35 : 6 p.

En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxmck3.pdf>

• De Peretti G., Beck F., Legleye S. *Sorties en discothèques et usage de substances psychoactives : exploitation d'une enquête représentative menée auprès de lycéens*. Psychotropes. Revue internationale des toxicomanies et des addictions 2003 ; vol. 9, n° 3-4 : 163-84.

• *La consommation d'alcool en Europe. Chiffres et décodages*. Focus Alcoologie 2003, n° 6 : 20 p.

• Legleye S., Beck F. *Alcool : une baisse sensible des niveaux de consommation*. In : Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.) *Baromètre santé 2005*. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres, 2007 : 113-54.

En ligne : http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BS2005/pdf/BS2005_Alcool.pdf

• Legleye S., Le Nézet O., Spilka S., Beck F. *Les usages de drogues des adolescents et des jeu-*

nes adultes entre 2000 et 2005, France. BEH 2008 ; n° 13 : 89-92.

En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2008/13/beh_13_2008.pdf

• Legleye S., Beck F., Spilka S., Le Nézet O. *Drogues à l'adolescence en 2005. Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France. Résultats de la cinquième enquête nationale Escapad*. Saint-Denis : OFDT, 2007 : 77 p.

• Legleye S., Le Nézet O., Spilka S., Janssen E., Godeau E., Beck F. *Tabac ; alcool ; cannabis et autres drogues illicites*. In : Godeau E., Arnaud C., Navarro F. (dir.). *La santé des élèves de 11 à 15 ans en France/2006. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children*. Saint-Denis : INPES, coll. Études santé, 2008 : 274 p.

En ligne : www.inpes.sante.fr/70000/dp/08/dp080902.pdf

Sciences humaines

• Freyssinet-Dominjon J., Wagner A.C. *L'alcool en fête. Manières de boire de la nouvelle jeunesse étudiante*. Paris : L'Harmattan, 2003 : 273 p.

• Huerre P., Marty F. (dir.), Czechowski N. (collab.). *Alcool et adolescence : jeunes en quête d'ivresse*. Paris : Albin Michel, 2007 : 409 p.

• Le Breton D. *Conduites à risques. Des jeux de mort au jeu de vivre*. Paris : Puf, coll. Quadrige, 2002 : 224 p.

• Moreau C., Sauvage A. *La fête et les jeunes. Espaces publics incertains*. Paris : Apogée, 2007 : 220 p.

• Nahoum-Grappe V. *La culture de l'ivresse : essai de phénoménologie historique*. Paris : Quai Voltaire, 1991 : 216 p.

Conséquences sanitaires

• Arvers P., Assailly J.-P., Batel P., et al. *Alcool : dommages sociaux, abus et dépendance*. Paris : Éditions Inserm, coll. Expertise collective, 2003 : 560 p.

• Batel P. *Pour en finir avec l'alcoolisme. Réalités scientifiques contre idées reçues*. Paris : éditions La Découverte, 2006 : 90 p.

• Berr. C., Clavel-Chapelon F., Dally S., et al. *Alcool. Effets sur la santé*. Paris : Éditions Inserm, coll. Expertise collective, 2001 : 358 p.

- Craplet M. *À consommer avec modération*. Paris : Odile Jacob, 2005 : 352 p.

Prévention

- Awidson P., Brodin M., Charles M.-A., et al. *Santé des enfants et des adolescents : Propositions pour la préserver*. Paris : Éditions Inserm, coll. Expertise collective opérationnelle. De l'expertise à l'action, 2003 : 560 p.
- Bantuelle M., Demeulemeester R. (dir.). *Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire. Programmes et stratégies efficaces. Référentiel de bonnes pratiques*. Saint-Denis : INPES, coll. Référentiels, 2008 : 132 p.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1086.pdf>
- Ceusters H. P. *Jeunes et alcool : quand la prévention s'emmêle*. Éducation Santé 2005 ; n° 197 : 6-10.
- Dattu L. *Prévention primaire du mésusage d'alcool chez les jeunes : quelle efficacité ? Une revue systématique de la littérature*. Swaps (santé, réduction des risques et usages de drogues) 2004 ; n° 34 : 7-8.
- Mildt-Dgesco. *Prévention des conduites addictives : guide d'intervention en milieu scolaire*. Paris : Mildt, 2005 : 124 p.
En ligne : http://eduscol.education.fr/D0190/guide_intervention.pdf
- Perrin-Escalon H., Hassoun J. *Adolescence et santé. Constats et propositions pour agir auprès des jeunes scolarisés*. Saint-Denis : éditions INPES, 2004 : 114 p.
- Reynaud M. *Usages nocifs de substances psychoactives : identification des usages à risque, outils de repérage, conduites à tenir*. Paris : La Documentation française, 2002 : 278 p.
En ligne : <http://lesrapports.ladocumentation-francaise.fr/BRP/024000138/0000.pdf>
- Leselbaum N. *Éducation à la santé et prévention des dépendances en milieu scolaire*. Revue Toxibase 2003 ; n° 9 : 1-15.
- Venisse J.-L., Bailly D., Reynaud M. *Conduites addictives, conduites à risques : quels liens, quelle prévention ?* Paris : Masson, coll. Médecine et psychothérapie, 2002 : 274 p.

REVUES

• Addiction

Revue mensuelle à comité de lecture publiée en Grande-Bretagne par la *Society for the Study of Addiction*. *Addiction* publie des articles de recherche sur l'alcool, les drogues illicites ou le tabac rassemblant des recherches conduites dans diverses disciplines, de l'étude des comportements de consommation à celle du métabolisme des produits. L'envoi automatique et gratuit des sommaires de la revue par courriel après enregistrement en tant qu'utilisateur est proposé sur le site Internet de l'éditeur.
En ligne : <http://www.blackwell-synergy.com/loi/add>

• Addictions

Revue trimestrielle de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa), *Addictions* prend la suite de la revue *Alcool ou Santé*, dont les parutions se sont échelonnées de 1951 à 2002. Le dernier numéro paru est téléchargeable sur le site de l'association. Ce dernier offre la possibilité de réaliser une recherche thématique en ligne dans les articles parus depuis 1951 sur les thèmes suivants : famille, grossesse, jeunes, justice, maladie alcoolique, monde du travail, prévention, route, sport, thérapie de groupe.

