

# la Santé en action

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION

Activité physique et santé

Écoles, entreprises, territoires doivent se mobiliser



Dossier  
**Jeunes**  
et addictions :  
évolution  
des comportements  
et des pratiques  
professionnelles

# LA SANTÉ EN ACTION

la revue de la prévention,  
de l'éducation pour la santé  
et de la promotion de la santé

Tous les trois mois, 52 pages d'analyse

- ➔ actualité et expertise
- ➔ pratiques et actions de terrain
- ➔ méthodes d'intervention et aide à l'action
- ➔ interviews et témoignages

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

# LA SANTÉ EN ACTION

est disponible gratuitement :

- ➔ en format papier sur abonnement pour les lieux collectifs d'exercice et d'accueil du public (établissements scolaires, centres de santé, hôpitaux, communes et collectivités, bibliothèques, etc.)
- ➔ en format Internet pour tous les publics, professionnels ou non, collectifs ou individuels

Rendez-vous sur [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)

The screenshot shows the homepage of the Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). The header includes the logo and name of the institution. Below the header is a navigation bar with links: ACCUEIL, L'INPES, ACTUALITÉS, ESPACES THÉMATIQUES, ENQUÊTES ET ÉVALUATION, NOS PUBLICATIONS, ESPACES PROFESSIONNELLS, PRESSE. The main content area is divided into several sections: 'ENQUÊTES ET ÉVALUATION' with sub-sections like 'Enquêtes en cours', 'Résultats et publications', and 'Baromètres santé'; 'CONTENUS ACCESSIBLES' with sub-sections like 'Éléments destinés aux publics allophones visuels' and 'Éléments destinés aux publics allophones auditifs'; 'NOS PUBLICATIONS' with sub-sections like 'Affiches, dépliants, brochures, outils médias', 'Livres, matériel audio et vidéo', and 'L'Inpes propose au grand public et aux professionnels de l'éducation et de la santé de nombreux documents.'; and 'L'INPES' with sub-sections like 'Thèmes', 'Populations', 'Supports', and 'Publics'. A pink box highlights the 'Santé en action' logo in the 'NOS PUBLICATIONS' section, with a pink arrow pointing to it from below.

# la Santé en action

est éditée par :

**l'Institut national de prévention  
et d'éducation pour la santé (Inpes)**  
42, boulevard de la Libération  
93203 Saint-Denis Cedex – France  
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 DE RUBRIQUES

**François Beck, Sandrine Broussouloux, Michel Condé, Jennifer Davies, Nathalie Houzelle**  
Lectures : **Centre de documentation**  
<doc@inpes.sante.fr>

## COMITÉ DE RÉDACTION

**Yaëlle Amsellem-Mainguy** (Injep), **Jean-Christophe Azorin** (enseignant - formateur), **Judith Benrekassa** (InVS), **Dr Michel Berthier** (mairie de Poitiers), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Mohamed Boussouar** (Ireps Rhône-Alpes), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Christine Ferron** (Ireps de Bretagne), **Laurence Fond-Harmant** (CRP-Santé, Luxembourg), **Jacques Fortin** (professeur), **Annick Gardies** (Inpes), **Dr Luc Ginot** (ARS Île-de-France), **Emmanuelle Hamel** (Inpes), **Zoë Héritage** (Réseau français des villes santé de l'OMS), **Stéphane Idrac** (Mildeca), **Laurence Kotobi** (université Bordeaux-Segalen), **Marika Lefebvre** (FNMF), **Éric Le Grand** (sociologue), **Nathalie Lydié** (Inpes), **Dr Annie-Claude Marchand** (ARS Champagne-Ardenne), **Claire Méheust** (Inpes), **Mabrouk Nekaa** (DSDEN Loire), **Jean-Marc Piton** (Inpes), **Jeanine Pommier** (EHESP), **Dr Stéphane Tessier** (Regards).

## FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**  
Réalisation graphique : **JOUVE**  
Photographies/illustrations : **Le Studio Elhem, Dragon Ladies de Reims, Une Renaissance par le sport**

Impression : **Groupe Morault**

## ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :  
**Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)  
N° ISSN : 2270-3624  
Dépôt légal : 3<sup>e</sup> trimestre 2014  
Tirage : 10 000 exemplaires

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

## Activité physique et santé

### 4 \_ Introduction

### 5 \_ « Créer un environnement plus adapté à la pratique de l'activité physique »

Entretien avec Jean-François Toussaint

### 7 \_ Développer l'activité physique pour la santé des seniors

Daniel Rivière

### 10 \_ L'activité physique contribue au bien-être des malades chroniques

Entretien avec Jean-Luc Grillon

## Dossier

### JEUNES ET ADDICTIONS : ÉVOLUTION DES COMPORTEMENTS ET DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Coordination : Emmanuelle Bauchet, François Beck et Jean-Pierre Couteron

#### Introduction

13 \_ Emmanuelle Bauchet, François Beck, Jean-Pierre Couteron

#### Construction sociale du risque : le cas des usages juvéniles de substances psychoactives

15 \_ Patrick Peretti-Watel



#### Usages à risque à l'adolescence, tendances et contextes

17 \_ Jean-Pierre Couteron, François Beck, Nicolas Bonnet, Ivana Obradovic

#### Principaux risques liés à la consommation de substances psychoactives

21 \_ Aurore Tremey, Georges Brousse, Nicolas Authier

#### Les consommations à risque chez les jeunes : facteurs de protection et de vulnérabilité

24 \_ Isabelle Varescon

#### Quelles sont les interventions efficaces chez les jeunes pour prévenir les consommations ?

26 \_ Enguerrand du Roscoët

#### « Accompagner les jeunes consommateurs de substances pour qu'ils découvrent leurs potentiel et ressources »

30 \_ Entretien avec Philippe Michaud

#### « Les médecins généralistes peuvent repérer précocement les signaux de mal-être »

32 \_ Entretien avec Philippe Castera

#### Consultations jeunes consommateurs :

##### « aller à leur rencontre »

34 \_ Entretien avec Géraldine Carrasco Compain

#### À Besançon, des bénévoles formés à la réduction des risques arpentent les lieux festifs

37 \_ Lilian Babé

#### Les jeux vidéo : la passion et ses limites

40 \_ Olivier Phan

#### Défis et prises de risque : du « Binge Drinking » à la « Necknomination »

44 \_ David Mourgues

#### Conduites addictives des jeunes : après un an, la Mildeca dresse un premier bilan du plan gouvernemental

46 \_ Stéphane Idrac

#### Addictions en scène : quand les jeunes eux-mêmes créent leur outil de prévention

48 \_ Claire Pailharey, Fabienne Lemonnier

#### Pour en savoir plus

50 \_ Olivier Delmer

## Lectures

54 \_ Céline Deroche, Laetitia Haroutunian, Sandra Kerzanet

# Activité physique et santé

## Introduction

Pour cette séquence consacrée à l'activité physique, nous avons mis à contribution trois experts. Le professeur Jean-François Toussaint livre les enseignements des travaux scientifiques les plus récents. Il insiste sur le fait que l'activité physique a des effets bénéfiques sur les personnes bien portantes mais aussi sur celles atteintes de diverses pathologies.

Le professeur Daniel Rivière souligne, pour sa part, l'intérêt de l'activité physique pour prévenir et retarder le déclin fonctionnel chez les personnes avançant

en âge. Tous deux ont, à la demande des autorités de santé, piloté des rapports d'expertise sur ces sujets.

