

E D I T O

Bienvenue dans la revue de...l'IREPS Rhône-Alpes. Il ne vous aura en effet pas échappé que la FRAES est devenue *Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé*. Sous l'impulsion d'une dynamique portée par notre fédération nationale, cette évolution permettra de mieux répondre aux enjeux de santé actuels grâce à une meilleure organisation du réseau d'éducation pour la santé. L'IREPS Rhône-Alpes rejoint ainsi les 26 autres Instances Régionales membres de la FNES.

Pour ce 5ème numéro, nous vous proposons de questionner le lien entre « Prévention des addictions et démarche éducative ». Vous lirez, au travers des analyses et des actions présentées, combien la question des addictions, ancrée dans l'histoire (la campagne « un verre ça va... » date déjà de

plus d'un quart de siècle) et tournée vers un avenir déjà très présent (les fameuses cyber addictions) est révélatrice de nos modes de pensées...que les auteurs vous invitent à revisiter. Reconsidérer les conceptions qui modèlent les actions de prévention, ne plus piéger la pensée, intégrer la prise en compte de l'expérience subjective telles sont les pistes que nous vous proposons d'investiguer. Au delà, il s'agit surtout de rappeler l'importance cruciale de l'environnement et de mettre en place, grâce à une approche pédagogique adaptée, les conditions de cette participation si essentiellement existentielle au bien-être des individus. C'est là le cœur de notre métier. Bonne lecture et très bonne année 2011 !

Olivier FRANCOIS
Directeur de l'IREPS Rhône-Alpes

LE DOSSIER



PREVENTION DES ADDICTIONS ET DEMARCHE EDUCATIVE

Introduction / Conduites addictives : « pourparlers » de prévention

P. 2

- **La place de l'environnement dans les stratégies de prévention du risque d'addiction** P. 3
- **Adolescents et nouvelles technologies : sont-ils tous addicts ?** P. 5
- **Parentalité et prévention des addictions** p. 7
- **A lire : étude sur la « Chronique d'une alcoolisation festive des 16-21 ans »** P. 9
- **La démarche participative comme levier de prévention des conduites addictives** p. 10
- **Prévenir des conduites de consommation à risque dans le cadre d'une promotion de la santé** p. 11
- **Prise en charge sociale des usages de drogues : abstinence ou gestion, contrôle ou maîtrise ?** p. 13
- **Le diagnostic participatif : recueillir quelles informations pour quels usages ?** P. 16
- **Bibliographie et liens utiles** P. 18

Ardèche

Les compétences psychosociales et la prévention des conduites à risques chez les adolescents

p.19

Drôme

Accompagnement d'un centre de médecine physique et de réadaptation

p.20

IREPS Rhône-Alpes
Instance Régionale
d'Education et de Promotion
de la Santé Rhône-Alpes
9 quai Jean Moulin
69001 LYON
Tél. 04 72 00 55 70
Fax. 04 72 00 07 53
revue@education-sante-ra.org

INTRODUCTION

**Conduites addictives :
« pourparlers » de prévention**

Prévenir les conduites addictives n'est pas un acte qui va de soi tant il requiert de travailler en amont à la cohérence de la démarche engagée. Pourtant, nous nous accordons à soutenir les principes suivants :

- Parler de quelque chose à quelqu'un est toujours affaire de positionnement dans la relation, obligeant à prendre au sérieux son interlocuteur et à se comporter ou se tenir de manière toujours ajustée et correcte dans cette relation ;
- Parler dans un environnement social, politique, familial, scolaire, éducatif, professionnel, etc., colore d'autant de facettes le lien qui se tisse entre deux ou plusieurs personnes, obligeant diversement à se situer les uns par rapport aux autres à travers ce qui est dit ;
- Parler veut dire que ce n'est pas le lien qui produit ou permet le message comme si ce lien *préexistait naturellement* et toujours déjà avant lui, mais c'est le message qui permet au lien d'exister exigeant de ce lien d'être suffisamment solide.

A partir de là, si nous tombons d'accord sur l'importance de privilégier une telle approche *relationnelle* de ce que veut dire « prévenir les conduites addictives », alors nous avons à travailler collectivement à la manière de co-construire nos messages dits « préventifs ».

Et ce n'est pas une mince affaire, pour deux raisons :

- d'une part, parce que l'histoire de la Prévention a notamment pour ancrage une base de référence plutôt bio-médicale, prise dans une visée hygiéniste et une sémantique de l'éradication, et reléguant souvent à l'arrière plan la dimension relationnelle que nous souhaitons pourtant soutenir ici au premier plan ;
- d'autre part, parce que les conduites addictives, telles que nous nous les représentons aujourd'hui, sont elles-mêmes prises dans une histoire culturelle qui a pu longtemps privilégier les positions et les discours de surplomb et de maîtrise du réel, sans penser suffisamment les implicites de la relation dont elles sont traversées de manière imprévisible.

Par conséquent, faisons confiance à notre « intelligence collective » présente sur chaque « terrain » pour répondre aux problématiques repérées (qui construisent les phénomènes complexes et composites des conduites addictives), et soutenons que les différents modes d'approche de la prévention ne participent finalement que d'une seule chose : travailler à nourrir et à renforcer les liens entre les individus dans un contexte général qui s'obstine sans cesse à nous en écarter.

L'équipe du CIRDD Rhône-Alpes
Nadine CHAMARD
Clhoé HAMANT
Frédéric MENNERET
Catherine MIACHON
www.cirdd-ra.org

La place de l'environnement dans les stratégies de prévention du risque d'addiction

Le 15^{ème} congrès mondial de recherche en alcoologie s'est déroulé en septembre 2010 à Paris. Il y a beaucoup été question de stratégies de soin, un peu de prévention contre l'alcoolisme et ses méfaits. La presse « grand public » nous rapporte cet événement et par la même occasion nous offre une « photographie » d'un discours social qui donne à voir et à entendre comment une société conçoit la question des addictions. A travers cette évocation, comment ce qui est rapporté peut être analysé et compris ? Comment tente t-on de prendre en charge les addictions et, ce qui m'intéresse particulièrement, comment essaie t-on aussi de les prévenir et pourquoi ?

Sur l'antenne de France Info, lors de cet événement, on a pu entendre que ce congrès regroupant plus d'un millier de spécialistes mondiaux a abordé tous les aspects de la recherche : les causes de l'alcoolisme, les nouveaux médicaments, l'imagerie cérébrale et la génétique. On le constate, la recherche explore de nombreuses pistes et faits particulièrement novateurs, notamment la génétique et les processus thérapeutiques ne visant pas l'abstinence comme objectif ultime.

Les traitements développés aujourd'hui visent à se substituer à l'alcool voire à en limiter les effets recherchés par les consommateurs, comme en témoigne le Professeur Michel Lejoyeux, en complément aux accompagnements intersectoriels.

Pour ce qui concerne la génétique, elle tend à perfectionner les traitements médicamenteux visant soit à réduire les potentiels excitants et festifs de l'alcool, soit au contraire à limiter les portées relaxantes, selon l'effet recherché par le consommateur. Ceci en ciblant la carte génétique des patients car il semble bien que plusieurs gènes sont en cause dans l'addiction alcoolique. Cibler des sous-populations spécifiques pour proposer des traitements adaptés deviendra sans doute un outil de prévention et de traitement de l'alcoolisme dans les années qui viennent, en complément de l'arsenal thérapeutique déjà en vigueur. Le professeur Michel Reynaud, psychiatre et addictologue, expérimente quant à lui une approche du soin qui n'imposerait pas l'abstinence comme but incontournable pour les consommateurs excessifs et certains alcoolo-dépendants, mais une action concertée sur le niveau de consommation.

Si la question de la prévention a été bien moins abordée que le développement des expérimentations thérapeutiques, il a été néanmoins rapporté que la très grande majorité des experts ont conclu que, parmi l'ensemble des actions de prévention, c'est encore l'augmentation du prix de l'alcool, comme du tabac, qui semble être la plus efficace ! Pour terminer sur ce sujet, seront évoqués trois mots sur les messages à visée préventive ciblés par catégories de population : les femmes enceintes, les adolescents et les conducteurs, etc., plus efficaces que les messages généralistes s'adressant à l'ensemble de la population.

Stratégies de soin et prévention

A travers le regard des médias, on voit bien comment la prévention est ici réduite à une pratique de contrainte économique ou à des messages informatifs. Pourtant on constate que malgré l'augmentation du prix du tabac ces dix dernières années certains Français fument davantage et particulièrement les femmes et les chômeurs. Il est étonnant que la recherche thérapeutique fouille autant de pistes, en particulier la potentialisation de déterminants polygénétiques, physiologiques, psychologiques, culturels, familiaux, sociaux et que la prévention soit quant à elle réduite à une approche quasi exclusivement centrée sur les individus à travers le prisme de la contrainte et de l'information. Cette approche, centrée sur les personnes et leurs capacités à ne pas s'adonner à l'usage de substances addictogènes (alcool, tabac, cannabis, jeux, ..) présente une sérieuse lacune voire une injustice : elle fait fi des déterminants environnementaux dans ce qu'ils sont capables de créer les conditions optimum de recours à ces mêmes produits et renvoi à l'individu et à l'individu seul la responsabilité de ses comportements. Les chômeurs ne disposent sans doute pas d'un patrimoine génétique spécifique et leur condition de vie est sans doute à relier à leur choix de santé. Il apparaît pertinent et urgent d'interroger en prévention les environnements comme puissants facteurs déterminants des comportements de santé et notre capacité de pouvoir y agir. L'hypothèse travaillée par le professeur Michel Reynaud semble ouvrir une brèche dans une conception construite autour d'un principe : ou je consomme et je maîtrise ma consommation, ou je suis soumis à la maîtrise du produit et "consommé" par ce dernier. Consommateur ou abstinent, pas de place pour une pensée médiane tenant compte des besoins existentiels et vitaux de nos contemporains et par la même aux nécessaires attachements qui lient le sujet à son histoire, à lui-même, à ses semblables, au monde, à l'avenir. Comme si dans une société moderne, l'objectif ultime était l'émancipation et de ce fait détaché de toute forme de lien et d'attachement vécus comme une entrave aliénante à la liberté. Ce principe en partie lié aux connaissances du moment a ouvert le boulevard aux approches prohibitionnistes, hygiénistes et puritaines dédouanant du même coup la collectivité de sa part de coresponsabilité à créer des espaces de vies, des environnements prétendument relationnels dont ont sait le potentiel à mettre les personnes individuellement et collectivement en tension (ex : sport et dopage), en quête de plaisirs faciles, de performances, d'identification et d'apaisement. Le philosophe Bertrand Vergely², dans un récent article dans le Monde rappelle « *que fumer est un plaisir et que cela doit le rester. Il me semble absurde de l'interdire aux hommes et aux femmes. Il faudrait remplacer la fumée par autre chose, et quel dérivatif nos sociétés proposent-elles ? On parle sans cesse d'approches thérapeutiques, de consultations médicales, de désintoxication.....mais le plaisir n'a pas voix au chapitre !* ». En effet, il semble bien que le mythe de la liberté et de l'émancipation s'oppose à la nécessité paradoxale d'être bien "attaché", sans s'interroger sur ce qui nous fait être. La question ne serait alors plus de savoir si l'on doit être libre ou attaché, mais *si l'on est bien ou mal attaché*. On peut ainsi se référer au travail de Bruno Latour³ : « *Qui assassine le plus sûrement ? Celui qui refuse de détacher l'aliéné de ses liens mortifères puisque la liberté absolue est un mythe, ou celui qui prétend désaliéner pour de bon le sujet enfin pleinement autonome et maître de soi, mais sans lui donner les*

moyens de se relier à ceux qui sont en mesure de lui faire quelque chose ? »