Anpaa

20, rue Saint-Fiacre – 75002 Paris
Tél. : 01 42 33 51 04 – Fax : 01 45 08 17 02
En ligne : http://www.anpaa.asso.fr/html-fr/franmeset_sommaires.html

• Alcohol Research & Health

Alcohol Research & Health est une publication trimestrielle, éditée par le *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)*. Elle est accessible en ligne et fournit les articles en texte intégral. Chaque numéro est thématique et dresse un panorama des dernières recherches, découvertes et réflexions sur le champ.
En ligne : <http://www.niaaa.nih.gov/Publications/AlcoholResearch/>

• Alcoologie et addictologie

Revue publiée par la Société française d'alcoologie (SFA), *Alcoologie et addictologie* publie des textes concernant les addictions dans toutes leurs dimensions. Il peut s'agir de mémoires, de mises au point, d'expériences originales de terrain, de cas cliniques ou de libres propos. Les sommaires ainsi que des résumés d'articles récents figurent sur le site de la SFA.

Alcoologie et Addictologie

Princeps éditions – 64, avenue du Général-de-Gaulle – 92130 Issy-les-Moulineaux
Tél. : 01 46 38 24 14 – Fax : 01 40 95 72 15
En ligne : <http://www.sfalcoologie.asso.fr>

• Les cahiers de l'Ireb

Les résultats des travaux scientifiques de l'Ireb sont présentés tous les deux ans au cours de « Colloques de l'Ireb » auxquels participent systématiquement les chercheurs contractualisés avec l'Ireb dans les différents thèmes des sciences biomédicales et des sciences humaines. Les interventions des chercheurs lors de ce colloque sont publiées dans *Les Cahiers de l'Ireb*.
Ireb
19, avenue Trudaine – 75009 Paris.
Tél. : 01 48 74 82 19 – Fax : 01 48 78 17 56
En ligne : <http://www.ireb.com>

• Journal of Studies on Alcohol

Bimensuel publié aux États-Unis par the *Center of Alcohol Studies*. C'est une revue de référence dans le champ de la recherche sur l'alcool et les dépendances. Les sujets abordés sont relatifs à l'utilisation et à l'abus de consommation. L'approche des articles est comportementale, biologique, médicale et socioculturelle.
En ligne : <http://www.jsad.com/>

• Psychotropes

Ouverte à diverses approches autour des dépendances : clinique, épidémiologique, historique, sociologique, anthropologique, économique – la revue *Psychotropes* a néanmoins pour axe central l'étude de l'usage et de l'abus des « drogues ». Elle rend compte des grands courants de pensée mais également de l'extrême diversité des pratiques suscitées à travers le monde par l'effort de recherche, de prévention et de soin.
En ligne : <http://universite.deboeck.com/revues/psychotropes>
Tous les numéros, depuis 2001, sont en ligne en texte intégral sur http://www.cairn.info/revue.php?id_REVUE=PSYT

ORGANISMES RESSOURCES ET SITES INTERNET

Indépendants ou publics

• Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa)

Riche d'une histoire de plus de cent vingt-cinq ans dans le domaine de la prévention de la consommation excessive d'alcool, l'Anpaa se veut, au travers d'une récente évolution, un acteur de prévention couvrant l'ensemble des conduites à risques dans une stratégie englobant la prévention, le soin et la réinsertion sociale. L'association vise à développer une stratégie globale de prévention des risques et conséquences liés à la consommation d'alcool, tabac et autres substances, basée sur le triptyque prévention, soins, intervention sociale. Elle privilégie l'information et la formation de personnes et de groupes relais de prévention.

Elle cherche aussi à favoriser l'accès aux soins, au suivi thérapeutique et à la réinsertion des personnes en difficulté avec l'alcool, et veille à l'application et à l'amélioration de la législation, en particulier sur la publicité. Notons, parmi les réalisations de l'Anpaa, des actions de prévention vis-à-vis des conducteurs condamnés pour conduite en état alcoolique, des actions en milieu carcéral ou encore des actions d'information auprès des femmes enceintes. L'Anpaa édite la revue *Addictions*.

Anpaa

20, rue Saint-Fiacre – 75002 Paris
Tél. : 01 42 33 51 04 – Fax : 01 45 08 17 02
En ligne : <http://www.anpaa.asso.fr>

• Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie (F3A)

La F3A regroupe des personnes et structures engagées dans la prise en compte des problèmes associés à l'usage de produits psychoactifs, en premier lieu l'alcool. Elle a pour but de promouvoir les pratiques d'alcoologie et d'addictologie centrées sur le patient, dans une démarche comprenant la prévention, la réduction des risques, l'écoute, l'aide, le soin et l'accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool ou d'autres substances psychoactives. Force de propositions auprès des instances décisionnaires, elle favorise le développement des équipes et structures de terrain.

F3A

154, rue Legendre – 75017 Paris
Tél. : 01 42 28 65 02 – Fax : 01 46 27 77 51
En ligne : <http://www.alcoologie.org>

• Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (Isipa)

Organisme à statut de fondation privée reconnu comme service de statistiques en matière de drogues légales et illégales par les autorités fédérales suisses, l'Isipa informe et sensibilise la population sur les risques liés à l'alcool, élabore du matériel pédagogique, édite des ouvrages spécialisés, développe une activité de formation et de conseil, mène des activités de

recherche en épidémiologie sociale en rapport avec l'usage de substances psychoactives.