Enfin, le docteur Jean-Luc Grillon fait le point, à partir de l'expérience de la région Champagne-Ardenne, sur les initiatives qui permettent aux personnes souffrant de maladies chroniques d'accéder à une pratique d'activité physique adaptée à leur état de santé. Il est en particulier frappant de constater à quel point ces patients reprennent confiance en eux et développent des liens sociaux.



# « Créer un environnement plus adapté à la pratique de l'activité physique »

**Entretien avec Jean-François Toussaint,** médecin et chercheur<sup>1</sup>.

*La Santé en action: Les bénéfices d'une activité physique sur la santé sont-ils une réalité ?*

Jean-François Toussaint : Pratiquer une activité physique apporte des effets positifs à tous les âges, quel que soit l'état de santé des personnes, qu'elles soient sujettes à divers facteurs de risque, ou souffrent de pathologies comme les maladies cardio-vasculaires ou les cancers. Nous disposons désormais de démonstrations fortes concernant ses effets protecteurs vis-à-vis du cancer du sein, du colon ou encore de l'endométrite. L'activité physique a également un impact protecteur contre les pathologies neurodégénératives associées au vieillissement, telles que la maladie d'Alzheimer. Une activité physique entraîne un ralentissement du vieillissement ; *a contrario*, celui-ci est accéléré par la sédentarité.

**S. A. : Ce lien fait-il débat ou observe-t-on un consensus scientifique sur le sujet ?**

J.-F. T. : Les évidences scientifiques laissent de moins en moins de part au doute quant à la réalité du lien entre activité physique et santé, y compris pour des maladies génétiques comme la mucoviscidose, dont il était difficilement imaginable qu'elle s'accommode positivement d'une pratique sportive. Or redonner une capacité d'adaptation à l'exercice physique, en particulier chez les jeunes sujets dont la sédentarité est fréquente, leur permet de trouver

une meilleure qualité de souffle ; ce faisant, ils se défendent mieux contre les infections pulmonaires, leur contrainte principale.

**S. A. : Quel est le niveau d'activité physique des Français aujourd'hui ? Bon ou faible ?**

J.-F. T. : Il est estimé inférieur à 60 minutes par jour en moyenne, ce qui veut dire qu'une bonne partie de la population ne parvient même pas à suivre les 30 minutes recommandées. Nombre de Français ne se déplacent pas plus d'une demi-heure dans la journée. Entre voiture, ascenseur, bureau, ordinateur et télévision, tout concourt à nous enraciner...

Une enquête européenne publiée en 2014 fait état de 60 % de Français « rarement ou jamais actifs », soit une dégradation de 8 % par rapport à 2010. Cela représente des heures cumulées d'inactivité physique qui rongent le dos, les muscles, les vaisseaux, le cœur et le cerveau. Elle est aujourd'hui, comme le tabagisme, associée à un très fort surrisque de mortalité. Selon les données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la sédentarité cause autant de décès que la consommation de tabac : ce sont désormais deux facteurs de risque équivalents, responsables d'un surplus annuel d'environ cinq millions de morts dans le monde.

**S. A. : Alors peut-on dire qu'en France, la sédentarité tue autant que le tabac ?**

J.-F. T. : Ces chiffres établis par l'OMS donnent une photographie mondiale très instructive. Cette situation est plus flagrante encore dans les pays

développés, parce qu'elle est le fait de l'essor économique et de l'augmentation des mobilités passives (toutes formes de transport mécanisé).

Des études ont mis en évidence le parallèle entre développement économique et sédentarité. Et ce phénomène gagne maintenant les pays émergents, comme la Chine, le Brésil, l'Inde ou l'Afrique du Sud, avec une hausse parallèle du taux d'obésité. Or ni les populations ni les pouvoirs publics n'ont encore pris conscience de l'ampleur de cet impact. Alors que les méfaits du tabagisme sont reconnus depuis plus de cinquante ans et que des politiques de prévention ont été menées, peu a été fait jusqu'à présent pour la promotion de l'activité physique. Si l'espérance de vie des Françaises est une des meilleures au monde, notons qu'elle n'a plus progressé depuis trois ans (autour de 85 ans). Tout concourt à limiter cette progression : des facteurs génétiques sans doute, mais surtout des facteurs métaboliques, avec l'augmentation de l'obésité liée à une nutrition excessive et déséquilibrée, et la sédentarité.

Cependant, les choses commencent à bouger, en France comme dans l'Union européenne : la Commission et l'ensemble des ministres européens ont en effet émis une première recommandation sur le sport, en novembre 2013, avec pour objectif d'« inciter les citoyens à quitter leur fauteuil ».

**S. A. : Les jeunes connaissent-ils une situation spécifique ?**

J.-F. T. : Nous observons une diminution de la condition cardio-respiratoire chez les enfants et les adolescents. Deux études récentes indiquent que la condi-

Activité physique et santé  
Créer un environnement adapté à la pratique

tion physique des collégiens et lycéens s'est détériorée de façon importante en deux générations : alors qu'ils effectuaient un 800 m (deux tours de stade) en 3 minutes dans les années 1970, il faut aujourd'hui, aux scolaires du même âge, 4 minutes pour couvrir cette distance.

Cela représente une perte de 30 % des capacités cardiovasculaires, pour un effort somme toute modeste. C'est un signal inquiétant car ces capacités déterminent la condition physique à l'âge adulte et participent à la qualité et, *in fine*, à la durée de vie. Cette tendance est similaire dans d'autres pays développés, Grande-Bretagne, États-Unis, Nouvelle-Zélande, etc.

**S.A. : Des dispositifs ponctuels émergent pour favoriser l'activité physique. Quelles initiatives vous paraissent pertinentes ?**

**J.-F. T. :** Au niveau des collectivités territoriales, des actions intéressantes sont menées, comme les villes « Nutrition santé » ou les villes « Vivons en forme ». Certaines municipalités prennent des initiatives innovantes : Strasbourg a, par exemple, mis en place un dispositif entre médecins généralistes et éducateurs médico-sportifs, qui incite les personnes les plus en difficulté à la pratique du vélo, avec la multiplication de pistes cyclables. D'autres communes associent leur politique de développement durable avec un aspect santé, via la mise en service de vélos en libre accès.

Ces options, en changeant l'image au quotidien de la pratique sportive, peuvent amener de nombreuses personnes à franchir le pas : « *Tout le monde peut s'y mettre ? Alors pourquoi pas moi !* ». C'est dans la ville que se prennent les premières mesures concrètes, avec les plans de déplacement urbain intégrant des moyens de mobilité moins « passifs ».

Autre niveau d'action pertinent : les entreprises. Sensibilisées depuis quinze ans par les plans nationaux de

santé publique successifs, elles mettent en œuvre une meilleure politique de prévention, au sens très général, sur la nutrition ou le sevrage tabagique. Certaines vont plus loin, en y associant la lutte contre la sédentarité, en instaurant des pauses toutes les deux heures, pour se lever de son bureau, bouger un minimum et briser ainsi le cycle délabrant de l'immobilité.

**S. A. : L'École ne devrait-elle pas être le lieu par excellence pour promouvoir l'activité physique ?**

**J.-F. T. :** Le milieu scolaire a certainement pris conscience de ces enjeux mais il tarde à œuvrer concrètement. Car cela nécessite d'aller contre des idées reçues qui nous font préférer les enfants assis sagement à une table en train de lire et d'apprendre plutôt que de courir derrière un ballon, se dépenser, pratiquer un sport ! Or il est clairement démontré que les enfants qui assimilent et tirent le meilleur parti de leurs connaissances sont ceux qui sont le plus actifs.