Face à l'étendard de la "liberté à tous prix" il serait opportun de « sélectionner avec attention dans les choses attachantes elles-mêmes celles qui procurent de bons et durables liens...Seuls m'intéressent et me rassurent ceux qui parlent de substituer des attaches à d'autres, et qui lorsqu'ils prétendent défaire des liens morbides, me montrent de nouveaux liens salvateurs, sans jamais attirer l'attention sur le sujet maître de soi, maintenant sans objet.. » B. Latour

Environnement et prévention

Ce décryptage que propose B. Latour, tournant le dos à l'opposition entre attachement et détachement, invite à interroger plutôt la qualité de nos liens, de nous enquêter de ce qu'ils sont, de ce qu'ils font et à quoi ils nous relient. En tant qu'acteur de prévention il me convie à reconsidérer les conceptions qui mobilisent et modèlent les actions de prévention. Trop centrées sur les personnes, sur leurs ressources et leurs capacités à se prémunir : elles stigmatisent et culpabilisent. Trop focalisées sur les objets addictogènes : elles agitent le chiffon rouge de la fascination, de la déresponsabilisation et ouvrent la porte aux approches sécuritaires et prohibitionnistes. Si la toxicomanie, c'est la rencontre entre un individu, un contexte social et un produit, il reste une place significative pour travailler conjointement la place du moment socioculturel et la nature de l'environnement propre à ceux que l'on souhaite aider à se prévenir. Ce travail induit la prise en compte de cet environnement et en quoi il interagit, contraint, conditionne et favorise tel ou tel type de comportement plus ou moins adaptatif. Comme acteur de prévention, je pense qu'il ne s'agit pas pour autant d'opposer radicalement tel ou tel type de prévention. Il semble pourtant que de prendre en compte cette existentielle revendication qui consiste à ce que chacun puisse trouver les conditions environnementales lui permettant, dans l'interaction relationnelle, de tisser de bons et durables attachements est une indispensable nécessité. Il nous faut sans doute développer ensemble une pensée médiane, inviter à porter sur nos contemporains et sur la jeunesse, ainsi que sur leurs besoins, un regard nuancé empreint de responsabilité : nous ne ferons pas le bonheur des générations de demain en nous résignant aux contraintes délétères de nos vies modernes que nous leur avons collectivement et sans doute involontairement élaboré tout en les invitant à être exemplaires et comptables en matière de "mauvais" attachements.

En prévention cela signifie toute la nécessité de la démarche éducative qui vise à inscrire et rattacher les personnes dans un environnement les liant à leur histoire, à eux-mêmes, à leurs semblables, ainsi qu'à leur avenir. Pour paraphraser B. Sirulnick, on pourrait rappeler que : "Le paradoxe de la nature humaine c'est que l'on ne devient intensément soi-même que sous l'influence des autres ».

La santé⁴ telle qu'elle se définit aujourd'hui dans le champ de la promotion de santé est la capacité d'utiliser au mieux ses potentialités et gérer contradictions et conflits. Elle vise à construire du bien être physique, psychique et social, et passe par une adaptation modulée à son environnement ou par une action contribuant à la transformation du monde extérieur. Elle nécessite pour autant des conditions préalables⁵ : la paix, un abri, de la nourriture, un revenu, un écosystème stable, des ressources durables, la justice sociale, l'équité, l'accès à l'éducation. On le voit bien, le lien entre l'environnement et la santé est

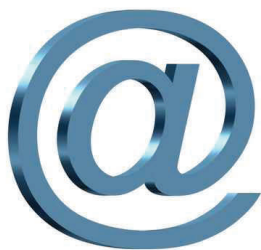
omniprésent, indissociable. De ma place d'acteur de prévention, il me semble que la relation éducative offre cette espace d'interactivité qui répond aux besoins de l'adolescent et du jeune adulte de pouvoir tout à la fois exercer sa capacité à expérimenter son autonomie, sa capacité à s'essayer à être un « être accompli » avec son environnement et d'en mesurer les limites et les interconnexions avec les adultes. Pouvoir s'appuyer dans cette période de la vie sur des individus responsables et stables affectivement, consistants psychologiquement, contenant de pensées, capables de tenir une juste place est sans doute une chance, un facteur déterminant de réussite au-delà des prédéterminismes biologiques. La prévention des conduites à risque et des addictions a sans aucun doute à prendre en compte cette exigence de soutenir les adultes, parents, voisins, enseignants, chauffeurs de bus, éducateurs, animateurs jeunesse, assistants d'éducation, élus, simples citoyens qui composent l'environnement relationnel de nos adolescents.

La relation éducative⁶, dissymétrique, nécessaire et temporaire visant à l'émergence du sujet répondra sans doute à cet engagement d'offrir des environnements favorables, des conditions du "vivre ensemble" où peuvent se tisser des attachements propices au développement. La méthodologie de projet en prévention nous invite, parfois avec excès, à ne fixer d'objectifs à nos activités que s'ils sont atteignables et mesurables. Certes on constatera à quel point il est difficile de prétendre et d'évaluer le fait de pouvoir agir avec et sur l'évolution de l'environnement des personnes. Mais cette difficulté ne peut pas nous exonérer d'intégrer cette perspective dans nos actions. Plutôt que de ne s'en tenir qu'à de sempiternelles actions d'information auprès des jeunes, des chômeurs, des femmes enceintes, etc., et ce de manières plus ou moins participatives et culpabilisantes, il est envisageable et réaliste de développer et pourquoi pas de généraliser aussi des pratiques de prévention centrées sur la capacité des acteurs à contribuer ensemble et de manière concertée à promouvoir des espaces de "vivre ensemble" d'avantage favorables. Et pour construire ces espaces de concertations d'acteurs préoccupés des contextes propices à la construction des liens et des attachements durables et satisfaisants, quoi de plus efficace que les réseaux ?

Laurent LIZÉ
Directeur d'Education Santé Drôme

1. Professeur Michel Reynaud, psychiatre et addictologue.
2. Bernard Vergely, philosophe : Le Monde Samedi 6/11/2010
3. «Factures/Fractures de la notion de réseau à celle d'attachement », Bruno Latour, professeur au GSI, ENSMP, Paris.
4. F. Greymy et B. Pissaro : "Proposition pour une politique de santé", la Documentation Française, Paris, 1982.
5. Charte d'Ottawa
6. Selon Philippe Merieu

Adolescents et nouvelles technologies : sont-ils tous addicts ?



Comment, dans ce dossier spécial sur « la prévention des addictions », ne pas rapporter un constat des professionnels médico-socio-éducatifs que nous rencontrons ? Ces derniers sont alarmistes face à la place grandissante qu'occupent dorénavant les « nouvelles » technologies de l'information et de la communication (les TICs) dans la vie des enfants dont ils ont la charge.

Dans le cadre des loisirs et des jeux, des relations amicales et sociales (ou au contraire l'isolement), ainsi que des relations affectives et sexuelles, l'omniprésence réelle des écrans est aussitôt qualifiée d'addiction par beaucoup d'entre eux.

Peut-être sous le double coup de la fascination et de la peur d'être dépassés, les professionnels relatent un sentiment d'impuissance et partagent des angoisses qui les submergent. Ils échangent sur des situations extrêmes, mais isolées, qui vont ensuite constituer sur ces questions les représentations et le savoir profane partagés par le secteur éducatif et médico-social : les enfants sont dits « addicts » aux jeux vidéo, au téléphone portable, au web (réseaux sociaux), à leur petit ami, au porno...

Le risque ne serait-il pas de re-qualifier les passions en pathologies ?

Définition des critères de l'addiction par Aviel Goodman (1990)

Outre le rapprochement (sans retour possible) des deux champs historiques de l'alcoolologie et de la toxicomanie, le concept d'addiction, généralisé depuis une dizaine d'années, présente l'avantage supplémentaire d'inclure les dépendances sans produit. Ainsi les comportements compulsifs, sources de souffrances, de plaintes, et pouvant entraîner des conséquences sociales fortes, sont maintenant incluses dans le dispositif de prise en charge que constituent les CSAPA. Il s'agit des pratiques

compulsives en lien avec le jeu, les achats, le sport, l'alimentation (anorexie et boulimie) la sexualité et même... le travail (workoolique).

Au même titre que pour les addictions aux substances psycho-actives, les explications neurobiologiques mettent l'accent sur la voie dopaminergique et le système de récompense avec des effets euphorisants exactement comme la Cocaïne par exemple. Le «craving» - envie irrésistible, caractère obsédant - est lui aussi décrit comme caractéristique des addictions sans drogue.

Historiquement, l'addiction sans drogue a été introduite par la psychanalyse en 1945 (Otto Fenichel). Elle est retravaillée en 1975 sur le champ spécifique des dépendances affectives et sexuelles par Stanton Peele qui tente de démontrer l'équivalence entre certaines formes de relations amoureuses et la toxicomanie. Elle est finalement conceptualisée en 1990 par Aviel Goodman, psychiatre américain.