Isipa

Av. Louis-Ruchonnet 14, Lausanne (Suisse)
Tél. : 021 / 321 29 11 – Fax : 021 / 321 29 40
En ligne : <http://www.sfa-isipa.ch>

• Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt)

La Mildt coordonne l'action du gouvernement français dans le domaine de la prévention, la prise en charge sanitaire et sociale, la répression, la formation, la communication, la recherche et les échanges internationaux en matière de drogue, et a étendu sa compétence à l'abus d'alcool, de tabac et de médicaments psychotropes.

Mildt

7, rue Saint-Georges – 75009 Paris
Tél. : 01 44 63 20 50 – Fax : 01 44 63 21 00
En ligne : <http://www.drogues.gouv.fr>

• Société française d'alcoologie (SFA)

Organisme composé de médecins, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux et membres d'associations, la SFA est membre fondateur de la Fédération française d'addictologie. La société, créée en 1978, a pour but le développement de l'alcoologie par une démarche multidisciplinaire de développement de l'information, de l'enseignement et de la recherche dans ce domaine, et en établissant des relations avec tous les organismes concernés, publics ou privés, nationaux ou internationaux. La SFA organise réunions et séminaires de mise en commun et de diffusion des connaissances scientifiques dans les domaines de l'alcoologie et de l'addictologie. Elle publie la revue *Alcoologie et Addictologie*.

Société française d'alcoologie

C/o Princeps Éditions – 64, av. du Général-de-Gaulle - 92130 Issy-les-Moulineaux
Tél. : 01 46 38 24 14 – Fax : 01 40 95 72 15
En ligne : <http://www.sfalcoologie.asso.fr/>

Liés aux sociétés du secteur des boissons alcoolisées

• Institut de recherches scientifiques sur les boissons (Ireb)

Créé en 1971, l'Ireb regroupe douze sociétés productrices et distributrices de boissons alcoolisées qui financent les recherches et le fonctionnement de l'Institut. Il subventionne et initie des travaux de recherche biomédicale ou en sciences sociales relatifs à la consommation d'alcool dont les résultats sont publiés dans *Les Cahiers de l'Ireb*. L'Institut organise périodiquement des Matinées thématiques et publie une lettre d'information, *Recherche & Alcoologie*, ainsi qu'une revue de vulgarisation scienti-

fique, *Focus Alcoologie*. Il dispose d'un centre de documentation et publie régulièrement des rapports d'études et d'enquêtes, informe la presse des résultats de ses travaux et diffuse une revue de presse sur l'univers de l'alcool. Une base de données documentaire comportant plusieurs milliers de références est disponible sur le site Internet de l'Ireb.

Ireb

19, avenue Trudaine – 75009 Paris
Tél. : 01 48 74 82 19 – Fax : 01 48 78 17 56
En ligne : <http://www.ireb.com>

► OUTILS

Jeux

• Dalto éditions. *Edukta santé. Le tabac, l'alcool, la drogue. Parlons-en avant qu'ils ne nous parlent.*

Edukta Santé est un jeu pédagogique qui s'adresse aux jeunes à partir de 9 ans et jusqu'au collège. Il permet d'aborder un ensemble de questions relatives au tabac, à l'alcool et aux drogues illicites.

Cadenet : Dalto éditions, 2003.

• *Partages*

Ce jeu destiné à un public de 8 à 13 ans permet de travailler sur le développement des compétences psychosociales en vue de prévenir des comportements à risques.

Reims : Association Partages 51.

Vidéo

• *Réponses d'adultes aux comportements addictifs des jeunes*. Un échange entre Philippe Jeammet, professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, directeur du département de psychiatrie de l'adolescent et jeune adulte à l'Institut mutualiste Montsouris, et Michel Defrance, éducateur spécialisé sur les conduites addictives des jeunes.

Anthea-Adsea Var, 2003, 40 min.

Sandra Kerzanet

Documentaliste à l'INPES.

En quoi nos pratiques en éducation pour la santé sont-elles utiles à l'éducation du patient ?

Faire participer les patients, mobiliser les professionnels sur ce qu'ils peuvent réellement faire : en Isère, un programme sur un meilleur usage des antibiotiques illustre cette démarche avec, notamment, la création d'outils adaptés. À partir de cet exemple, une réflexion sur l'utilité, en éducation du patient, des pratiques d'éducation pour la santé, est proposée par l'auteur, Florence Chauvin, investie dans ces deux champs.

En 2006, un article intitulé « À quoi sert l'éducation pour la santé pour pratiquer l'éducation du patient ? » paraissait dans cette rubrique (1). Brigitte Sandrin Berthon y expliquait en quoi « penser l'éducation du patient comme une forme particulière d'éducation pour la santé nous oblige à élargir notre point de vue, à agrandir le cadre de notre intervention et ce, dans plusieurs directions : de la maladie vers la santé, du patient vers la personne et vers le citoyen, des soins vers la promotion de la santé ».

L'article proposé ici a pour objectif de compléter cette réflexion en se situant au niveau des pratiques en éducation pour la santé : en quoi ces pratiques et les savoir-faire que nous développons en éducation pour la santé sont-ils utiles pour l'éducation du patient ? Pour apporter des éléments de réponse à cette question, nous nous appuyerons sur l'exemple d'un programme situé à la lisière des champs de l'éducation pour la santé et de l'éducation du patient. Cet exemple permettra d'apporter des éléments de réponse pour ce qui concerne :

- la participation des professionnels et des usagers à la construction des programmes ;
- la démarche éducative ;
- les « outils » ou supports en éducation pour la santé et éducation du patient.

Un programme comme base de réflexion

Le point de départ de la réflexion est le programme « Favoriser le dialogue entre parents de jeunes enfants et pro-

fessionnels de santé pour un meilleur usage des antibiotiques »¹.