C'est vraiment un élément sur lequel on peut miser pour intensifier l'activité physique : le partenariat entre le système éducatif et le milieu sportif. Il faut à la fois que les écoles s'équipent (sans rentrer pour autant dans des dépenses somptuaires : dans la cour de récré, des lignes au sol suffisent parfois) et que des éducateurs soient présents pour encadrer les enfants. Là aussi, tout dépend de la volonté politique locale, au sein de la commune comme dans les équipes pédagogiques. Certaines villes du Nord-Pas-de-Calais, avec la Ligue d'athlétisme régionale, ont mis à disposition des écoles des équipements très simples pour développer le plaisir du jeu et le goût de la pratique active.

C'est un point central face à l'invasion de l'ordinateur, dont on peut dire qu'il nous tue lentement. La progression fulgurante du nombre d'heures passées devant les écrans chez les jeunes participe à l'augmentation massive de leur sédentarité. Il est évident que l'on peine à y mettre une limite. Nous ne parvenons pas à résoudre ce paradoxe : comment se maintenir en éveil physiquement tout en gardant les bénéfices apportés par les technologies de la communication ? Le risque est immense : nous-mêmes, comme nos enfants, ne sommes plus

que sur le seul et dernier versant de notre développement, celui de la connaissance et de la stimulation intellectuelle – et encore, quand les écrans sont bien utilisés ! Il faut parvenir à retrouver un équilibre.

**S. A. : Quelles sont les mesures les plus réalistes à mettre en œuvre, compte tenu du contexte actuel d'austérité mais aussi de la culture des Français ?**

**J.-F. T. :** Les pistes pour promouvoir l'activité physique ou sportive sont bien identifiées et détaillées dans le Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive. De très nombreuses institutions et associations s'en sont saisies dans tous les coins de France. Mais la difficulté demeure : convaincre l'ensemble des acteurs opérationnels de mettre à disposition de la population un environnement urbain ou rural plus adapté. Il faudrait porter l'effort dans deux directions. D'une part, développer les mobilités actives par l'aménagement des espaces publics en renouvelant les plans urbains de déplacement, en réduisant la vitesse, en facilitant l'utilisation de la bicyclette. Augmenter le trafic vélos, en se donnant un objectif, même modeste, de quelques pourcents (il ne couvre en France actuellement que 3 % des transports quotidiens), serait déjà significatif pour améliorer la condition physique des Français. D'autre part, les relations entre les acteurs du monde sportif et ceux de la santé doivent s'amplifier. La participation des spécialistes du sport à ces réflexions est primordiale pour élever la qualité des objectifs de santé publique. ■

**Propos recueillis par Nathalie Queruel, journaliste.**

1. Auteur du Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive (Pnaps), membre du groupe Adaptation et Prospective, du Haut Conseil de la santé publique, professeur de physiologie, université Paris Descartes, directeur de l'Institut de recherche biomédicale et d'épidémiologie du sport (Irmes), Insep, Paris.

## L'ESSENTIEL

- 
- ▶ L'activité physique ralentit le vieillissement.
- ▶ Pour les patients atteints de mucoviscidose, elle accroît leur souffle et leurs capacités de défense contre les infections pulmonaires.
- ▶ Selon l'OMS, la sédentarité cause autant de décès que le tabac.
- ▶ À ce jour, peu a été fait pour promouvoir l'activité physique.
- ▶ Écoles, entreprises, territoires : il faut créer un environnement beaucoup plus adapté à la pratique de l'activité physique.

# Développer l'activité physique pour la santé des seniors

## Daniel Rivière,

coordonnateur du groupe de travail « Dispositif d'activités physiques et sportives en direction des âgés », faculté de médecine Toulouse-Purpan.

La mission confiée au groupe de travail était de contribuer au volet prévention du Projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement en proposant un cahier des charge pour une offre d'activités physiques et sportives (APS) adaptée pour un public de 50 ans et plus, ce qui constitue une population très hétérogène avec des actifs et des retraités, population que l'on divise aujourd'hui en trois groupes :

- personnes en bonne santé ou « robustes », ou seniors sans problèmes de santé identifiés ;
- personnes fragiles, ou seniors à risques identifiés ;
- personnes dépendantes.

## Les freins à la pratique

Ainsi, les propositions sont préconisées [1], soit pour l'ensemble des seniors, soit pour chacun des trois groupes identifiés, et tiennent compte des principaux freins à la pratique des seniors, à savoir :

- la difficulté d'accès vers les offres d'APS. L'offre est très abondante mais une majorité des seniors ne réalise pas le minimum d'APS requis pour préserver la santé et « prendre en charge » les effets du vieillissement. Cette difficulté d'accès est souvent d'ordre financier mais vient plus souvent d'un manque total d'information : d'une part, des possibilités d'APS permises par l'état de santé du senior et, d'autre part, des structures d'accueil. Cela tient en partie

à un manque de coordination des acteurs de la santé et du sport, dont les actions interfèrent souvent sans qu'il y ait de « parcours » coordonné du senior ;

- les compétences et la formation nécessaires pour prendre en charge les seniors. On constate une extrême hétérogénéité de la formation et donc des compétences des personnes qui prennent en charge les seniors. Les APS sont un facteur de santé mais chez les âgés, elles peuvent devenir « à risque » si les intervenants n'ont pas les compétences requises ;
- la prise en charge financière des APS dans un parcours de soin ou de prévention reste un frein majeur, que ce soit pour le senior lui-même, pour les personnes qui le prennent en charge incluant les aidants, et/ou pour les structures qui l'accueillent.

## Les mesures prioritaires

À la lumière de ces constats, ce qu'il faudrait modifier en priorité dans le dispositif existant peut se décliner pour l'ensemble des seniors :

- intégrer dans le volet prévention des assurances complémentaires santé (« mutuelles ») la prise en charge d'une consultation préventive d'évaluation de la condition physique pour les plus de 55 ans ;
- intégrer la prise en charge spécifique par les assurances maladie obligatoires et/ou les mutuelles, des prescriptions et des pratiques d'APS pour les pathologies pouvant conduire à la dépendance chez toutes les personnes en Affection de longue durée (ALD) ;
- mettre en place des campagnes d'information pour les seniors en proposant des solutions pratiques avec des mesures incitatives ou ouvrant l'accès à ces activités (chèques-activité, mise à disposition gratuite de vélos par les municipalités, etc.) ;

- s'appuyer sur le monde sportif afin de favoriser le développement d'une véritable licence sport-santé qui pourrait être multi-fédérale, afin de répondre aux différents types de pratique nécessaires aux personnes avançant en âge (endurance, souplesse, renforcement musculaire, mémoire, habileté motrice, équilibre) ;
- « mutualiser » les équipements sportifs (locaux de l'Éducation nationale et de l'Enseignement supérieur, des collectivités locales, des clubs et associations recevant des subventions publiques) afin d'optimiser les créneaux horaires, en particulier les temps de non-occupation de ces locaux au profit des personnes avançant en âge. De même, des partenariats avec en première ligne les collectivités locales pour la mise à disposition de locaux partagés avec les établissements accueillant des personnes avancées en âge, devraient être mis en place et développés.

Au-delà des propositions concernant tous les seniors, d'autres préconisations tout aussi prioritaires concernent chacune des populations (voir encadré page suivante).