Selon Goodman, "l'addiction est un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives".

Mieux comprendre le phénomène pour mieux prévenir

Avec ce cadre de référence, quatre éléments de compréhension permettent de cerner au mieux les phénomènes actuels et d'en dégager des pistes de prévention :

Le premier point important est de tordre le cou à la croyance qu'il existe une cyber dépendance, c'est-à-dire une addiction propre à internet, alors que ce dernier n'est que l'outil de prédilection d'une dépendance aux jeux (vidéo ou d'argent) ou à la sexualité (Codina et al. 2009 ; Matysiak 2006). Ainsi nombre d'intervenants ont le sentiment qu'internet est la cause des addictions sans drogue alors qu'il n'est que le média privilégié, et non unique, de la mise en place des comportements sur lesquels se fixe l'addiction. En effet, ce que montrent les études et les analyses des praticiens à partir de leurs prises en charge, c'est que les TICs sont des nouveaux médias « amplificateurs » des addictions comportementales (Codina et al. 2009).

Le deuxième point à souligner est la distinction qui doit être faite entre, d'une part, les addictions comportementales qui relèvent de la pathologie adulte et qui

Goodman décrit les critères d'inclusion des comportements compulsifs dans le champ des addictions :

- A. Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
- B. Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
- C. Plaisir ou soulagement pendant sa durée.
- D. Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.
- E. Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :
 - 1- **Préoccupation** fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.
 - 2- **Intensité et durée** des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.
 - 3- **Tentatives répétées** pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.
 - 4- **Temps** important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre.
 - 5- **Survenue fréquente** des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales.
 - 6- **Indisponibilité** pour des activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.
 - 7- **Continuation** du comportement, bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou psychique.
 - 8- **Tolérance** marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.
 - 9- **Agitation ou irritabilité** en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.

représentent une montée en charge réelle dans les centres de soins spécialisés, même si elle reste très réduite au regard des addictions aux produits (Codina et al. 2009) et, d'autre part, les comportements addictifs (Vavassori et al. 2002) qui questionnent le rapport que chacun développe avec un comportement, une expérience qui s'avère omniprésente ou compulsive au quotidien, sans pour autant réunir les critères définis par Goodman pour en faire une pathologie.

Le troisième élément interroge l'influence de l'environnement dans l'augmentation de ces comportements addictifs. En premier lieu, le dictat croissant de l'autonomie traque le moindre comportement qui présenterait un signe de dépendance ; comme si ces conduites ne nous aidaient pas à vivre ! Viennent ensuite les sentiments d'insécurité, de vulnérabilité et de précarité en tous genres, constatés de manière grandissante et partagés par tous dans nos sociétés. Ces sentiments anxio-gènes de fragilisation individuelle et collective entraînent le recours à des comportements pouvant réduire les tensions internes car ils font fonction de nouvelles normes sociales : souveraineté de la consommation, culte du sport, primauté de l'épanouissement personnel (Hefez 2010), fascination du gain d'argent facile et rapide... tout est en place pour donner le sentiment de sécurisation et d'accomplissement de soi par l'abus de ces curseurs sociaux valorisés et valorisants.

Enfin, concernant les relations particulières des jeunes avec les technologies de l'information et de la communication (TICS), les études montrent que la très large majorité des adolescents appréhendent les risques et mettent en place de manière relativement autonome des stratégies d'évitement des sollicitations involontaires ainsi que des violences ou agressions potentielles via les TICS. « Ainsi, l'Internet constitue, pour une majorité de jeunes n'ayant pas de véritables problèmes relationnels, un facteur de développement et d'intégration sociale. » (Metton -Gayon 2009). Le risque de virtualisation des relations sociales est bien identifié par les jeunes eux-mêmes qui font émerger des profils « extrêmes » appelés les Geek (passionnés technologiques) ou les Nolifes (centrés sur le jeu ou le web au dépens du social), pour qui la relation via internet est privilégiée car moins engageante. Les expériences négatives, relativement isolées, sont saisies par les jeunes avec les adultes pour ajuster les modes d'utilisation et identifier les risques de dérapage (Fontar et al. 2010). C'est aux adultes de travailler les cadres d'accompagnement, d'une part des enfants à un accès réduit à ces médias omniprésents, et d'autre part des adolescents à leur utilisation en distinguant bien le champ du social, de celui du privé.

Une prévention majoritairement orientée sur l'éducation

Il est question ici de prévenir l'adoption de comportement addictif (impulsivité et perte de contrôle) sur les actes de la vie quotidienne qui sont liés à la condition humaine et aussi sources de plaisir et de développement : la sexualité et la relation affective en premier lieu, mais aussi l'activité physique, l'alimentation, l'ac-

quisition de bien, le jeu en société, etc. Il n'est donc pas question d'interdire mais d'accompagner des expérimentations, des habitudes de vie, des choix qui respectent l'autre et sont favorables à l'équilibre physique, psychique et social de l'individu.

Les causes des addictions sont multidimensionnelles (génétiques, psychologiques, familiales, sociales, environnementales...) ; c'est le cumul de ces facteurs à une période donnée de la vie qui établit un niveau de vulnérabilité, terrain d'ancrage des comportements addictifs. En amont, le développement des compétences psychosociales est l'axe majeur qui permettra à l'individu et à son environnement de faire face à cette fragilisation autrement (prévention) ou de manière moins dommageable (réduction des risques).

Aussi, concernant la prévention des effets et des risques liés à l'utilisation croissante des TICS, cinq pistes de travail complémentaires sont ici à mobiliser (Frontas et al. 2010 ; Y. Salmon 2007 ; Metton Gayon 2009) :

- Le développement, par des actions éducatives, des compétences psycho-sociales : 1/l'estime de soi, 2/la capacité à gérer les émotions, le stress, la pression du groupe, 3/l'aptitude à rentrer en lien avec l'autre, à résoudre les conflits, les problèmes 4/ la capacité à construire une pensée critique.
- Le durcissement de la réglementation des TICS pour réguler le développement de la « commercialisation » des relations et maintenir la différence des générations.
- La sauvegarde de l'enfance et la montée en charge des systèmes de contrôle parentaux, accompagnés de la prise de parole des parents et du dialogue systématique.
- L'éducation des enfants et adolescents aux TICS et le renforcement des compétences d'autorégulation de l'utilisation des TICS.
- Le renforcement des prises de paroles éducatives adultes sur les composantes de la vie qui transitent aujourd'hui par les nouveaux médias pour ne pas laisser sans mot l'exposition involontaire des enfants à la violence, à la marchandisation des relations sociales et ne pas laisser le champ libre au tout virtuel. Renforcement qui doit s'opérer auprès de l'ensemble de la communauté adulte : équipe éducative en établissement scolaire, dans les centres d'animation et mais aussi en direction des parents.

Sylvain JERABEK
Directeur de l'ADES du Rhône
Formateur en éducation à la sexualité E.N.

Bibliographie et sites internet : voir la bibliographie générale du dossier p. 18

Parentalité et prévention des conduites addictives

L'association Centre Jean Bergeret s'intéresse à la question de la relation parents-adolescents depuis de nombreuses années. A partir de 1997, elle s'est vu confier des missions d'écoute par la création du PAEJ de Lyon (Point Accueil Ecoute Jeunes) dont la vocation initiale était d'accueillir l'entourage familial. Aujourd'hui l'association gère trois PAEJ situés à Lyon centre, Rillieux la Pape et Saint Priest, et met également à disposition deux psychologues pour animer le Point Ecoute de Meyzieu et deux autres psychologues pour participer à l'activité clinique de la Maison Des Adolescents du Rhône.

Un soutien à la parentalité, assuré par les psychologues de la structure, peut se traduire par la mise en place d'entretiens pour les parents ou substituts parentaux (beaux-parents, éducateurs...) , en l'absence de l'adolescent. Quel cadre et quels enjeux dans cette écoute ? Le point de vue de l'équipe du PAEJ de Lyon.

Les entretiens parentaux sont proposés lorsque les adolescents refusent de participer à un entretien familial ou individuel, malgré une prise problématique de produits, ou lorsque nous ressentons chez le couple parental une souffrance à être parent d'un adolescent présentant des conduites addictives.

Il est nécessaire de rassurer les parents sur leur capacité d'écoute et de soutien afin qu'ils puissent retrouver une fonction symbolisante et limitante par rapport à leur enfant ainsi qu'à ses frères et sœurs. Le fait que les parents consultent seuls permet de montrer également à l'adolescent que ses parents sont inquiets, qu'ils s'intéressent à lui, et que le problème ne vient pas seulement de lui. Les entretiens parentaux sont indiqués lorsque nous pressentons que les parents perçoivent profondément leur état d'impuissance et qu'ils sont envahis par une image négative de leur fils ou fille, ou encore quand ils expriment une culpabilité parentale intense.

L'accueil parental représente 35% des entretiens

Les entretiens parentaux représentent 35% des prises en charge et sont au cœur des références cliniques que nous avons développées. Ces entretiens sont proposés lorsque les parents se présentent spontanément, seuls ou en couple parental, et parfois même lorsqu'ils sont séparés depuis longtemps. Ils sont informés avant leur arrivée que notre dispositif est spécialisé sur les problématiques de l'adoles-

cent. Ils n'ont pas toujours en représentation nos modalités de travail et vont les explorer au fur et à mesure de nos rencontres.

Dans le cadre de la prévention des conduites addictives, les entretiens parentaux sont indiqués quand on constate une difficulté à se séparer entre parents et adolescents. Dans ces situations, les parents se sentent « envahis » par les difficultés de leur « ado » et n'ont plus que lui et ses symptômes en tête. L'inquiétude et l'incompréhension conduisent les parents à osciller entre un positionnement répressif en tentant de « maîtriser » les événements, ils lui interdisent les sorties, les copains, l'argent de poche, le téléphone... Le jeune reste alors à la maison et les tensions augmentent au sein de la famille... Ou bien, au contraire, les parents lâchent complètement prise avec le jeune, exprime le sentiment d'une impuissance totale, laissant le jeune dans un vécu d'abandon, tout aussi nocif. Ces conduites addictives se présentent de manière paradoxale pour à la fois dénoncer ce dysfonctionnement tout en le maintenant. Le jeune est ainsi pris dans une spirale : l'addiction est un symptôme qui témoigne de la souffrance du sujet mais elle a souvent pour effet de le mettre à mal et de perturber sa relation à l'autre. Dans ce contexte, la séparation et l'individuation, faisant partie intégrante du processus de maturation de l'adolescent, sont empêchés ou ralentis par des tendances à la confusion des identités, par des projections trop intenses, par des transmissions transgénérationnelles problématiques (traumatisme familial, non dit...).