L'idée de ce projet est née :
– d'une étude préalable à la campagne « Les antibiotiques, c'est pas automatique » (2), qui avait permis d'isoler les difficultés dans le dialogue patients/médecins comme un déterminant essentiel des prescriptions mal adaptées d'antibiotiques ;
– de la volonté de travailler avec les deux protagonistes de ce dialogue, parents et professionnels, dans un contexte où les démarches et outils existant autour du dialogue se situaient jusque-là plutôt du côté des professionnels².

Nous avons proposé les objectifs spécifiques suivants :
– donner les moyens aux parents d'être davantage partie prenante du dialogue avec le médecin et le pharmacien en cas d'infection respiratoire de leur enfant, en particulier pour ce qui concerne le traitement recommandé ;
– proposer aux médecins et aux pharmaciens une réflexion sur leur pratique de dialogue avec les parents de jeunes enfants atteints d'une infection respiratoire courante, en particulier autour de la prescription du traitement et de la délivrance des médicaments.

Ce programme a notamment donné lieu aux actions suivantes :

- la réalisation d'une étude-action associant des parents de jeunes enfants et des médecins, puis des pharmaciens : il s'agissait de mieux comprendre les difficultés rencontrées dans le dialogue

autour des infections respiratoires courantes de l'enfant du point de vue des parents comme des professionnels pour ensuite construire, à partir des expériences des uns et des autres, les solutions possibles pour améliorer ce dialogue et aboutir à la définition de priorités d'actions en direction des parents ;

- l'élaboration et la diffusion, en Isère, du document « Poussin a la goutte au bec. Pense-bête à l'usage des parents pour la rencontre avec le médecin et le pharmacien » qui a pour objectifs d'aider les parents à percevoir l'utilité de leur point de vue dans la démarche diagnostique et thérapeutique et de les aider à se préparer à la consultation avec le médecin et à la rencontre avec le pharmacien ;
- l'évaluation de l'impact de ce document pour ce qui concerne la rencontre avec le médecin généraliste.

Des savoir-faire pour favoriser la participation des patients et des professionnels

L'inscription de l'éducation pour la santé dans la promotion de la santé conduit à faire de la participation aux actions de santé des usagers et des professionnels un enjeu central. De la même manière, la participation des patients et des professionnels concernés à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes d'éducation du patient constitue un critère de qualité (3) de ces programmes. Néanmoins, dans les faits, la réalité de cette participation reste fragile, voire insuffisante pour ce qui concerne les patients (4). La pratique de l'éducation

pour la santé permet de développer des savoir-faire pour favoriser cette participation à deux niveaux :

Du côté de la mobilisation des usagers et des professionnels

Prenons l'exemple de la mobilisation des médecins dans le cadre de notre programme. Notre idée de départ était de proposer à plusieurs organismes de Formation médicale continue (FMC) du département une formation permettant aux médecins de réfléchir sur leurs pratiques de dialogue avec les parents de jeunes enfants lors de la consultation pour une infection respiratoire courante. Cette approche n'a pas fonctionné pour différentes raisons parmi lesquelles l'absence d'indemnisation, des modalités de formation privilégiant l'analyse de la pratique trop différentes de la FMC habituelle, la problématique des antibiotiques masquant celle du dialogue, ce dernier n'étant, de plus, pas perçu comme un sujet de préoccupation par les responsables de FMC contactés. L'analyse de cet échec nous a conduits à mettre en place une stratégie différente :

- s'adresser dans un premier temps à des « groupes de pairs » déjà habitués à une analyse de leurs pratiques ;
- construire avec un médecin actif dans ce type de groupes une proposition de temps de travail calquée sur leur mode de fonctionnement habituel et indemniser les médecins ;
- formuler une offre claire à l'aide d'un outil de communication intitulé « Antibiotiques : le dialogue est-il automatique ? ».

Cinq médecins sur quarante-huit sollicités (soit un sur dix) se sont finalement mobilisés dans cette démarche. C'est peu, mais ces médecins se sont impliqués dans la durée pour toute la suite du projet. Nous étions cependant soucieux de pouvoir élargir le groupe de professionnels impliqués. C'est pourquoi nous avons, dans un deuxième temps, été à la rencontre de médecins et de pharmaciens exerçant dans le secteur géographique où nous travaillions avec des parents. Pour ce faire, nous avons adopté une stratégie de « visiteur médical » qui nous a permis de rencontrer dix médecins généralistes (sur vingt-huit contactés) et sept pharmaciens (sur dix contactés), l'idée étant de rendre compte des résultats du travail réalisé avec les parents et le premier groupe de médecins, de

les mettre en discussion avec les professionnels rencontrés et de tester les idées d'actions élaborées. Cette façon de faire, bien que coûteuse en temps, nous a permis de toucher davantage de professionnels, avec une ouverture vers des personnes qui peut-être ne se déplaceraient pas pour une soirée de travail. Nous avons à nouveau adopté cette stratégie pour la mise en place de l'évaluation qui a suivi.



Cet exemple illustre la nécessité d'imaginer des formes de participation acceptables pour les personnes concernées et compatibles avec leurs habitudes. Que l'on cherche à travailler avec des patients ou avec des professionnels, leur mobilisation prend du temps et suppose de savoir s'adapter à leurs réalités.

Du côté de la réalité de la participation au processus de construction du programme

Si la mobilisation est une condition nécessaire à la participation, elle n'est pas suffisante. Il s'agit de se mettre en situation de vraiment construire avec les personnes le programme. Pas si simple ! Nous prendrons ici comme illustration l'élaboration du document « Poussin à la goutte au bec. Pense-bête à l'usage des parents pour la rencontre avec le médecin et le pharmacien ».