Ce ne sont ici que les propositions jugées les plus « pratiques et les plus urgentes » ; celles concernant la formation et les compétences seront abordées plus loin. On ne doit pas non plus négliger l'aspect d'évaluation des effets bénéfiques de l'activité physique (tests d'aptitude adaptés sur le plan physique et psychocognitif, en fonction de l'âge et du groupe concerné), ni un aspect souvent oublié, celui de la recherche sur la meilleure connaissance du vieillissement physiologique et sur la mise en place des meilleurs protocoles pour la pratique de l'activité physique.

## Contre le « tout médicament »

Ces propositions interviennent dans un cadre où beaucoup reste à faire. Il est évident que la mise en place d'une activité physique adaptée et sécurisée pour tous n'est pas encore entrée dans une démarche collective ! Notre pays est un grand consommateur de soins et de médicaments (plus facile, moins contraignant), dans la droite lignée de la potion magique d'Astérix, jusqu'à la « surenchère ». Outre le problème économique que cela pose, beaucoup plus préoccupante est la iatrogénie induite par ce « trop » de soins, une des causes de la perte d'autonomie comme nous le disent les gériatres. La Haute Autorité de santé (HAS) a pourtant publié, en 2011, un rapport sur le « Développement de la prescription de thérapies non médicamenteuses validées », dans lequel sont cités l'équilibre alimentaire et les activités physiques et sportives (non dissociables) qui peuvent être une alternative au « tout médicament », sans tomber dans l'excès inverse car certaines pathologies

chroniques qui accompagnent l'avancée en âge nécessitent l'appoint de la pharmacopée.

Un récent rapport de l'Académie nationale de médecine, *Les activités physiques et sportives – la santé – la société* [2], pointe du doigt la nécessité d'un changement du comportement de la société en impliquant tous les acteurs de ce que l'on devrait développer très tôt dès l'enfance, à savoir l'éducation à la santé, afin que chacun participe au maintien de son « capital santé » !

## Prévenir le déclin fonctionnel

Les revues sur les effets bénéfiques de l'activité physique sur la santé, en termes de prévention de la perte d'autonomie sont aujourd'hui de plus en plus documentées ; chez la personne avançant en âge, la prévention de la perte

d'autonomie par les activités physiques et sportives agira, en dehors des effets physiologiques communs à toute la population, par leurs effets sur la perte de masse musculaire (sarcopénie), sur la minéralisation osseuse et sur l'équilibre (la chute suivie de fracture est un des facteurs majeurs d'entrée dans la dépendance), mais aussi sur le plan cognitif (comme le montrent les exercices dits en double tâche<sup>1</sup>, permettant de prévenir et de retarder le déclin fonctionnel).

Mais les activités physiques et sportives sont aussi un moyen essentiel de lutte contre l'isolement et de renforcement des liens sociaux. Il suffit de rappeler ici la définition « historique » que l'Organisation mondiale de la santé donne de la santé : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » Rappelons que parmi les freins identifiés, on note la méconnaissance des offres existantes et que toute campagne d'information ramène dans la « société » des personnes qui avaient tendance à s'isoler et, pour certaines, à verser dans une sédentarité délétère. De plus, la pratique des APS, en intergénérationnel, renforce les effets cognitifs de ces activités.

## Former les professionnels

Comme nous l'avons indiqué plus haut, l'offre est très importante mais très hétérogène, ce qui souligne l'importance de la formation de tous les intervenants et la nécessité d'un socle commun de connaissances. Cela implique de véritables référentiels de compétences, inclus dans les référentiels métiers. La définition du contenu dépend du niveau d'intervention auprès de la personne âgée et doit s'appuyer sur les repères scientifiques pour l'activité physique des âgés – en cours de réactualisation par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) – et sur le contenu de formations déjà existantes. Aujourd'hui, des diplômes universitaires de la filière Staps, des diplômes délivrés par le ministère en charge des Sports et par des fédérations sportives, inscrits au répertoire national des certifications professionnelles, permettent d'encadrer de façon professionnelle les APS notam-

## DES MESURES SPÉCIFIQUES SELON L'ÉTAT DE SANTÉ ET LE DEGRÉ D'AUTONOMIE

Voici, en complément et par type de population, les mesures prioritaires que nous préconisons.

### pour les « actifs »

- intégrer dans le cadre du volet prévention des assurances complémentaires (mutuelles) une prise en charge d'une consultation préventive d'évaluation de la condition physique, en particulier dans le cadre des consultations de préretraite ;
- mettre en place un carnet de suivi à partir de 50 ans pour seniors actifs, véritable carnet de « santé sportive », qui permettrait un accompagnement des éventuelles transitions, actifs devenus fragiles, fragiles devenus dépendants, sous forme d'un livret sport-santé intégrable dans le dossier médical partagé (DMP).

### pour les « fragiles »

- pour les personnes à domicile, reconnaître et valoriser les actions des professionnels mais aussi des aidants familiaux, par des avantages professionnels et/ou pécuniaires (crédit d'impôt) ;
- intégrer auprès des acteurs de proximité (médecin généraliste de premier recours, pharmacien, etc.) la notion d'activité physique pour la santé dans le cadre du Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Projet pilote Paerpa).

### pour les personnes en établissement (dépendantes ou non)

- promouvoir les actions de maintien de l'intégrité et de la santé des personnes âgées dépendantes, par l'intervention de professionnels du monde sportif spécifiquement formés, avec du matériel adapté et sécurisé ;
- généraliser l'accueil d'éducateurs sportifs qui travailleront en lien avec les équipes soignantes des établissements, en particulier le médecin coordonnateur et le cadre infirmier coordonnateur, en totale complémentarité avec les masseurs kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens.

Pr. D. R.

## L'ESSENTIEL

Le professeur Daniel Rivière coordonne le groupe de travail « Dispositif des activités physiques et sportives en direction des âgés ».

En janvier 2014, il a remis son rapport au gouvernement et formulé des propositions.

Il souligne que l'activité physique est possible et profitable, quel que soit le degré d'autonomie.

Plusieurs dispositifs innovants sont proposés, notamment faire intervenir des éducateurs sportifs dans les Ehpad.



ment comme facteur de santé. Mais une harmonisation est là encore nécessaire.

### Un impact important sur la qualité de vie

Un point important est à souligner : à l'encontre des idées reçues, l'activité physique est possible et profitable quel que soit le degré d'autonomie.

On sait aujourd'hui, que prise « à temps » (d'où l'importance du dépistage par les professionnels de santé de premier recours et les aidants, naturels ou non !), la fragilité est « réversible ». Chez les personnes dépendantes, le moindre geste « retrouvé » améliorera un paramètre que l'on ne devrait jamais perdre de vue : la qualité de vie. Cette amélioration retentit sur l'aidant naturel, qui à son tour se trouve dans un état de « mieux être »... ce qui profite à la personne âgée ; ainsi se met en place un véritable « cercle vertueux ». Cela requiert une adaptation très personnalisée de l'activité physique, et implique chez certains sujets une véritable « prescription » médicale en termes de type d'activité, d'intensité, de durée et de fréquence des séances.

Par ailleurs, qui dit « prescription », dit prise en charge. Celle-ci ne peut se faire que par une intervention multidisciplinaire. Dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Éhpad), la complémentarité des différents acteurs des activités physiques (masseurs kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens) associée à l'accueil d'éducateurs sportifs ayant acquis les compétences citées plus haut, est le meilleur garant de l'accès de tous à une activité personnalisée. Cette intervention d'éducateurs sportifs dans les Éhpad est apparue comme un point fort du rapport. Cela implique une intégration des actes d'APS dans les actes de soins, en mettant en place des indicateurs précis pour lesquels une cotation adaptée sera fixée.