Une communication parents-adolescents difficile

On note lors de nos rencontres avec les parents des difficultés de communication qui se manifestent par des expressions de disqualification des uns et des autres. Les parents nous rapportent lors de nos entretiens l'existence de crises répétitives avec un adolescent le quel reste inaccessible à toute prise en charge individuelle. Ces crises peuvent se manifester soit par des disputes violentes (agressivité verbale et/ou physique) soit, au contraire, par un évitement (le jeune ne prend plus ses repas en famille, ne partage plus aucun moment convivial, se renferme, se replie dans sa chambre ou encore s'installe dans l'errance par le biais de la fugue). Il peut dans le même temps apparaître en grand danger en multipliant les conduites à risque associées ou non à la prise de toxiques. La déscolarisation, la violence familiale ou l'investissement dans des conduites déviantes peuvent ainsi envahir tout le champ relationnel de l'adolescent. Derrière ces conduites bruyantes, on peut parfois discerner la morosité, la dépressivité, la baisse de l'estime de soi et l'insatisfaction progressive liée aux relations aux adultes, voire aux groupes de pairs.

Le cadre de travail proposé permet l'évocation de l'histoire des parents et de leurs relations avec leur enfant, puis avec l'adolescent qu'il est devenu. A ce titre, les entretiens ont souvent un effet bénéfique pour le narcissisme du couple parental qui retrouve

peu à peu une place plus adaptée au sein de la famille. Les parents vont mieux et par conséquent l'adolescent lui-même en ressent les effets. Au fil du temps, nous pouvons proposer à l'adolescent d'intégrer ce dispositif, ce qu'il accepte volontiers une fois que ce travail est amorcé et que la crise est un peu dépassée. Un nouveau regard et un repositionnement des parents lui permettent de trouver une place singulière au sein de cette instance. Il donne alors l'impression de se laisser bercer et nourrir par l'histoire de ses parents et de ce qu'il a représenté enfant pour ses parents et pour ses frères et sœurs. C'est sa manière à lui de se ré-approprier son histoire pour grandir et se séparer.

Mettre des mots sur les maux

C'est un cadre qui impose de mettre en paroles ce qui se présente comme une succession de passages à l'acte. Les affects et les représentations différenciés de chacun peuvent se dire et être entendus. Jusqu'ici ce sont surtout les effets confus et destructeurs ou conflictuels des actes qui étaient seulement perçus et redoutés. C'est dans ce sens que des parents peuvent découvrir que leur fils ou que leur fille souffre alors qu'ils l'imaginaient uniquement manipulateur ou mauvais. Ils peuvent ainsi s'identifier à sa détresse.

Cette phase constitue une avancée du travail psychique mené par le couple parental dans le cadre de ces rencontres régulières. Le lien entre le jeune et sa famille s'améliore, les conduites problématiques régressent.



Cécile Boyer, Marie-Hélène Bussac-Garat, Anne
Second-Pozo
Psychologues cliniciennes.

Centre Jean Bergeret,
9 quai Jean Moulin,
69001 Lyon,
Tél. 04 72 10 94 30
www.crjb.org

A lire : étude sur la « Chronique ordinaire d'une alcoolisation festive des 16-21 ans »

L'étude sur la « Chronique ordinaire d'une alcoolisation festive des 16-21 ans » de Marie-Xavière AUBERTIN et de Thierry MOREL est intéressante à plus d'un titre, mais nous offre surtout la possibilité d'entrer dans la réalité des logiques de consommations des jeunes. Au-delà des chiffres d'épidémiologie, au-delà des propos alarmistes autour du binge-drinking brandis par les médias, ce travail permet d'approcher ce que la « jeunesse ordinaire » dit de ses usages et du sens qu'elle donne à ses pratiques. Les excès, qui sont parfois importants, sont remis dans leur contexte, généralement festif. Les auteurs soulignent comment l'expérience de ces excès participe à une socialisation du « bien boire ». L'objectif rapporté reste le lien entre pairs : boire ensemble, se rencontrer différemment, lever les inhibitions mais aussi appartenir – ou non – à un groupe à l'occasion de ces « grosses fêtes ». Les pratiques recensées n'apparaissent pas « in-sensées », elles répondent au contraire à des logiques d'apprentissage de leurs propres limites.

Ces paroles d'adolescents sont mises en perspective avec le regard que portent les adultes qui occupent des fonctions professionnelles d'éducation et d'encadrements sur ces pratiques d'alcoolisation. Les entretiens menés auprès de ces professionnels éclairent leurs représentations sur ces questions dont ils ne sont pas spécialistes, bien que sensibilisés ; ce qui ne les empêche pas de nuancer les niveaux d'usage et d'éviter les pièges de la diabolisation des consommations.

AUBERTIN M. X., MOREL T. Les 16-21 ans No-Nos Limit(es) ! Chronique ordinaire d'une alcoolisation festive. (Paris), Haut Commissaire à la jeunesse, DJEPVA, Ecole des Parents et des Educateurs Ile-de-France, 2010, 85 p.

Publié sur Internet :

<http://www.jeunesviolencesecoute.fr/images/stories/PDF/Rapport-Binge-Drinking-par-Thierry-Morel.pdf>

Chloé HAMANT
CIRDD Rhône-Alpes

La démarche participative comme levier de prévention des conduites addictives

L'IREPS et ses huit associations membres départementales ont développé en 2008/2009 une **action régionale de prévention des conduites addictives de jeunes lycéens**. Basée sur une conception régionale, à partir de nos expériences de terrain et de nos analyses, cette action présentait la particularité d'une mise en œuvre pédagogique identique d'un département à l'autre afin de construire une dynamique régionale. Le principe général de cette action était **d'accompagner une classe de lycéens dans une réflexion critique des campagnes de prévention des conduites addictives pour les conduire à élaborer eux-mêmes une affiche de prévention**. Ces affiches étaient dans un second temps soumises au vote dans leur établissement ; le choix d'une affiche par établissement permettant in fine la réalisation d'une exposition régionale composée des huit sélections départementales. La classe était accompagnée sur cinq séances d'animation assurées en binôme par un chargé de projets de l'IREPS du département et par un enseignant ou un référent adulte de l'établissement qui faisait le suivi d'une séance à l'autre. Le principe de co-animation a été choisi de manière à **outiller les professionnels de l'établissement dans la mise en place de projet d'éducation pour la santé**.

Bien plus que le résultat de production d'affiches et d'une exposition c'est le processus de cette action qui illustre la démarche éducative promue par l'IREPS. En effet, comme dans la plupart de nos actions, **la participation du public visé, ici des jeunes, est au cœur de notre approche pédagogique**. Or ce souci de la participation est un critère qui qualifie, selon l'OMS, l'éthique d'une action d'éducation pour la santé. Une action éthique doit également contribuer à lutter contre les inégalités et ne pas en susciter de nouvelles. Elle doit être utile et non nocive. Et enfin se soumettre périodiquement à l'évaluation. Dans cette action régionale, la participation s'exprime dans nos choix d'animation qui laisse une part importante à l'expression des représentations, aux échanges, aux propositions des jeunes, à leur implication concrète dans l'organisation du vote par exemple. La participation est à entendre dans sa dimension d'engagement, dans le fait de prendre part à son environnement, à sa santé. L'essentiel est de permettre à l'individu d'obtenir un pouvoir de contrôle sur une décision.

Cet enjeu de la participation s'inscrit dans une tradition pédagogique forte, incarnée notamment par Paulo Freire, pédagogue brésilien des années 60. Ce dernier défend l'idée d'une méthode d'éducation di-

te « conscientisante » qui repose sur un principe qui pose que chacun est potentiellement maître de son existence. Cela implique que chaque individu puisse exercer son rôle d'acteur, que chaque individu s'approprié ou se réapproprié le pouvoir de devenir acteur. Il distingue alors deux types d'éducation. La première est descendante, dite « bancaire », où l'éducation s'apparente à un acte de dépôt. La seconde est émancipatrice, libératrice. L'individu est mis en capacité de réagir, la transmission du savoir constitue une interaction entre des personnes. Bien entendu Paulo Freire s'inscrit dans cette vision de l'éducation et nous, acteurs de la promotion de la santé qui défend le principe de participation, adhérons à cette conception.



Dans cette approche la participation n'est pas appréhendée dans une dimension utilitariste qui signifierait que les résultats importent plus que l'acte de participation, mais c'est bien le processus en lui-même qui compte. Ce processus tend à rendre du pouvoir aux différents acteurs impliqués. Le pouvoir s'entend comme la capacité d'un individu à prévoir, contrôler et participer à son propre environnement. Cette notion de participation en tant que modalité émancipatrice rejoint le concept plus récent d'empowerment que l'on pourrait traduire par autonomisation et dont de récentes études¹ ont montré la pertinence pour améliorer la santé.

Ainsi la prévention des conduites addictives s'appuie, comme pour d'autres problématiques de santé, sur la capacité des professionnels de la promotion de la santé à s'inscrire dans une démarche éducative collaborative qui permette aux individus d'être acteurs de leur santé.

Lucie PELOSSE
Chargée de projets IREPS Rhône-Alpes

1. Dans quelle mesure, selon les bases factuelles disponibles, L'autonomisation améliore-t-elle la santé ? Traduction IREPS Bretagne. Issued in english by the who regional office for europe in 2006 under the title what is the evidence On effectiveness of empowerment to improve health ?

Prévenir des conduites de consommation à risque dans le cadre d'une promotion de la santé

En termes de prévention de consommation de produits psychoactifs, l'information et la répression ne constituent qu'une réponse partielle et insuffisante, car les facteurs qui expliquent les comportements sont divers et complexes. Dans ce contexte, comment le réseau d'éducation pour la santé agit-il ? Avec quelles orientations, sur quelles bases et avec quelles valeurs ?