L'idée de créer ce document est née de la réflexion du groupe de parents le plus actif. À partir de leurs propositions, l'équipe d'Éducation santé Isère a construit un premier jet de cahier des charges du document explicitant :

- les objectifs ;
- le public destinataire et les lieux de diffusion envisagés initialement ;
- les principes généraux (ex. : simplicité du document et accessibilité pour tous) ;
- des pistes pour le contenu ;
- des pistes pour la forme ;
- les étapes de l'élaboration du support et la place de chacun dans celle-ci.

Ce premier jet de cahier des charges a été utilisé comme un outil pour réfléchir avec parents et professionnels et se mettre d'accord sur toutes les dimensions du projet. Le cahier des charges a ainsi été modifié et enrichi à l'occasion de rencontres collectives et individuelles avec les parents, les médecins et les pharmaciens impliqués. Une fois finalisé, il nous a permis d'amorcer le travail de réalisation du document avec un cadre précis, partagé par tous, à la fois pour la rédaction et la conception graphique. Une première maquette du document, puis une seconde ont été mises au travail lors de rencontres séparées entre parents, médecins et pharmaciens puis d'une rencontre collective avec tous les acteurs impliqués et le graphiste.

À noter que la version du document à laquelle nous avons abouti a été soumise au regard critique de parents et professionnels de la petite enfance n'ayant pas participé à son élaboration, avec à la clé d'ultimes modifications du document.

L'élaboration partagée d'un cahier des charges est un exemple d'outil simple sur lequel s'appuyer pour favoriser une participation effective. Il peut être utilisé et adapté pour concevoir un document pédagogique mais aussi une enquête, un atelier d'éducation du patient ou une formation dans ce domaine.

La démarche éducative en pratique

Mener une démarche éducative, c'est aller à la rencontre des autres pour construire avec eux, à partir de ce qu'ils sont, de leurs compétences, de leurs projets mais aussi à partir de ce que nous sommes et de nos compétences, des réponses originales, uniques, qui conviennent aux uns et aux autres (5). S. Jacquemet précise ainsi : « *En éducation thérapeutique, tout comme en*

éducation pour la santé, il est crucial d'aider le patient à se positionner dans ses connaissances, dans ses comportements actuels, dans ce qu'il est d'abord, afin d'envisager, éventuellement, un changement qui pourra survenir par la suite. Accompagner quelqu'un, c'est déjà le rencontrer; à partir d'une situation arrêtée, et se mettre progressivement en route. » (6). Cette démarche suppose de créer un cadre qui permette cette rencontre. Cela passe également par la mise à disposition d'outils de réflexion qui aident les personnes à se positionner puis à avancer. C'est ce que nous essayons de mettre en œuvre tant avec les professionnels que nous accompagnons dans le développement de leurs compétences éducatives qu'avec les usagers pour ce qui concerne leurs comportements de santé. Pour l'illustrer, nous nous appuyerons sur l'exemple de l'étude-action réalisée dans le cadre du programme.

Construire un cadre favorable à l'expression de chacun

Voyons ce qui peut être utile à partir de l'exemple de l'étude-action :

- veiller aux modalités pratiques de la rencontre : il s'agit tout simplement de mettre les personnes en situation d'être disponibles à la réflexion. Dans notre projet, cela s'est traduit par la proposition d'un cadre horaire précis et convenant aux uns et aux autres, en soirée dans les deux cas ;
- expliciter clairement ce que l'on propose, pourquoi on le propose et la manière dont on va s'y prendre : c'est

d'autant plus important de le faire que la démarche d'analyse partagée de la situation proposée n'est pas habituelle. Dans notre projet, la proposition avait été formulée dans un premier temps sous la forme de plaquettes d'invitation écrites. Elle a bien entendu été à nouveau explicitée en démarrage des séances ;

– favoriser une expression authentique de chacun en posant un cadre sécurisant pour l'échange, en particulier : adopter et expliciter une posture de non-jugement et demander à l'ensemble du groupe de l'adopter ; encourager l'expression et l'écoute de tous ; se mettre d'accord avec les personnes de ce qui sera restitué à l'extérieur du groupe, etc.

À titre d'illustration, voici le point de vue d'un médecin, exprimé sur le cadre proposé : *« Par rapport au travail fait entre nous, on n'est pas dans le savoir mais dans le savoir-être. Transformer nos pratiques, notre savoir-être avec les gens et dans la relation ne peut se faire que dans un travail comme celui-ci. Cela demande d'avoir assez confiance pour dire les choses telles qu'on les fait et pas telles qu'on devrait les faire. »*

Proposer des outils de réflexion partagée

Pour aider les personnes à s'exprimer et approfondir leurs réflexions, il est intéressant de leur proposer des outils de réflexion. Dans l'étude-action, nous avons invité les parents et les professionnels à réfléchir aux freins au dialogue, à partir de situations qu'ils avaient

rencontrées, en identifiant trois types de freins : les freins liés aux patients, les freins liés aux professionnels de santé et enfin les freins liés à l'environnement (en particulier, le contexte et le cadre de la rencontre). Les réflexions des parents ont été transmises aux médecins et mises en discussion avec eux, et vice et versa. Pour chacun des freins identifiés, nous avons demandé aux médecins et aux parents d'expliquer comment ils s'y prenaient pour y faire face habituellement puis nous avons réfléchi collectivement aux autres solutions possibles en se demandant ce que les parents pouvaient faire et ce que les médecins pouvaient faire.

Au final, pour ce qui concerne les médecins, les solutions proposées visent à favoriser l'expression des parents sur leurs inquiétudes, leur perception de l'état de santé de leur enfant, leur compréhension du traitement et leurs questions. Du côté des parents, elles renvoient à l'idée d'un patient réellement acteur de sa prise en charge : il s'agit d'abord d'avoir conscience de l'utilité de ce qu'il pense, de se préparer à la consultation en réfléchissant à ses inquiétudes et en ayant les moyens de décrire clairement la situation, d'oser exprimer son inquiétude et poser des questions, y compris sur la justification des traitements, et de demander des repères sur l'évolution de la maladie.