En synthèse, il faut intégrer les APS dans le projet d'établissement des Éhpad, en identifiant des actions prioritaires à inscrire dans les conventions tripartites (Éhpad, conseil général et agence régionale de santé), financées sur la dotation soins, et donc affecter des moyens financiers pérennes et

surtout humains. Cela revient à réinvestir dans l'emploi le bénéfice engendré par les APS en termes de santé publique.

En conclusion, afin que nos propositions ne demeurent pas un vœu pieux et de ne pas rester dans l'incantation, il est nécessaire de mettre en place des indicateurs de l'efficacité de ces actions. Bien sûr, c'est aux indicateurs de santé et de qualité de vie que devrait aller la préférence, mais les considérations matérielles ne peuvent malheureusement pas être occultées. Il est donc impératif de mettre en place des études médico-économiques recensant non seulement les économies réalisées en termes de traitements, d'hospitalisations et d'arrêts de travail chez les sujets encore actifs, mais aussi les « gains » pour la société, en termes de consommation et donc d'emplois, générés par une population plus robuste, moins fragile, moins isolée et moins dépendante. ■

### VIEILLIR EN BONNE SANTÉ

L'activité physique, dans une approche globale et positive de la santé, est au cœur du programme *Vieillir en bonne santé* de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), qui vise l'acquisition d'aptitudes individuelles de protection de l'autonomie et de prévention des incapacités via des campagnes de communication à destination du grand public. La brochure « *Le guide nutrition à partir de 55 ans* » propose ainsi conseils et astuces relatifs à l'alimentation et à l'activité physique. Dans une même approche transversale, sont parus les guides « *Vieillir... et alors ?* » et « *Bien vivre son âge* », respectivement pour les jeunes retraités et les personnes plus âgées. Il ne faut pas oublier aussi que le maintien d'une activité physique permet de préserver son équilibre et de réduire les risques de chute ainsi que le détaillent les brochures « *Comment aménager votre maison pour éviter les chutes* » et « *Com-*

1. Exemple d'exercice en double tâche : faire un parcours entre des plots en même temps qu'un exercice intellectuel : citer des mots commençant par une lettre donnée, sur un thème (fruits, animaux, etc.) ou compter de 1 à... en ne donnant que les chiffres impairs, ou répondre à des questions simples.

### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Rivière D. (prés. groupe de travail). Dispositif d'activités physiques et sportives en direction des âgés. Rapport, décembre 2013 : 39 p. En ligne : [http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RapportSportSeniors\\_M3.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RapportSportSeniors_M3.pdf)
- [2] Bazex J., Pène P., Rivière D. Les activités physiques et sportives – la santé – la société. *Bulletin de l'Académie nationale de Médecine*, 2012, vol. 196, n°7 : 1429-1442. En ligne : <http://www.academie-medecine.fr/articles-du-bulletin/publication/?idpublication=100110>

ment garder son équilibre après 60 ans ». L'Inpes s'attache par ailleurs à renforcer les compétences des professionnels médico-sociaux ainsi que celles de l'entourage familial. Ainsi, le livret d'accompagnement du « *Guide nutrition à partir de 55 ans* » et du « *Guide nutrition pour les aidants des personnes âgées* » fournit des conseils pratiques à adapter à la situation des patients ou parents. Le « *Référentiel de bonnes pratiques. Prévention des chutes* » vise également à aider les professionnels à accroître la qualité globale de leurs interventions, tout comme le guide pratique d'aide à l'action « *Actions collectives "Bien vieillir"* », réalisé conjointement avec les régimes de retraite. Enfin, l'enquête Baromètre santé « *Les comportements de santé des 55-85 ans* » fait le point sur les comportements, attitudes et connaissances et souligne l'interaction entre les déterminants individuels, sociaux et économiques.

Dagmar Soleymani, chargée de mission, Programme Vieillir en bonne santé, Inpes.

# L'activité physique contribue au bien-être des malades chroniques

## Entretien avec Jean-Luc Grillon,

médecin conseiller à la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) de Champagne-Ardenne.

**La Santé en action : L'activité physique et sportive est-elle en France une option négligée dans la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques et des personnes en situation de handicap ou de fragilité ?**

Jean-Luc Grillon : Cet outil éducatif a été, en effet, le grand oublié de ces trente dernières années

dans notre pays, alors qu'aux États-Unis, les premières publications sur la santé par l'activité physique datent des années 70. En 1996, un rapport préconisait déjà d'intégrer cette dimension dans les politiques publiques de santé, mais c'est en 2006 que la première pierre a été posée par le rapport Toussaint sur les stratégies de prévention, suivi en 2008 par la préparation d'un Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive (Pnaps).

Aux Pays-Bas, le ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports existe depuis des années, tandis qu'en France, il a fallu attendre 2007 pour voir naître, pour peu de temps il est vrai, un ministère de la Santé et des Sports. Cette réticence française s'explique peut-être par un conflit sémantique. Alors que le Conseil de l'Europe en donne une définition très large, englobant toutes les pratiques d'activité physique orientées vers la santé ou la compétition, le sport est essentiellement vu dans notre pays comme une pratique de haut niveau. En outre, le mot garde un côté un peu négatif, sans doute lié à certains souvenirs douloureux de cours d'éducation physique ! Changer cette image est complexe.

**S. A. : Pourtant, des systèmes de dispense ont été créés à l'école pour éviter justement la stigmatisation ou la phobie par rapport à l'activité physique.**

J.-L. G. : Certes, l'Éducation nationale a évolué, mais sur le terrain, nous sommes loin de ce qui est recommandé au niveau national avec les inaptitudes partielles. Elles sont un outil très intéressant car partant du principe que chaque personne est considérée d'emblée comme apte à l'activité physique ou sportive ; c'est ensuite le médecin qui estime s'il y a des restrictions. Aujourd'hui, lorsque l'on s'inscrit dans un club de sport, c'est l'inverse : il faut, au départ, un certificat médical de non contre-indication. Et c'est bien différent dans l'esprit. Cependant, ce frein pourrait être atténué

par une modification du contenu de l'examen médical et la périodicité du contrôle médical préalable et de suivi pour la pratique sportive hors milieu scolaire<sup>1</sup>.

Pour ma part, je pense que les médecins doivent faciliter le travail des éducateurs sportifs en précisant, lorsqu'elles existent, les inaptitudes partielles de leurs patients (comme pour la pratique en milieu scolaire) et, en retour, les éducateurs sportifs doivent repérer et orienter vers un médecin les personnes présentant des signes évocateurs de pathologie non connue ou évolutive. À cet effet, des outils de liaison existent dans les réseaux Sport-Santé, Bien-être et facilitent la coordination entre l'ensemble des acteurs, les professionnels des deux champs, les usagers ou patients.





© Dragon Ladies de Reims. Une Renaissance par le sport.

**S.A. : Quel est l'intérêt d'une pratique physique pour les malades chroniques ?**

J.-L. G. : Qu'il s'agisse de l'obésité, du diabète ou du syndrome métabolique, les paramètres médicaux sont améliorés par l'activité. Les malades se sentent mieux dans leur corps et le ressentent au-delà même de la baisse du cholestérol ou de la tension.

En région Champagne-Ardenne, le réseau Sport-Santé, Bien-être travaille avec le réseau Diabète et le réseau Cancer; il dispose d'une base de données qui permet de voir des évolutions positives : le périmètre de marche a augmenté, la qualité de vie est meilleure. Beaucoup sont surpris des effets positifs que le sport leur apporte: ils se sentent capables de faire des choses qu'ils n'imaginaient pas auparavant. Ils reprennent confiance en eux.