Les actions de prévention des conduites de consommation à risque portées par le réseau d'éducation pour la santé en Rhône-Alpes s'inscrivent dans un cadre plus large de promotion de la santé, dans l'objectif d'accompagner les personnes à faire des choix éclairés pour leur santé globale. L'éducation pour la santé s'axe essentiellement dans une prévention primaire, s'adressant de fait en premier lieu aux jeunes, à l'âge des premières rencontres avec des produits psychoactifs.

La place de la prévention des conduites addictives dans la promotion de la santé

Interroger le sens de son action est un préalable à toute méthodologie de projet : sur quoi je souhaite agir ? Qu'est-ce que je souhaite changer ? Inscrire son action en se référant à la définition de la prévention comme un « ensemble de mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité de maladies, d'accidents et de handicap » (OMS), c'est se placer du côté de l'évitement : éviter une « maladie » (la dépendance). Un discours qui a vite ses limites face à de jeunes de vingt ans qui « s'en balancent qui sont des lions » comme le chante Léo Ferré, et pour qui la dépendance ou les risques sanitaires à moyen ou long terme sont renvoyés dans un futur de science fiction.

La promotion de la santé telle qu'elle est définie par l'OMS place de fait la prévention des conduites de consommation à risque dans une approche « écologique » : la personne est en lien avec son entourage, dans une communauté elle-même dans une société. Penser la prévention c'est penser l'ensemble et chercher à influencer tout ou partie¹. Pour les adolescents, quels sont les déterminants qui vont influencer sur le comportement de santé, c'est-à-dire favoriser la consommation à risque ou au contraire aider l'adolescent à maîtriser sa consommation ou l'en prémunir ? Lui-même bien sûr, l'image qu'il se fait de lui, sa capacité à gérer ses émotions, etc. ; sa famille aussi (avoir des parents fumeurs augmentent les risques de fumer à l'âge adulte) ; les copains/les pairs, incontournables à l'adolescence (exerçant cette pression du groupe qui favorisera l'expérimentation et sera déterminante pour la suite de l'usage ou du non-usage) ; la société dans laquelle il vit (la pression de la consommation, l'exacerbation des sensations, l'impossibilité de l'échec, la répression...

Une offre en promotion de la santé qui appréhende l'individu dans sa globalité

La diversité des facteurs qui ont une influence sur les consommations à risque nécessite alors des actions à plusieurs niveaux : sur le plan individuel, collectif et politique. Cette complémentarité d'actions, qui exige une approche transversale des questions de santé, est le propre de la promotion de la santé, telle que définie par la Charte d'Ottawa. Pour définir plus précisément ces différents niveaux d'action, l'« Outil de catégorisation des résultats »² propose une grille de lecture intéressante qui permet de classer les résultats de nos actions dont les effets peuvent-être à plus ou moins long terme. Cet outil détaille ainsi quatre grandes catégories d'activités dans lesquelles les actions de notre réseau s'inscrivent :

Le développement d'offres de promotion de santé

Une part importante de nos actions sont à destination des professionnels, afin que ceux-ci puissent mettre en place des actions qui permettront d'établir un climat de prévention dans leur milieu (une école, un centre social, une entreprise...). En 2008, le Réseau a ainsi édité le cd-rom *Tababox*³ qui recense des animations possibles pour mettre en place une action de prévention auprès de jeunes autour de la consommation de produits psychoactifs et plus particulièrement du tabac. Dans le souci de soutenir au mieux les utilisateurs de l'outil, des sessions de formations à partir des techniques d'animation ont été proposées par tous les comités départementaux de la Région. De nombreuses journées thématiques, formations et rencontres sont régulièrement organisées ; ces temps permettent d'échanger des pratiques, d'améliorer ses connaissances et aussi de rencontrer d'autres acteurs qui oeuvrent sur un même territoire. L'activité de centre ressources en promotion de la santé s'inscrit complètement dans cette catégorie, tout porteur de projet de prévention de consommation à risques pouvant y trouver de la documentation, des affiches, des outils pédagogiques et un soutien méthodologique.

La représentation d'intérêts, collaboration entre organisations

Une promotion de la santé qui ne serait pas portée par les institutions ne pourrait être efficace faute de légitimité. Ainsi notre réseau veille à diffuser et à ancrer les questions de promotion de la santé dans la politique, l'administration et les organisations. Ces actions peuvent porter sur la coordination et la coopération entre structures, autour par exemple d'un comité de pilotage, gage d'une meilleure cohérence et efficacité des actions sur un territoire, qu'il soit à l'échelle du département ou d'une commune.

La mobilisation sociale

Elle concerne les activités qui visent des groupes de la population. Par exemple, les temps de débats avec un groupe de parents qui leur permettent d'échanger et de poser leurs questions à propos de l'usage de produits psychoactifs ou de prise de risques de leur adolescent (quel discours avoir, quelle conduite adopter ? comment susciter le dialogue ?).

Le développement de compétences personnelles

Cette catégorie s'intéresse plus directement à l'individu lui-même. Il s'agit des activités qui comprennent traditionnellement une amélioration des connaissances des individus sur la santé, entre autre sur les effets d'un usage de produits ; toutefois dans le cadre de l'éducation pour la santé elles sont surtout axées sur le développement de compétences de vie relatives à la santé.

Les compétences psychosociales, base d'un projet de prévention des addictions

Un des enjeux d'un projet éducatif en santé avec des adolescents ou des enfants est de développer ou renforcer leurs compétences afin de les aider à faire face à la pression sociale (des pairs et des modèles proposés par la société en général et les médias en particulier), au stress ou à l'anxiété, sans passer par une consommation de produits psychoactifs, ou bien de manière réfléchie et maîtrisée. Ainsi dans une approche éducative, le rôle de l'éducateur pour la santé se rapproche de celui du pédagogue, tel que le définit Philippe Meirieu, c'est-à-dire « *qui se donne pour fin l'émancipation des personnes qui lui sont confiées, la formation progressive de leur capacités à décider d'elles-mêmes de leur propre histoire* »⁴.

Un projet d'éducation pour la santé s'appuie généralement sur les trois dimensions du savoir : les savoirs (l'ensemble des connaissances de la personne), les savoir-être (les attitudes, les représentations et les valeurs), et savoir-faire (les capacités). Le plus souvent des activités sont déclinées autour de chacun de ces savoirs : un travail d'exposé réalisé par des élèves pourra se faire en parallèle de l'organisation d'un débat sur la place des produits psychoactifs dans la société, et enfin de nouvelles modalités de

pauses conviviales pourraient être mises en place pour palier la cigarette-ennui.

Au début des années quatre-vingt-dix ont été expérimentés des programmes de prévention des consommations de psychotropes des jeunes inspirés de la psychologie sociale, visant à développer des aptitudes essentielles à la vie des élèves. De ces travaux ont été synthétisés par l'OMS 10 aptitudes essentielles pour faire face « *avec efficacité aux exigences et aux épreuves de vie quotidiennes* » (OMS). Ces compétences psychosociales sont : savoir résoudre les problèmes, savoir prendre des décisions ; avoir une pensée créative, avoir une pensée critique ; savoir communiquer efficacement, être habile dans ses relations interpersonnelles ; avoir conscience de soi, avoir de l'empathie pour les autres ; savoir gérer son stress, savoir gérer ses émotions. Les projets de prévention des conduites de consommation à risque développés par le Réseau auprès de jeunes utilisent ces compétences. Parfois le développement de ces compétences est l'objectif même du projet, ce qui permet une approche transversale, non centrée sur l'usage de produits. Une approche éducative visant à développer les compétences psychosociales « *redonne toute son importance aux influences sociales dans la genèse des attitudes et des comportements liés à la santé. C'est une réflexion sur le lien entre soi et l'environnement qui devient le noyau du programme.* »⁵

Madiana BARNOUX
Chargée de projets ADES du Rhône

1. Cf. DEMEULEMEESTER R., RIGAUD A., COHEN B., et al. - Prévenir les addictions : Axes de la prévention.- ADSP : Actualité et dossier en santé publique, n° 60, 2007/09.- pp. 36-60.

2. Elaboré par Promotion Santé Suisse et promu par l'INPES. Accessible sur : http://www.inpes.sante.fr/index2.asp?page=outils_methodo/categorisation/index.asp

3. Disponible auprès des comités départementaux, de l'IREPS et en ligne.

4. Ph. Meirieu, *Le choix d'éduquer, Éthique et pédagogie*. Paris, ESF, 2007.

5. Pierre Arwidson, « Le Développement des compétences psychosociales », in B. Sandrin-Berthon, *Apprendre la santé à l'école*, Paris, ESF, 1997.

Prise en charge sociale des usages de drogues : abstinence ou gestion, contrôle ou maîtrise ?

La question des addictions en contexte

Toutes les problématiques addictives – avec ou sans produits – sont assimilables à une perte de contrôle, à une dérégulation des comportements face à des stimuli puissants qui finissent par provoquer toujours plus d'insatisfaction et de frustration. Et si « *il n'y a pas de société sans drogues* », ni de société qui ne recherche pas d'une manière ou d'une autre le plaisir, jamais cependant les drogues n'ont été aussi disponibles, abondantes et puissantes qu'aujourd'hui ; jamais les moyens mis à la disposition des hommes pour éveiller et exacerber leur plaisir n'ont été aussi élaborés : apparition de nouvelles molécules bien sûr, mais aussi et surtout industrie du divertissement, des jeux d'argent, marketing du plaisir, exacerbation de la vitesse, de la prise de risque, place prépondérante de la sexualité dans les médias... Dans un tel contexte socio-culturel, la question de la prévention, de la prise en charge et de l'accompagnement des individus sous la menace potentielle de risque addictif se pose de manière particulièrement aigüe.