Une habitude d'utilisation et de questionnement des outils

En éducation pour la santé comme en éducation du patient, les « outils » ou supports sont très présents dans les pratiques, qu'il s'agisse de supports d'animation, de supports de sensibilisation, d'information ou encore de supports d'évaluation. Nous sommes non seulement utilisateurs mais aussi concepteurs de ces supports. Nous souhaitons proposer ici plusieurs réflexions portant sur deux types de supports fréquemment utilisés :

- les questionnaires en tant que supports d'évaluation ;
- les supports pédagogiques remis aux patients.

Pour illustrer ces réflexions, nous nous appuyerons à la fois sur le processus et les résultats de l'évaluation du document *« Poussin à la goutte au bec »* réalisée dans le cadre du programme³. Il s'agissait de mesurer l'impact de la

Papa Poule est fébrile !

Prends ton sirop mon biquet...

Et hop, un petit coup de mouchette...

Ça va aller, ça va aller!

Papa va te préparer un bon lait de poule.

Et si on demandait son avis au pharmacien.

Ce que vous avez déjà fait ?

- Le garder à la maison.
- Le découvrir et le faire boire.
- Lui laver le nez.
- Lui donner des médicaments, lesquels ?
- ...

Ce que ça a fait ?

- La fièvre est tombée.
- Ça n'a rien changé !
- La toux a diminué.
- Il mange mieux.
- ...

C'est utile de le dire...

lecture du document :

- en termes de prise de conscience chez les parents de l'utilité d'être actif dans le dialogue avec le médecin ;
- pour ce qui concerne l'échange d'information, l'émergence et l'expression des questions, des attentes et d'une éventuelle inquiétude ;
- en termes de qualité et de confort relationnel pour les protagonistes du dialogue.

À propos des questionnaires

Il s'agit d'une étude contrôlée de type avant-après diffusion et lecture du document. Concrètement, les parents inclus répondaient :

- à un premier questionnaire à la suite d'une première consultation médicale mais avant lecture du document ;
- puis à un second questionnaire à la suite d'une seconde consultation médicale, cette fois-ci après lecture du document.

Une série de questions fermées donnant lieu à la construction de scores numériques étaient posées aux parents dans le questionnaire « avant » et le questionnaire « après », les analyses statistiques devant nous permettre de voir s'il y avait ou non une évolution des scores traduisant une évolution chez les parents.

Cette façon de faire nous a posé beaucoup de questions au regard de la démarche éducative. En effet, elle conduit à observer ce qui se passe pour le patient (comment les scores évoluent entre l'avant et l'après) mais cette observation se fait en dehors du patient, sans qu'il ait la possibilité d'exprimer son point de vue sur ce qui s'est passé. On est ici, au regard de ce qui est conseillé en éducation pour la santé, en contradiction avec la démarche éducative qui se construit avec le patient, y compris pour ce qui concerne l'évaluation. C'est la raison pour laquelle, pour le second questionnaire, nous avons ajouté plusieurs questions (fermées et ouvertes) permettant aux parents d'exprimer leur point de vue sur l'utilité de l'outil pour eux, pour ce qui concerne le dialogue et la préparation de celui-ci. Les réponses apportées par les parents à ces questions ont d'ailleurs été tout à fait utiles car elles nous ont donné des clés de compréhension des résultats observés. En particulier, elles nous ont permis de pointer l'utilité et l'impact plus important

du document « *Poussin a la goutte au bec* » pour les parents les moins expérimentés en tant que parents.

Enfin, les résultats de l'étude et notre expérience du travail avec les parents nous ont amenés à nous questionner sur la possibilité d'évaluer la réalité du dialogue entre parents et médecins et son éventuelle évolution à travers un simple questionnaire.

À propos des supports pédagogiques remis au patient

Les résultats de l'évaluation montrent un impact positif de l'outil pour ce qui concerne la prise de conscience des parents quant à l'utilité de leur parole pour la démarche diagnostique et thérapeutique du médecin, à l'intérêt d'être actif dans le dialogue et de s'y préparer. En revanche, il n'y a pas d'impact sur le déroulement du dialogue lui-même et la satisfaction vis-à-vis de celui-ci. Ce résultat n'est pas surprenant : si un support peut permettre une prise de conscience, il ne peut à lui seul suffire à aller au-delà. En revanche, un support comme le document « *Poussin* » peut tout à fait être utilisé en individuel comme en collectif pour accompagner les parents dans la réflexion quant à la place qu'ils peuvent prendre dans le dialogue et développer leurs « compétences » de patient à exprimer leurs préoccupations, leurs questions, leurs attentes, etc.

Pour conclure...

Dans cet article, nous avons souhaité décrire et illustrer des savoir-faire développés en éducation pour la santé qui peuvent être utiles pour favoriser la participation, mener une démarche éducative et donner aux outils leur juste place. Nos expériences d'accompagnement d'équipes soignantes dans leurs projets éducatifs nous ont permis de faire le constat de la richesse de la rencontre entre ces savoir-faire et ceux des soignants pour favoriser le développement d'une éducation du patient qui vise à lui donner les moyens d'améliorer lui-même sa qualité de vie.

Florence Chauvin

Chargée de projets,
Éducation santé Isère, Grenoble.

1. Ce programme a été mené par une équipe de l'association Éducation santé Isère (anciennement Adessi) entre 2003 et 2006, composée de l'auteur, de François Vergara, médecin généraliste et de Françoise de Lébel-d'Affroux, assistante, elle a reçu le soutien de la caisse primaire d'Assurance Maladie de Grenoble puis du Fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique (Fopim), aujourd'hui porté par la Haute Autorité de santé (HAS).