La pratique sportive est un formidable levier pour développer les compétences psychosociales et l'auto-soin parce qu'à travers elle, les personnes apprennent à se nourrir correctement, à récupérer, à organiser leur vie. Lorsque les patients s'inscrivent dans un club, ils nouent des liens. Cette participation sociale est importante pour ne pas avoir le sentiment d'être isolé avec sa maladie.

**S. A. : Comment procède-t-on pour amener les patients vers une activité physique ?**

J.-L. G. : Les malades chroniques, et parmi eux les plus inactifs, ont besoin d'un accompagnement qui se structure en plusieurs étapes.

La première est d'établir un diagnostic éducatif partagé. Généralement, le médecin traitant ne dispose pas de l'heure nécessaire. Dans le réseau Sport-Santé, Bien-être, cette mission est confiée à un enseignant en activité physique adaptée de proximité – que nous appelons également éducateur médico-sportif: ce sont des universitaires ayant une formation leur permettant d'échanger avec les professionnels de santé et de conseiller les patients sur les possibilités sportives qui s'offrent à eux. Ils vont travailler avec le malade sur ses représentations par rapport au sport, son historique, sa motivation. Ensuite, la prise en charge est graduée selon les personnes. Certaines auront besoin d'un accompagnement dans des ateliers d'éducation thérapeutique, qu'organisent la Mutualité française, la Mutualité sociale agricole (MSA), la caisse primaire d'Assurance Maladie ou les établissements de soin. La troisième étape est d'organiser l'orientation vers une offre sportive de proximité.

**« LA PRATIQUE SPORTIVE EST UN FORMIDABLE LEVIER POUR DÉVELOPPER LES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES ET L'AUTO-SOIN. »**

**S. A. : Cette étape n'est-elle pas ardue compte tenu de la nature des clubs sportifs ?**

J.-L. G. : Certains clubs, certes pas encore assez nombreux, proposent des créneaux sport-santé. Le club de la Fédération française d'athlétisme de Reims, qui entraîne les champions d'Europe (Mahiedine Mekhissi-Benabad et Yohann Diniz) tout juste revenus de Zurich, est en même temps le club le plus important pour le sport bien-être dans notre région; l'hôpital de la ville y envoie régulièrement des patients porteurs d'insuffisance respiratoire. D'autres fédérations sportives, comme la Fédération française de natation, la Fédération française de la randonnée pédestre et d'autres, développent des projets spécifiques sport-santé.

En Champagne-Ardenne, ces créneaux sont promus, accompagnés et visités dans le cadre d'une démarche

sécurité-qualité mise en place par la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), l'agence régionale de santé (ARS) et le Réseau sport-santé-bien-être. Certains d'entre eux portent le nom de PCOF pour « Pathologies chroniques, obésité, fragilité » : l'encadrement de l'activité physique suit des règles de sécurité, avec des éducateurs sportifs formés, ayant un diplôme de secourisme remis à jour et disposant d'un défibrillateur cardiaque, dans des groupes de petite taille rassemblant des personnes au même niveau de difficulté et suivis pendant un an en moyenne.

Toutefois, avant de rejoindre ces groupes adaptés en club, certains patients ont besoin d'une passerelle supplémentaire avec un accompagnement médicalisé ou en milieu médical pour remettre le pied à l'étrier. Celle-ci peut

être un stage d'apprentissage comme en organise l'Union sports et diabète : équipées de matériel comme des capteurs de glycémie, les personnes se rendent compte immédiatement de l'effet de la pratique physique sur leur santé.

Autre passerelle : les ateliers d'activité physique adaptée, qui peuvent durer de quelques séances à trois mois, de la Fédération française pour l'entraînement physique dans le monde moderne (FFEPMM), devenue, en 2014, Fédération française Sports pour Tous, qui

a monté en France un programme canadien appelé DiabetAction : des éducateurs sportifs interviennent dans les services de diabétologie pour faire ce travail de réinitialisation (ou de remobilisation par le sport).

La Fédération française d'éducation physique et de gymnastique volontaire (FFEPGV) a également mis en place le projet « Gym Après Cancer », passerelle initiée en milieu médical en direction des personnes atteintes de cancer.

**S. A. : Combien de personnes sont engagées dans ce cercle vertueux ?**

J.-L. G. : Leur nombre reste assez marginal car nous avons porté notre effort sur les publics les plus éloignés de la pratique sportive. Dans un contexte d'inégalités sociales et territoriales, la gradation de la prise en charge est essentielle. L'idée était d'aller chercher ces personnes auprès des structures qui les suivent : le milieu sanitaire, le secteur médico-social et le social.

Nous avons commencé par les malades chroniques car leur suivi médical est très onéreux et leur pathologie altère leur qualité de vie, avec parfois des handicaps précoces. Ce sont donc les patients souffrant de diabète, de syndrome métabolique, de problèmes respiratoires ou cardio-vasculaires et les personnes en affection longue durée, qui ont été les premières à entrer dans ces parcours sport-santé. Nous sommes encore dans une phase d'expérimentation mais avec des résultats très encourageants. Avec de plus en plus de partenaires qui veulent être partie prenante, comme les collectivités territoriales (Ville de Reims et conseil général de la Marne pour notre région) parce qu'elles peuvent soutenir le développement de clubs sportifs avec des sections sport-santé ou sport-bien être, ou comme la Caisse nationale d'assurance vieillesse pour accompagner les seniors.

**S.A.: Quelles difficultés rencontrez-vous pour amplifier ces actions ?**

J.-L. G. : Les enjeux sont complexes, avec trois éléments à prendre en compte : le malade éloigné de l'activité physique et peu motivé pour pratiquer ; les professionnels de santé dont la culture les pousse à éviter de faire faire du sport à des patients pour lesquels cela pourrait être dangereux – ce qui serait à leurs yeux prendre un risque ; et l'offre sportive sur le territoire qui doit s'adapter pour accueillir de nouveaux publics – les maladies chroniques ayant fortement progressé depuis trente ans.

Or le monde médical et le milieu sportif peinent à se rencontrer. Fin 2012, une étape décisive a été franchie avec une instruction des deux ministères, Santé et Sports, demandant aux

**« DANS UN CONTEXTE D'INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES, LA GRADATION DE LA PRISE EN CHARGE EST ESSENTIELLE. L'IDÉE ÉTAIT D'ALLER CHERCHER CES PERSONNES AUPRÈS DES STRUCTURES QUI LES SUIVENT. »**

ARS de travailler avec les DRJSCS pour mettre en œuvre le plan « Sport-Santé, Bien-être ».

Dans notre région, le déploiement de ce plan est copiloté par le directeur de l'ARS et le directeur de la DRJSCS, au sein de la Commission de coordination des politiques publiques de santé en matière de prévention. Ainsi, y a-t-il vraiment une implication équilibrée des acteurs de la santé et du sport. Autour de la table se retrouvent des membres de la Commission, les organismes de Sécurité sociale, les conseils généraux, des communes désignées par l'Association des maires de France, mais aussi des grandes villes engagées dans la dynamique du Plan national nutrition santé (PNNS). Le réseau Sport-Santé, Bien-être est également présent et, à travers ses trois vice-présidents, le sont aussi : les usagers via l'organisation qui fédère trente-cinq associations régionales (de malades, de handicapés, de consommateurs, etc.), les médecins-libéraux qui sont en première ligne pour amener les patients vers cet objectif d'activité physique et le comité régional olympique et sportif représentant 3 800 clubs. L'organisation est en place et maintenant il faut que le projet monte en puissance petit à petit. ■

**Propos recueillis par Nathalie Queruel, journaliste.**

## L'ESSENTIEL

▣ Le réseau Sport-Santé, Bien-être de Champagne-Ardenne a mis en place un accompagnement des malades chroniques par un éducateur médico-sportif ou enseignant en activité physique adaptée, avec une prise en charge graduée et adaptée.