La perception culturelle des drogues : une question morale

Historiquement et culturellement, et en particulier en France, faire de la prévention, accompagner les personnes en difficulté avec un produit donné, c'est favoriser l'adoption de comportements vertueux, qui passent nécessairement – bien que cela ne soit pas toujours assumé en tant que tel – par la promotion de l'abstinence (ne pas fumer, ne pas boire d'alcool, ne pas prendre de drogues...). De fait, les acteurs de la prévention et du soin proposent bien souvent des principes d'actions et de suivi thérapeutique basés sur une certaine forme d'édification morale et vertueuse (« fumer tue, donc fumer c'est mal, et ne pas fumer c'est bien »), qui s'appuie elle-même en grande partie sur le discours médical. C'est ainsi que l'horizon de toute intervention sur les drogues se limite bien souvent à promettre au fumeur un cancer, au buveur l'alcoolisme, la cirrhose, ou un accident de la route, à l'utilisateur de drogues illégales l'overdose, la dépendance, la désocialisation ou la maladie psychique, en tout cas à n'envisager ces comportements que sous l'angle de leur nocivité sanitaire ou sociale. Or, après de nombreuses décennies passées à promouvoir ce type de modes d'intervention préventive et curative, force est de constater que leur efficacité reste limitée – ce qui est particulièrement vrai en ce qui concerne l'action préventive.

Les drogues : une expérience qui peut se révéler positive...

Aux yeux d'un nombre de plus en plus grand d'acteurs, l'une des raisons essentielles de cet échec patent vient du fait que ces modes d'intervention délaissent – ou tout au moins minorent/déprécient – la dimension la plus importante des usages de drogues, à savoir les sensations, les ressentis, le vécu, la relation au monde qu'ils induisent chez l'individu consommateur. En effet, le fumeur ne fume pas pour « faire » un cancer, mais bien pour ressentir du plaisir, se détresser, partager une certaine forme de sociabilité avec les autres fumeurs. Il en va de même pour le buveur et pour l'utilisateur de drogues illégales, qui peuvent mettre en avant de multiples bénéfices légitimant leurs comportements de consommation. C'est ainsi que le discours préventif et curatif « traditionnel » se révèle inefficace, justement parce qu'il refuse de se confronter à une réalité empirique pourtant évidente : les drogues, ça peut marcher ! Et même lorsque cela ne marche plus aussi bien (en cas d'addiction avérée avec troubles somatiques, de troubles sociaux ou de pathologies associées), certains bénéfices subsistent (fuite, plaisir, sensations agréables, inclusion dans un groupe, fût-il stigmatisé). Ainsi, là où le discours préventif et curatif met en avant les seuls dysfonctionnements ou « dommages collatéraux », bien souvent virtuels ou potentiels, l'utilisateur, lui, perçoit davantage les bénéfices réels et immédiats de ses conduites. D'où une certaine défiance – légitime – de sa part vis-à-vis d'un discours « tronqué », qui ne fait que peu de cas de son expérience réelle – fût-elle ou non conscientisée.

L'expérience de plaisir dans l'angle mort de la prévention / du soin

Du côté de la prévention, de l'accompagnement et du soin, si l'on évite d'aborder cette dimension « expérientielle » des usages de drogues, c'est qu'elle est essentiellement liée à la question du plaisir : il est culturellement difficile de questionner ce présupposé selon lequel les drogues sont forcément néfastes à l'individu et à la société. On l'a vu : parler de drogues, c'est essentiellement parler de perte de contrôle, d'accidents, de violences, de dépendances, de désocialisation, de précarisation, de déchéance... Selon cette appréhension négative du « problème », dont les racines sont profondément ancrées dans la culture occidentale, il conviendrait ainsi de prévenir tout usage de drogue au nom d'un principe de précaution souverain et inaliénable. Or, on peut considérer ce postulat de départ (la nocivité « absolue » des drogues) comme lacunaire ; plus encore, ses implications créent davantage de problèmes qu'il n'en résout : c'est ainsi que l'on nie la subjectivité et la capacité d'appréciation et de changement des usagers (tout au moins lorsque l'expérience d'usage s'avère positive) ; que l'on met en avant un idéal d'abstinence auquel seule une infime minorité est prête à souscrire ; que l'on ferme les yeux sur ce qui fait justement la spécificité des drogues, à savoir

leur capacité à être à la fois bonnes et mauvaises. C'est cette même logique qui, soumise à ses inévitables contradictions, nous pousse à distinguer arbitrairement les « bonnes drogues » des « mauvaises drogues », à proposer des « normes » qui n'ont de vérité que statistique, à repérer et à stigmatiser les « mauvais » buveurs ou les « mauvais drogués », sans jamais permettre de vraiment questionner la complexité et la relativité du phénomène. Aborder les phénomènes d'usages de drogues sous l'angle exclusif de leur nocivité, réelle ou virtuelle, c'est donc non seulement travestir la réalité, mais c'est aussi piéger la pensée et empêcher l'émergence de modèles de prévention et d'accompagnement social plus pragmatiques.

De la relativité des usages et de sa prise en compte...

Face à cette réalité, il serait temps de « changer de logiciel », d'introduire de l'expérientiel et de la subjectivité dans le discours et l'appréhension du problème drogue, quitte à ce que cela nous fasse courir le risque de découvrir et de devoir accepter qu'un individu puisse trouver un équilibre – fût-il précaire – à travers sa consommation de drogues ou l'adoption de comportements dits « déviants ». Une telle posture implique en effet d'abandonner très vite le paisible confort du discours normatif : à dose équivalente, l'expérience, le plaisir, le dommage, l'impact psycho-social seront en effet totalement différents d'une personne à une autre... Impossible donc de se contenter de slogans ou de vérités toute-faites (« *un verre ça va, trois verres bonjour les dégâts !* » ; le French Paradox ; les normes OMS ; l'abstinence comme seul horizon), alors qu'il faudrait être en mesure de proposer une réflexion globale sur le rapport subjectif aux produits, à ses bénéfices et à ses inconvénients et, *in fine*, sur la satisfaction – ou l'insatisfaction – qui en découle...

« Les approches expérientielles »

Réintroduire l'expérience dans le champ de la prévention, de l'accompagnement et du soin nécessite donc d'adopter une approche particulière. Il s'agit de définir dans un premier temps la nature du problème que représente « réellement » les phénomènes d'usages de drogues dans la vie des individus et dans celle des collectivités, puis, dans un second temps, d'élaborer et de proposer des outils qui facilitent l'analyse de l'expérience psychoactive, son interprétation, son « appropriation » individuelle et communautaire. Ces outils d'« analyse expérientielle » doivent prendre en compte la relativité des expériences de plaisir et de souffrances individuelles sans toutefois perdre de vue un certain nombre de « lois » (biopsychosociales) qui s'appliquent à tous et dans tous les contextes. Il ne s'agit non plus seulement de présenter les risques ou les inconvénients liés à une conduite mais bien de les mettre en rapport avec les motivations d'usages et les bénéfices identifiés, et plus globalement avec des choix de vie plus globaux. Intervenir dans une logique expérientielle, c'est aussi

corrélérer l'expérience psychoactive à de nombreuses sphères de la vie (famille, travail, études, loisirs, finances, amitiés, santé et bien-être global...), explorer le lien entre plaisir et souffrance, mais aussi la part d'ambivalence que recèlent généralement tous les comportements d'usages de drogues.

Dans ce processus, il convient de laisser toute sa place à l'environnement en tant que partie intégrante de l'expérience. Les usages de drogues intéressent en effet tout autant l'histoire du sujet que celle de son environnement social et culturel. Cela est d'autant plus vrai à une époque où les normes comportementales d'adaptation sociale sont particulièrement difficiles à tenir (diplômes pour l'emploi, mobilité, impératifs de performance dans toutes les sphères de la vie : rendement du travail, rémunération, vie affective, éducation parentale, etc.), alors même que les étayages collectifs sont de moins en moins solides et structurants.

Vers une éducation expérientielle ?

Cette approche « expérientielle » des phénomènes d'usages de drogues nécessite de mettre en place des stratégies et des dispositifs d'intervention adaptés. Si les questions de l'expérience individuelle, de la satisfaction ou de l'insatisfaction, de la balance avantages/inconvénients sont déjà bien souvent traitées dans le cadre de l'approche clinique des addictions, il n'en reste pas moins qu'elles le sont bien souvent dans une perspective d'abstinence, et en tout que les cliniciens s'adressent presque exclusivement à des usagers de drogues en souffrance et en demande d'aide. L'approche clinique gagnerait ainsi à élargir sa réflexion et son expérience en se tournant et en adaptant ses outils de questionnement, de mesure et de suivi vers la grande masse des usagers de drogues « satisfaits », ou « plutôt satisfaits ».

Quant aux acteurs de prévention, ils gagneraient à définir des objectifs pragmatiques plus adaptés à la réalité des personnes qu'ils rencontrent, mais aussi à poser les bases favorisant l'émergence d'un dialogue et de relations d'échanges de qualité. Dans la détermination des objectifs et des modes d'action, la prévention à des fins d'abstinence a toute sa place, si toutefois les acteurs s'adressent à des individus non-usagers ou en mesure d'adopter un mode de vie « d'abstinent ». Mais, plus globalement, pour prétendre à une quelconque efficacité de l'action préventive, il conviendrait d'envisager des dispositifs qui s'adaptent aux besoins et attentes de la grande majorité des individus, usagers de substances psychoactives plus ou moins satisfaits et désireux de préserver des pratiques de plaisir dont ils gardent la maîtrise. Cet objectif peut être atteint à travers l'instauration et l'implantation de programmes d'éducation pour la santé, d'intervention précoce, voire d'« éducation expérientielle », dans lesquels seraient abordées les questions du plaisir, de la souffrance, de la satisfaction, de l'insatisfaction, des choix et modes de vie, etc.

Conclusion

La société occidentale contemporaine connaît aujourd'hui un réel problème pour limiter les risques liés aux comportements d'usages de drogues et autres conduites addictives. Selon le modèle systémique, tout système confronté à un problème qui met sa survie en danger, n'a que deux options : faire disparaître le problème (dans notre cas, « la guerre à la drogue » = « la guerre aux drogués ») ou changer de perspective et « aménager » différemment son mode de gestion du problème. Or, comme on l'a postulé, l'époque ne se prête guère plus à l'édification vertueuse des comportements. A l'heure actuelle, les tentatives de ce type sont plus que jamais vouées à l'échec.

La prise en compte de l'expérience subjective dans les comportements de recherche de plaisir nous semble aujourd'hui être un enjeu fondamental de la prise en charge des problématiques addictives, qu'il s'agisse d'intervenir avant – la prévention, l'intervention précoce – ou après – le soin – l'apparition de troubles liés. Cet enjeu ne pourra cependant être pris en compte qu'à travers l'instauration de politiques éducatives et de santé publique ambitieuses et innovatrices.