2. Collection Ouvrons le dialogue de l'INPES, Expérimentation INPES/Assurance Maladie des démarches éducatives pouvant être menées en médecine générale et en pharmacie selon une approche populationnelle, etc.

3. Cette évaluation a été réalisée en partenariat avec Benoît Allenet, Pierrick Bedouch et Jean-Luc Bosson, de l'équipe Techniques pour l'évaluation et la modélisation des actions de santé (Themas), un étudiant en licence professionnelle de biostatistique et des étudiants en pharmacie de l'université Joseph-Fourrier, à Grenoble.

► Références bibliographiques

(1) Sandrin Berthon B. À quoi sert l'éducation pour la santé pour pratiquer l'éducation du patient ? La Santé de l'homme n° 383, mai-juin 2006 : 40-2.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/383/06.htm>

(2) « Mieux utiliser les antibiotiques, c'est préserver leur efficacité ». Enquête sur la relation des médecins et des patients aux antibiotiques : résultats et plan d'actions. Assurance Maladie, octobre 2002.

(3) D'Ivernois J.-F., Gagnayre R. Vers une démarche de qualité en éducation du patient. Actualité et documents en santé publique n° 39, juin 2002 : 14-6.

(4) Fournier C., Jullien-Narboux S., Péliscand J.,

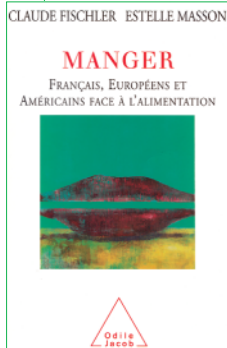
Vincent I. Modèles sous-jacents à l'éducation des patients. Enquête dans différents types de structures accueillant des patients diabétiques de type 2. Évolutions n° 5, janvier 2007 : 1-6.

(5) Cette définition est adaptée de celle proposée par B. Sandrin Berthon dans l'ouvrage : L'éducation du patient au secours de la médecine. Paris : Puf, coll. Éducation et formation, 2000, 198 p.

(6) Jacquemet S. Où l'éducation des patients prend une dimension thérapeutique... au sens humaniste du terme. In : Sandrin Berthon B. (dir). L'éducation du patient au secours de la médecine. Paris : Puf, coll. Éducation et formation, 2000 : 169-81.

Manger. Français, Européens et Américains face à l'alimentation.

Claude Fischler, Estelle Masson



Les textes contenus dans cet ouvrage exploitent les résultats d'un programme de recherche sur les attitudes vis-à-vis de l'alimentation, du corps et de la santé, mené entre 2000 et 2002 dans six pays (France, Italie, Suisse, Allemagne, Angleterre, États-Unis), à l'initiative de l'Observatoire Cniel des habitudes alimentaires (Ocha).

Une première phase qualitative conduite au moyen de *focus groups* a permis de recueillir un large éventail d'attitudes et de représentations et de pointer les spécificités par pays relatives au rapport au corps, à la santé et à l'alimentation. Une seconde étape, menée selon une méthodologie à la fois qualitative et quantitative d'interviews téléphoniques assistées par ordinateur (système Cati), a fourni des données issues d'un échantillon de 1 032 personnes issues de la population générale, des enseignants et des médecins et réparties dans les six pays. Les tendances repérées dans les deux premières étapes ont été mesurées dans une dernière phase d'enquête menée auprès de plus de 6 000 personnes.

La première partie de l'ouvrage est une synthèse générale des enseignements tirés de ce programme de recherche. La deuxième partie regroupe des contributions de collaborateurs de l'équipe de recherche portant sur un aspect des données concernant leur pays ou sur un domaine particulier de la problématique : la perte de compétence en matière nutritionnelle des Britanniques, les représentations du « bon » et du « sain », ou encore le lien entre alimentation et identité nationale.

Olivier Delmer

Paris : Odile Jacob, 2008, 336 pages, 25 €.

Les conduites addictives : comprendre, prévenir, soigner.

Alain Morel, Jean-Pierre Couteron



L'ambition de cet ouvrage, écrit par un psychologue et un psychiatre impliqués de longue date dans la prévention et le traitement des addictions, est de permettre au lecteur de comprendre les comportements addictifs et leur signification individuelle et sociale pour agir avec ceux qui sont concernés, les « usagers ». Il se situe, en effet, dans une perspective de réduction des risques, qui donne la priorité à l'éducation préventive et à l'accompagnement thérapeutique.

La première partie du livre utilise l'approche expérientielle, qui part de ce qui est vécu par les personnes, pour fournir les clés de compréhension des addictions en mettant en relation les disciplines scientifiques qui explorent les différents aspects de ce vécu. La deuxième partie met en lien les conduites addictives avec leurs contextes individuel et sociétal d'apparition pour définir les enjeux et fondements d'une intervention sociale en adéquation avec les aspirations des individus et pour traduire en services et en actions un projet éthique et politique. Un bilan des approches de prévention et de leur évolution est dressé dans la troisième partie, et des pistes sont proposées pour bâtir une nouvelle politique de prévention des addictions axée sur l'éducation et l'intervention précoce. La dernière partie porte sur les interventions qui ont pour but de soigner. Elle en pose les principes et propose une redéfinition des soins et de l'agencement de leurs différentes modalités.

O. D.

Paris : Dunod, coll. Psychothérapies, 2008, 336 pages, 32 €.

Agences régionales de santé : des perspectives pour la réforme.

Yves Bur

Le présent rapport constitue une contribution de la mission d'information de l'Assemblée nationale sur les agences régionales de santé (ARS) aux réflexions en cours sur l'organisation, les missions, le statut et les outils opérationnels des ARS ainsi que sur leur articulation avec les autres acteurs du système de santé.