▣ La pratique d'une activité physique ou sportive, média d'accès à la santé et aux soins, permet à ces patients de reprendre confiance en eux et de développer des liens sociaux.

▣ Les acteurs de la santé et du sport travaillent ensemble, au travers du Plan sport-santé, bien-être, pour amener les patients vers l'activité sportive, notamment ceux qui en sont le plus éloignés.

1. Prévue par la circulaire DSS/MCGR/DGS du 27 septembre 2011 relative à la rationalisation des certificats médicaux.

# Jeunes et addictions : évolution des comportements et des pratiques professionnelles



## Dossier

### Dossier coordonné par Emmanuelle Bauchet,

médecin de santé publique,  
responsable du pôle Habitudes de vie,  
direction des Programmes, Inpes,

### François Beck,

statisticien et sociologue,  
directeur de l'Observatoire français  
des drogues et des toxicomanies  
(OFDT), chercheur au Cermes3 -  
Équipe Cesames (Centre de recherche  
Médecine, Sciences, Santé, Santé  
mentale, Société, université Paris  
Descartes, Sorbonne Paris Cité /  
CNRS UMR 8211/Inserm U988/  
EHESS),

### Jean-Pierre Couteron,

psychologue clinicien, Consultation  
jeunes consommateurs (CJC) du Trait  
d'Union, Boulogne-Billancourt,  
président de la Fédération Addiction,  
Paris.

Les consommations problématiques de substances psychoactives – substances qui agissent sur le cerveau (alcool, tabac, cannabis et autres drogues) – constituent l'essentiel des préoccupations concernant les addictions des jeunes, même si les addictions sans produit (écrans, jeux vidéo) constituent des sujets émergents qu'il ne faut pas occulter. L'environnement économique, culturel, technique, parfois caractérisé d'« hypermoderne », accélère des changements de mode de vie. Cela participe d'une évolution des comportements des adolescents, de leurs usages et des attitudes éducatives des familles.

Pour accompagner ces changements, mieux s'y adapter et y répondre, les professionnels ont modifié leurs pratiques et élargi le champ de leurs interventions. Décrypter les méthodes d'intervention, faire témoigner les professionnels confrontés à ces problématiques, permettent de mieux comprendre comment ces professionnels agissent et travaillent ensemble dans l'accompagnement de ces jeunes et de leurs familles.

### **Cannabis : premier motif de consultation**

L'ambition de ce dossier n'est pas de présenter un panorama exhaustif. Il se focalise sur l'évolution et les grandes tendances de ces dernières décennies : la hausse des alcoolisations ponctuelles importantes (API), l'accent mis sur la précocité de l'entrée dans les consommations à risque, la question du genre et le rapport des filles aux substances... Les principaux motifs de prise de rendez-vous dans les consultations jeunes consommateurs (CJC) sont la consommation à risque de cannabis et la dépendance des jeunes aux écrans en général. Les fortes consommations d'alcool, l'ivresse ou l'API, qui commencent à devenir un motif de consultation, sont le plus souvent verbalisées au cours des entretiens. En revanche, alors que la lutte contre le tabagisme des jeunes est une priorité des pouvoirs publics, le tabac est encore souvent considéré comme une problématique secondaire, notamment en raison du risque sanitaire différé et du moindre impact de cette consommation sur les relations avec l'entourage.

### **Aller au-delà du soin, accompagner**

Partant de ces constats, ce dossier explore les interventions qui peuvent être proposées et les référentiels validés sur lesquels les professionnels peuvent s'adosser. L'évolution sociétale, depuis les années 1980 et en particulier depuis la décennie 2000, a entraîné une évolution des pratiques professionnelles.

Les acteurs de terrain rencontrent les jeunes et leur famille dans un contexte de profonde mutation. Il s'agit d'un véritable changement de paradigme. Il convient désormais d'accompagner les jeunes et leurs entourages, d'identifier les vulnérabilités, de favoriser le développement des compétences et les milieux favorables à la santé. Plutôt que de répondre à la seule demande de soins par une prise en charge thérapeutique, il paraît de plus en plus crucial d'intervenir en amont des problèmes de consommation dans une démarche de prévention et de promotion de la santé.

Cette idée d'un accompagnement s'est fortement développée. Elle élargit et diversifie le cercle des interventions au-delà de la seule réponse thérapeutique mais sans l'exclure. Elle sera donc au centre de ce dossier. Depuis deux décennies, ces évolutions se sont traduites par la création de dispositifs privilégiant une approche plus globale mais aussi, et surtout, par une évolution des pratiques professionnelles : Maisons des adolescents, installation de CJC au sein des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa), actions de réduction des risques se déclinant sur l'ensemble des produits et au-delà de la seule prévention des risques infectieux, interventions en milieu festif renforcées, programmes ou actions en milieu scolaire centrés sur le développement des compétences psychosociales<sup>1</sup>, etc.

### **L'impératif de l'interdisciplinarité**

Entre les professionnels de premier recours (médecin traitant, urgentiste et équipe de liaison à l'hôpital, infirmières, médecins et autres professionnels de l'Éducation nationale, etc.) et leurs homologues des dispositifs plus spécialisés, l'enjeu et la difficulté sont de travailler ensemble, en interdisciplinarité. La coopération entre les professionnels de premier recours et les CJC est encore en partie à construire, mais des décloisonnements s'opèrent. Plusieurs CJC travaillent en lien étroit avec le milieu scolaire ; dans plusieurs régions, ces consultations peuvent même avoir lieu à l'intérieur des établissements suite à des accords avec des rectorats d'académie, d'autres avec les missions locales ou les Maisons des adolescents. L'ambition de ce dossier est aussi de décrire les points de rencontre entre les connaissances scientifiques issues de la littérature, le plus souvent internationale, et les pratiques déployées par les acteurs de terrain, avec ce souci partagé de l'efficacité. ■

1. Un dossier de *La Santé en action* sera prochainement consacré au développement des compétences psychosociales. Y seront exposés des exemples de programmes.

# Construction sociale du risque : le cas des usages juvéniles de substances psychoactives

**Patrick Peretti-Watel,**

sociologue, directeur de recherches Inserm, SESSTIM-Marseille.

Lorsque les sociologues s'intéressent à la « construction sociale » d'un risque, ils ne prétendent pas que le risque en question « n'existe pas » et que des acteurs sociaux (professions, associations, journalistes, etc.) l'auraient « fabriqué » de toute pièce. De leur point de vue, il s'agit d'abord de comprendre pourquoi et comment un risque parvient à s'imposer sur l'agenda médiatique et politique, à un moment donné plutôt qu'à un autre, en allant au-delà des évidences, et en exposant le rôle de certains acteurs, des projets, valeurs, croyances et intérêts dont ils sont porteurs.