Julien CHAMBON
Chargé de projets AIDES Alcool

Le diagnostic participatif : recueillir quelles informations pour quels usages ?

Sollicité par un lycée du centre ville de Lyon pour développer une nouvelle démarche de prévention sur l'établissement, le CIRDD Rhône-Alpes a identifié que la seule dimension « informative » sur les risques d'usages de produits psychoactifs était déjà largement accessible à ces élèves socialement favorisés. La démarche consistait plus volontiers à trouver un outil pouvant impliquer l'ensemble des acteurs de l'établissement, en les amenant à travailler sur leurs représentations et leurs pratiques en matière de consommation de produits psychoactifs.

Confronter les représentations aux consommations

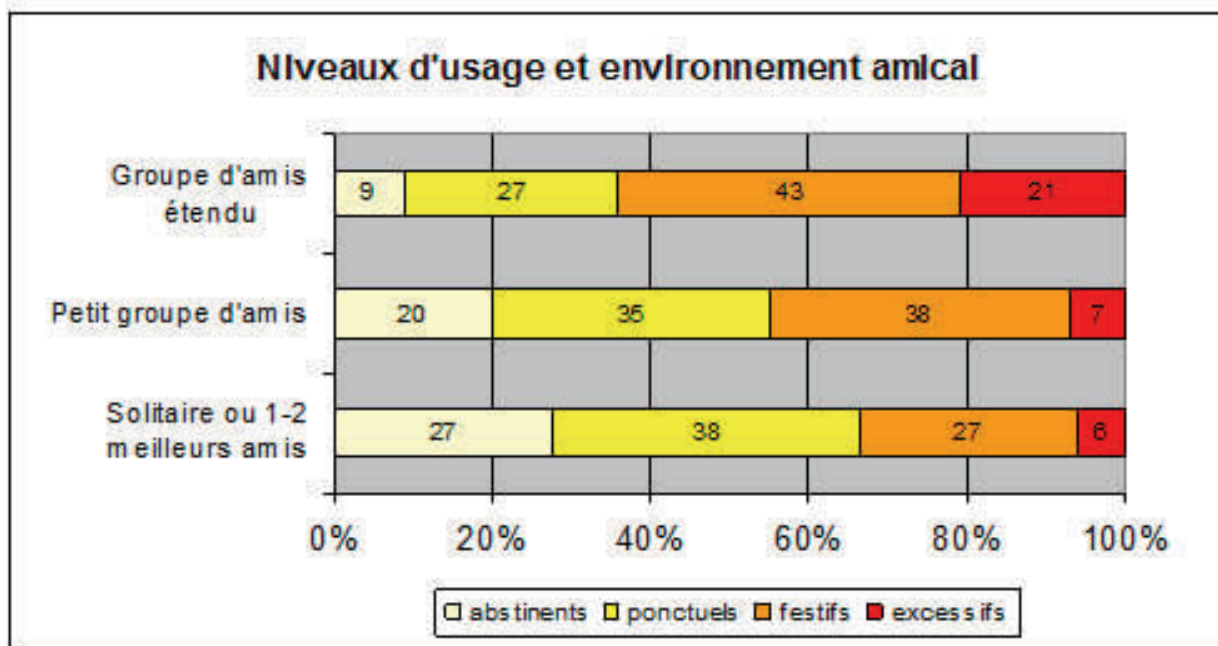
Le projet élaboré avec des personnels de l'encadrement porteurs du projet, a consisté en un programme en trois phases :

- **Identification et compréhension des demandes de l'équipe éducative** : expression de leurs intuitions en matière de difficultés liées aux consommations des élèves.
- **Confrontation avec la réalisation d'un diagnostic de ces consommations** : élaboration d'un questionnaire avec le groupe de pilotage du projet, réponses sur table par tous les élèves des classes de première, saisie des questionnaires par le personnel éducatif et l'infirmière, analyse par le CIRDD Rhône-Alpes
- **Restitution adaptée aux différents publics** (Personnels de l'établissement, élèves et parents) : travail sur les représentations de ces publics sur les consommations de produits psychoactifs et appréciation par le CESC des orientations à privilégier en matière de prévention.

Réalité des contextes de consommation

Alors que l'équipe éducative focalisait ses inquiétudes sur les consommations de cannabis, ce sont les consommations d'alcool qui sont venues s'imposer à travers le diagnostic, révélant également l'importance des contextes d'usage : quelle quantité ? A quelle fréquence ? A quel moment de la journée ? Avec qui ? Autant de dimensions développées dans le questionnaire, traduisant la complexité des conduites addictives et remettant en cause certains présupposés en la matière :

- le rôle complexe de l'argent de poche donné par les parents,
- les conséquences très relatives des usages sur les résultats scolaires,
- la consommation finalement modérée de la chicha, abandonnée au profit du cannabis pour les plus âgés,
- et surtout le lien étroit entre consommations et sociabilités - et donc celui opposé entre isolement et abstinence comme le montre le tableau ci-dessous.



Source : Hamant 2007 – CIRDD RA

Satisfaction et responsabilisation des élèves

Le questionnaire proposé a eu comme premier bénéfice de permettre à chacun des élèves de faire une auto-évaluation de sa pratique de consommation. A l'instar de ce que les études d'impact sur les RPIB - repérages précoces et interventions brèves - nous apprennent, on peut imaginer que cette **démarche de bilan personnel est en soi une activité de prévention**. Elle doit permettre à chacun de faire le point sur sa propre consommation, se responsabilisant, individuellement sur la quantité et la fréquence des produits consommés.

Le travail en groupe sur les résultats de ce diagnostic les a en outre amené à s'interroger sur :

- **la relativité de leurs pratiques de consommation** : certains consomment beaucoup, d'autres pas du tout, loin de définir un "comportement de jeunes" uniforme. Suivant leur genre et leur milieu social, ils sont influencés par un certain nombre de stéréotypes sociaux intéressant à objectiver.
- **l'importance des contextes de consommation**, comme autant d'éléments leur permettant d'avoir des repères sur leurs pratiques de consommations au-delà des fréquences et des quantités consommées.
- La satisfaction d'être entendu avec **une parole libre**, où la question n'est pas de savoir si ce qui est bien ou mal, mais d'être pris au sérieux et responsabilisés sur leurs capacités à faire une analyse de leurs propres pratiques et/ou habitudes.

De l'intérêt de l'usage du diagnostic participatif

Cette approche de la réalité des consommations de et par les jeunes, constitue un moyen sûr de **mieux connaître une situation** sur un territoire et le cas échéant, sur un établissement dont le peuplement, la situation géographique, sont forcément spécifiques.

Elle représente **un véritable levier à l'action**. Agissant comme un révélateur de situations, le diagnostic participatif permet de mettre au jour les situations effectivement problématiques, au-delà du ressenti des acteurs de terrain. Apportant un regard objectif sur une situation, il permet de convaincre une hiérarchie ou des financeurs d'œuvrer là où les personnels de terrain percevaient seulement des difficultés.

Ce travail d'objectivation des situations permet également de mieux identifier les populations concernées, dans leurs profils et leurs usages, ce qui favorise la mise en place **d'actions de préventions ciblées** aux priorités hiérarchisées et/ou une offre de soin adaptée.

Il représente un moyen d'enclencher un travail de prévention en soi, amenant les uns et les autres à faire leur **auto-évaluation** (sur leurs consommations, leurs pratiques, leurs connaissances en la matière) et à se situer vis-à-vis des autres. A ce titre, il participe à la responsabilisation des actes et des pratiques, dans une perspective réellement éducative.

Quelques précautions : recueillir quelles informations pour quels usages ?

La démarche engagée est celle de la responsabilisation des comportements des jeunes en leur permettant de procéder à une **évaluation de leurs consommations**, en valeur absolue, mais également au regard des comportements des autres jeunes. Il nous paraît important de mobiliser ces résultats dans une visée réflexive de la part des personnes répondantes elles-mêmes.

La difficulté de la méthode peut-être dans **l'effet alarmant** des résultats d'une telle consultation. Les données recueillies font apparaître que les jeunes consomment, voire pour certains, consomment beaucoup de produits psychoactifs. La méthodologie de projet doit donc intégrer la **possibilité d'une comparaison** avec d'autres populations de référence (ici, l'enquête ESCAPAD et les jeunes métropolitains de 17 ans).

Il apparaît également très important d'avoir dès le commencement du projet **un objectif clair quant à l'utilisation des chiffres produits**. Leur inscription dans une démarche d'auto-évaluation permet déjà, nous semble-t-il, d'orienter leur utilisation mais il reste important de rappeler que ces données sont déclaratives, qu'elles ne cherchent pas à produire des chiffres de niveaux d'usage, mais bien d'inscrire à l'avenir, une démarche de prévention ciblée en fonction d'un principe de réalité.

Chloé HAMANT
Sociologue, chargée de mission CIRDD Rhône-Alpes

Prévention des addictions et Démarche éducative Bibliographie et sites utiles

- MOREL T.- **Chronique ordinaire d'une alcoolisation festive : Les 16-21 ans. No-nos limit(es) !**- Paris : EPE Ile-de-France ; Haut Commissaire à la Jeunesse, [2009].- 85 p.
<http://www.jeunesviolencesecoute.fr/images/stories/PDF/Rapport-Binge-Drinking-par-Thierry-Morel.pdf>
- THERRIEN A., MOREL A.- **Réfléchir sa trajectoire de vie : Repenser la prévention des conduites addictives**.- Lyon : Chronique sociale, 2009.- 190 p.
- VARESCON I.- **Les addictions comportementales : Aspects cliniques et psychopathologiques**.- Bruxelles : Mardaga, 2009.- 320 p.
- BARMAN J.-P.- **Dépendances : Tous accros ? Drogues, alcool, tabac, jeux et cyberdépendance**. - Saint-Maurice : Saint-Augustin, 2008.- 174 p.
- COUTERON J.-P., MOREL A.- **Les conduites addictives**.- Paris : Dunod, 2008.- 323 p.
- PLANCKE L., DANIEL T., DELCROIX M., et al.- **Les dépendances : Du normal au pathologique**.- Contact santé, n° 224, 2008/01.- pp. 17-47.
- DEMEULEMEESTER R., RIGAUD A., COHEN B., et al.- **Prévenir les addictions : Axes de la prévention**.- ADSP : Actualité et dossier en santé publique, n° 60, 2007/09.- pp. 36-60.
- RAHIOUI H., REYNAUD M.- **Thérapies cognitives et comportementales et addictions**.- Paris : Flammarion médecines-sciences, 2006.- 113 p.
- VARESCON I.- **Psychopathologie des conduites addictives : Alcoolisme et toxicomanie**.- Paris : Belin, 2005.- 240 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.
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/024000138/0000.pdf>
- VALLEUR M., MATYSIAK J.-C.- **Les addictions**.- Paris : Armand Colin, 2002.- 272 p.
- VENISSE J.-L., BAILLY D., REYNAUD M.- **Conduites addictives, conduites à risques : quels liens, quelle prévention ?**.- Paris : Masson, 2002.- 277 p.
- REYNAUD M., LAGRUE G., PARQUET P.-J.- **Les pratiques addictives : Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives**.- Paris : Odile Jacob, 2000.- 273 p.
- THERRIEN A., BONNEAU D., LAMONTAGNE M., et al.- **La gestion expérientielle : Une nouvelle approche québécoise en réadaptation des toxicomanies**.- L'Intervenant, vol. 14 n° 3, 1998.