Le rapport décrit les deux principaux scénarios de santé envisageables : soit les ARS cumulent les fonctions de planification de l'offre de soins et de régulation des dépenses de santé, intégrant les services compétents de l'Assurance Maladie; soit les ARS se concentrent sur les fonctions d'organisation de la prévention et de l'offre de soins, en dialogue avec un organe régional de l'Assurance Maladie aux missions recentrées sur la régulation des dépenses.

Il ressort notamment des travaux de la mission que l'unification du pilotage régional du système de santé ne permettra pas de gains d'efficacité sans un pilotage national du système de santé plus unifié.

Sandra Kerzanet

Paris : Assemblée nationale, coll. Documents d'information de l'Assemblée nationale, n° 697, 2008, 168 pages.

En ligne : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i0697.pdf>

Manger, bouger pour ma santé. Cycles 1 et 2. L'éducation nutritionnelle à l'école.

Dominique Bense, Béatrice Descamps-Latscha, Didier Pol



L'objectif principal de l'ouvrage est de faire prendre conscience aux enfants de cycles 1 et 2 (maternelle, CP et CE1, 3 à 7 ans) de l'importance, pour leur santé, d'une alimentation équilibrée et de l'exercice physique. Les activités proposées sont également destinées à les inciter au respect des autres dans leurs différences, qu'elles portent sur leur aspect physique, leur culture, etc.

L'ouvrage constitue un guide de l'enseignant « clés en main ». Il comporte un module pédagogique de huit à douze séances proposant plusieurs parcours possibles en fonction du cycle d'apprentissage. Le module est divisé en quatre séquences : Bouger, à quoi ça sert ? L'hygiène, est-ce important ? Bien manger, mais comment ? Boire, mais pas n'importe quoi !

L'ouvrage comporte également un éclairage scientifique de sept chapitres : *Besoins et apports nutritifs ; les groupes d'aliments ; l'équilibre alimentaire ; l'eau et l'organisme ; le goût ; les bienfaits de l'activité physique ; le surpoids et l'obésité*, permettant à l'enseignant d'approfondir les notions abordées et de répondre aux questions des élèves, ainsi qu'un éclairage pédagogique pour s'approprier la démarche scientifique de *La main à la pâte*.

Céline Deroche

Paris : Hatier, coll. Passerelle, 2008, 87 pages, 12 €.

Bibou aime l'air pur

Christian Panis



Le comité de l'Hérault de la Ligue contre le cancer, le département de prévention d'Épidaure (centre régional de lutte contre le cancer) et le Centre départemental de documentation pédagogique de l'Hérault ont développé un ensemble didactique autour de l'album « Bibou aime l'air pur ».

Cet outil a pour thématique centrale le « bien-respirer », il évoque notamment la problématique du tabagisme passif. L'ensemble est composé de l'album, conçu pour les enfants de maternelle,

ainsi que d'une fiche navette école-maison. Des documents complémentaires sont disponibles en ligne : des informations pour les enseignants permettant d'approfondir la thématique, des fiches ludo-éducatives pour l'école comme pour la maison. Les concepteurs ont souhaité, au travers de cet outil, valoriser une approche pédagogique non anxiogène, favorable au développement harmonieux de l'enfant.

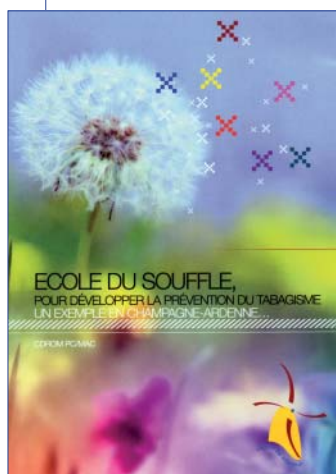
C. D.

Montpellier : comité de l'Hérault de la Ligue contre le cancer, Épidaure, centre départemental de documentation pédagogique de l'Hérault, 2008.

Renseignements :

Épidaure - Département de prévention – CRLC Montpellier
Tél. : 04 67 61 30 11 – Courriel : epidaure@valdorel.fnclcc.fr
Comité de l'Hérault de la Ligue contre le cancer
Tél. : 04 67 61 30 16 – Courriel : colin-doye-cd34@wanadoo.fr

École du souffle, pour développer la prévention du tabagisme. Un exemple en Champagne-Ardenne



Comités d'éducation pour la santé Champagne-Ardenne

L'École du souffle a pour axe principal la mobilisation de professionnels relais dans la prévention du tabagisme, que ce soit en matière de formation, de conseil, de soutien ou de mise en place d'actions. Au terme de la troisième année d'existence de ce programme, le réseau des comités d'éducation pour la santé de Champagne-Ardenne a créé le cédérom « Pour développer la prévention du tabagisme ». Cet outil interactif a pour vocation de favoriser l'utilisation de ce programme de prévention dans d'autres régions, d'autres structures, et ce, quel que soit le milieu : soin, école, entreprise, etc. Cet outil d'aide à l'action propose donc des exemples de projets ainsi que les freins et leviers associés ; des témoignages d'intervenants et de participants ; des données épidémiologiques et législatives ; des supports et outils de formation, des lieux ressources, ainsi que des conseils méthodologiques. Le cédérom est actuellement diffusé et testé sur l'ensemble du territoire français dans les comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé (Cres et Codes), les antennes départementales de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa) et les centres d'information régionaux sur les drogues et les dépendances (Cirdd).

C. D.

Châlons-en-Champagne : Cres Champagne-Ardenne, 2007, 1 cédérom. Cédérom distribué gratuitement par le réseau Cres-Codes.

JOURNÉE MONDIALE
DE LUTTE
CONTRE LE SIDA



3111-08992-A

LE VIH EST TOUJOURS LÀ
PROTÉGEONS-NOUS



SIDA INFO SERVICE 0800 840 800
CONFIDENTIEL, ANONYME ET GRATUIT (DEPUIS UN POSTE FIXE)
www.sida-info-service.org



Réf. INPES 125-08398-R