Thématique « Adolescents et nouvelles technologies » (cf article p.5) :

BIBLIOGRAPHIE

- Y. Leroux, « Il n'y a pas d'addiction aux jeux vidéo » In Le Monde, 27 mars 2009
- S. Peele, « Love and Addiction » New York, Taplinger (1975).
- S. Peele, « La dépendance à l'égard d'une expérience » In Psychotropes, vol. 1(1), p. 80-84 (1983).
- A. Goodman, « Addiction: definition and implications » ; in British Journal of Addiction, 1990, p85
- I. Codina, E. Rossé, « Internet : un amplificateur pour les addictions comportementales » In Psychotropes, (Vol. 15) 138 pages, 2009
- D. Vavassori, Sonia Harrati, Anne-Marie Favard « Le test des comportements addictifs » - Psychotrope - 2002/2 Vol.8, P.75-96
- J. Marquet, C. Janssen « @mours virtuelles, conjugalité et internet » Académia Bruylant, 260p, 2010
- B. Fontar, E. Kredens, « Comprendre le comportement des enfants et adolescents sur Internet pour les protéger des dangers » Une enquête sociologique menée par Fréquence écoles, association d'éducation aux médias, et financée par la Fondation pour l'Enfance. Mars 2010
- JC Matysiak, O. De Sauverzac « Accros à l'écran », Editions Pascal, Paris, 144p., 2006
- S. Hefez « Attache-moi. Liaisons dangereuse du couple et de la famille. » in Résumé des conférences et sessions de travail des Assises française de sexologie et de la santé sexuelle, 03.2010
- C. Metton Gayon « Les adolescents, leur téléphone et internet. Tu viens sur MSN ? » L'Harmattan, 202p., juillet 2009
- F. Voros « L'invention de l'addiction à la pornographie » in « sexologies » N° 18, Paris, oct.2009
- M. Tardif, J.-A. Spearson-Goulet « Les rencontres secrètes d'Éros et Thanatos chez Bill Gates », in Sexologies Volume18, numéro3 pages 210-7 -; Univ. Québec Montréal, dpt sexologie, Canada 2009

QUELQUES SITES INTERNET DE REFERENCE :

Fréquence Ecoles
<http://frequence-ecoles.net/la-recherche.html>
(Recherche sur les jeunes & les TICs)

APTE
<http://www.apte.asso.fr/sp/>
(Association qui se consacre à l'éducation aux médias)

Action Innocence
<http://www.actioninnocence.ch/>
(Site internet de l'association suisse)

CRJE Centre de référence sur le jeu excessif
<http://www.crje.fr/index.html>
(site spécialisé du CHU de Nantes)

GRREM Groupe de recherche sur la relation enfants-médias
<http://www.grrem.org/web10106/website/default.htm>
(Dossiers & bibliographies)

OMNSH
Observatoire des mondes numériques en sciences humaine
<http://www.omnsh.org/>
(Recherche française en cours)

Les compétences psychosociales et la prévention des conduites à risque chez les adolescents



Les acteurs de prévention sont souvent interpellés pour intervenir sur des thèmes précis de santé qui fragmentent et isolent divers risques et conduites : tabagisme, alcool, toxicomanies, dopage, suicide, accidents, VIH/SIDA, IST, contraception, etc.



Aujourd'hui, les actions de prévention s'orientent plutôt vers une prévention globale basée sur le développement des compétences psychosociales, permettant à la personne de pouvoir gérer ses risques éventuels en devenant acteur de sa propre santé. C'est pourquoi les programmes proposés actuellement aux équipes éducatives ont pour objectif de construire, avec elles, des projets de prévention visant à prévenir les conduites à risques des jeunes en renforçant leurs compétences psychosociales.

En effet, d'après l'OMS, l'acquisition de compétences psychosociales s'avère d'une importance primordiale pour l'adoption de comportements favorables à la santé. Ces compétences représentent la « capacité d'une personne à faire face aux demandes et défis de la vie quotidienne ».

Plus précisément, ces compétences, que l'on qualifie de « savoir être », renvoient à différents comportements associés en binôme :

- Savoir résoudre les problèmes et savoir prendre des décisions
- Avoir une pensée créative et critique
- Savoir communiquer efficacement et être habile dans les relations interpersonnelles
- Avoir conscience de soi et avoir de l'empathie pour les autres
- Savoir gérer son stress et ses émotions.

Toutes ces compétences jouent un rôle important dans le bien être physique, mental et social de l'individu, dans la mesure où elles influencent le sentiment d'efficacité personnelle, la confiance et l'estime de soi. En matière de santé, chez les jeunes, elle favorise l'adoption de comportements responsables. Les bénéfices de leur apprentissage sont ainsi très importants pour l'amélioration de l'estime de soi, la diminution de la consommation de tabac, d'alcool et cannabis, la prévention des comportements sexuels à risque, etc.

Mais pour être le plus profitable possible, ces programmes de prévention doivent être élaboré en partenariat avec les différentes équipes éducatives, les jeunes et avec la participation des parents et doivent s'inscrire dans la durée.

C'est particulièrement dans cette optique qu'Education Santé Ardèche développe la mise en place d'actions de prévention des conduites à risque auprès des adolescents de 6 collèges du département de l'Ardèche.

Lydiane Artaud
Chargée de projets
Education Santé Ardèche

Accompagnement d'un centre de médecine physique et de réadaptation



Les patients accueillis dans ce centre de médecine physique et de réadaptation de la Drôme traversent un épisode douloureux de leur existence. Il ne s'agit pas seulement de réparer un corps et une image corporelle, il faut aussi apprendre à faire avec la douleur, réadapter l'environnement matériel, recomposer les relations familiales, la vie de couple, repenser un statut professionnel et social. On comprend ainsi que les produits psychoactifs occupent une place toute particulière dans l'équilibre des personnes et l'équilibre de l'établissement tout entier.



Il arrive pourtant que les consommations de substances psychoactives désorganisent la vie du centre. L'équipe, et en particulier les aides soignants, passent alors beaucoup de temps à faire la chasse aux consommations de cannabis dans les chambres, à enrayer un trafic de vin de table, à gérer occasionnellement les ivresses de patients et leurs répercussions sur la qualité des relations interpersonnelles.

Le centre a constitué depuis plusieurs années un groupe de travail pluridisciplinaire pour mieux prendre en charge les conduites addictives et investis deux champs d'action : le repérage et l'orientation vers les dispositifs de soins des personnes en situation de dépendance et le renforcement du cadre réglementaire. Des personnels bénéficient d'une formation sur les mécanismes de dépendance, des partenariats sont construits avec les centres de soin en addictologie, le groupe de travail rédige une charte de bonnes conduites, et la direction supprime le vin à table. Mais l'ensemble ne suffit pas à éradiquer les « débordements » et l'équipe est désarmée.

L'accompagnement proposé par Education Santé Drôme depuis novembre 2009 a permis au groupe de travail de faire le point sur les démarches entamées et de repenser les consommations problématiques avant tout comme des symptômes. De cette manière, et au fil des rencontres, le groupe a réorienté ses objectifs vers une meilleure gestion des risques liés aux consommations de substances psychoactives, à travers la mise en oeuvre d'une démarche d'éducation pour la santé complémentaire aux outils de réglementations et de l'accès au soin.

Actuellement Education Santé Drôme travaille avec les personnels du centre à une meilleure prise en compte des préoccupations de santé des patients et à un environnement plus propice à la qualité des liens. Il s'agit de co-animer des temps d'échange entre les patients sur des thèmes qu'ils ont sollicité : la douleur, l'appréhension de la sortie, les relations aux soignants. C'est pour le centre l'opportunité de construire une culture partagée en éducation pour la santé, et à terme ces séances pourraient devenir un espace de concertation des patients pour l'amélioration du cadre de vie.

Nicolas BAZIN
Chargé de projets
Education Santé Drôme

EDUCATION SANTE RHONE-ALPES



Edition

IREPS Rhône-Alpes

Instance Régionale d'Education
et de Promotion de la Santé Rhône-Alpes
9 quai Jean Moulin, 69001 Lyon
Tél. 04 72 00 55 70
Fax 04 72 00 07 53
contact@education-sante-ra.org
www.education-sante-ra.org

Directeur de la publication

Jacques Fabry

Rédacteur en chef

Olivier François

Coordination, secrétariat de rédaction et mise en page

Anne Demotz

Rédaction

Lydiane Artaud, Madiana Barnoux, Nicolas Bazin, Marie-Hélène Bussac-Garat, Cécile Boyer, Nadine Chamard, Julien Chambon, Olivier François, Chloé Hamant, Sylvain Jerabek, Laurent Lizé, Frédéric Menneret, Catherine Miachon, Lucie Pelosse, Anne Second-Pozo.

Création électronique et mise en ligne

Christophe Herbster, Anne Demotz

Issn : 1760-5660

Dépôt légal : 09/2008

Diffusion gratuite.

Revue réalisée avec le soutien de l'INPES.

INSCRIPTION A LA REVUE ELECTRONIQUE
EDUCATION SANTE RHONE-ALPES sur
revue@education-sante-ra.org