Par exemple, en 1986, aux États-Unis, le magazine *Newsweek* publia un dossier spécial très alarmiste reprenant des données officielles pour étayer le constat d'une explosion épidémique des usages de cocaïne dans les universités américaines. La même année, électorale précisons-le, le président Reagan lança une « croisade nationale contre les drogues », pour « débarrasser l'Amérique de ce fléau ». Il ne faudrait pas en conclure trop hâtivement que cette croisade était la réponse à une explosion « objective » des usages de cocaïne. En l'occurrence, c'est plutôt une volonté politique de placer les enjeux électoraux sur le terrain de la sécurité et des mœurs qui a conduit à « frelater » les données disponibles pour orchestrer une campagne médiatique, en transformant une fluctuation statistique négligeable en « explosion épidémique » [1].

De même auparavant, lorsque le *Federal Bureau of Narcotics* (FBN) américain partit en guerre contre la marijuana en 1935, alors qu'il avait jusque-là cantonné ses activités à la lutte contre l'opium, il n'y avait à l'époque aucune donnée documentant une augmentation des usages ou de la dangerosité de la marijuana. Mais outre que cela permit au FBN de développer considérablement ses activités et donc son budget, il semblerait qu'il ait aussi agi sous la pression des pouvoirs locaux, dans un climat de xénophobie à l'égard des immigrants mexicains, réputés pour fumer de la marijuana et devenus indésirables suite à la Grande Dépression [1].

## Du constat de l'usage à l'instrumentalisation politique

Dans les deux cas, il ne s'agit pas de remettre en cause le fait que la cocaïne et le cannabis sont des substances psychoactives dont l'usage est associé à des effets délétères sur les plans sanitaire et social. Mais il s'agit de

rappeler que ces risques ont pu être érigés en problèmes de santé publique par des acteurs sociaux qui promeuvent leurs propres valeurs, leurs propres intérêts, et qui sont porteurs d'un discours sur les causes et les effets supposés du mal qu'ils dénoncent, comme sur les remèdes qu'il s'agirait d'employer.

Ce discours est porteur de sens, il peut avoir une certaine efficacité symbolique. Par exemple, les historiens ont bien montré qu'il existe des tensions intergénérationnelles récurrentes dans la plupart des sociétés : les adultes ont souvent des rapports difficiles avec « leurs » jeunes, et leurs inquiétudes ont tendance à s'incarner dans des stéréotypes inquiétants (« *apaches* », « *blousons noirs* », « *loubards* », « *jeunes de banlieue* », etc.) [2].

## Gare aux explications simplistes

Les drogues illicites fournissent ici une explication commode à ces tensions. En effet, on retrouve dans de

## DROGUES ET POLITIQUES DE PRÉVENTION : CE QUE LES FRANÇAIS EN PENSENT

L'enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) a été menée en 1999, 2002 et 2008. La dernière édition permet de faire le point sur l'évolution de la connaissance et des opinions de la population française relatives aux drogues et aux principales actions publiques développées ces dernières années. Trois grandes évolutions apparaissent à

l'issue de cette décennie d'enquêtes. Tout d'abord, les Français sont de plus en plus sensibles aux dangers des drogues, qu'il s'agisse des produits licites ou illicites. De plus, les perceptions des usages de drogues et de leurs causes tendent à se déplacer, en incriminant davantage les comportements individuels. Enfin, si les Français valident très majoritairement les politiques menées dans ce domaine, il apparaît aussi que leurs opinions se durcissent et deviennent moins tolérantes et moins libérales, comme en témoigne un attachement plus marqué aux mesures prohibitives et en recul concernant la réduction des risques.

nombreux discours, politiques et associatifs (y compris d'ailleurs au sein d'associations qui interviennent dans les collèges et les lycées pour la prévention des usages de drogues), des « explications » simplistes qui incriminent « la drogue » comme cause unique de tous les maux de la jeunesse contemporaine : échec scolaire, incivilités, violences, chômage, etc. Ce qui est bien sûr plus commode que de s'interroger sur les dysfonctionnements du système scolaire ou du marché du travail. Ici encore, s'il est avéré que la consommation de drogues peut contribuer aux difficultés scolaires, on ne saurait expliquer intégralement les secondes par la première.

Cette construction sociale des usages juvéniles de substances psychoactives repose également sur une certaine vision « du » jeune, qui serait par nature irresponsable, insouciant, hostile et provocateur à l'égard de la société adulte [3]. Décrit comme un être à la fois inachevé, narcissique, impulsif, excessif, se croyant invulnérable, « le » jeune est aussi souvent présenté comme un être très influençable, enclin à suivre les mauvais exemples autour de

lui, à succomber à la « pression des pairs », en particulier quand il s'agit d'être initié à des usages de drogues licites ou illicites. Pourtant, dans leurs récits, les adolescents rejettent généralement cette explication par la pression des pairs. Même s'il est possible qu'ils ressentent cette pression tout en refusant de l'admettre, pouvons-nous nous fier à une explication massivement rejetée par ceux dont elle est censée décrire le comportement ?

### Le jeune consommateur, érigé comme « bouc émissaire » par la société

En outre, le stéréotype du « drogué » participe évidemment de la construction sociale des usages de drogues.

Dans l'imaginaire populaire, l'utilisateur de drogue est fréquemment décrit comme un être asocial, dangereux, sans foi ni loi, capable de mentir à ses proches, de les voler, car il serait asservi par sa drogue : c'est le stéréotype de l'utilisateur d'héroïne, du « toxico ». Ce stéréotype est un « démon populaire » au sens donné à cette notion par le sociologue britannique Stanley Cohen [1]. Mais de quoi s'agit-il et à quoi cela sert-il ? Pour Cohen, lorsqu'une société connaît une époque troublée, lorsque ses repères moraux se brouillent, le fait de désigner un ennemi commun décrit sous des traits exclusivement et excessivement péjoratifs permet à la collectivité de réaffirmer ses valeurs, de redéfinir la frontière entre ce qui est bien et ce qui est mal, en se trouvant ainsi un bouc émissaire. En attribuant ses difficultés à ce bouc émissaire et à ce qu'il représente, la collectivité regagne en cohésion, donne du sens à son trouble et lui trouve en même temps une solution.

Ajoutons que chacun de nous participe à la construction sociale des usages de drogues par les croyances auxquelles il adhère, par les discours qu'il tient et les attitudes qu'il adopte, par les réactions qui sont les siennes face à des supposés usagers. C'est pourquoi il est aussi très important d'explorer les représentations du public à l'égard des drogues licites et illicites,

**« CHACUN DE NOUS PARTICIPE À LA CONSTRUCTION SOCIALE DES USAGES DE DROGUES PAR SES CROYANCES, SON DISCOURS ET SES ATTITUDES. »**

comme de leurs usagers : c'est ce que fait l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) depuis 1999, grâce à son enquête répétée régulièrement et intitulée EROPP [4-6]. (lire encadré page 15).

### Quel regard de la société sur les usagers ?

Enfin, l'étude de la construction sociale des usages de drogues juvéniles est nécessaire, afin que les politiques de prévention initient une démarche réflexive sur leurs propres présupposés, pour éviter un certain nombre d'écueils. En effet, si le stéréotype « du jeune », à la fois incontrôlable et influençable, fait sens du point de vue des tensions inter-générationnelles récurrentes qui traversent notre société, si le stéréotype du « toxico » contribue à réaffirmer certaines valeurs fondamentales pour la cohésion sociale, en revanche des politiques de prévention s'adressant aux jeunes usagers de drogues licites et illicites en se fondant sur de tels stéréotypes sont vouées à l'échec, car ceux-ci sont très éloignés des « vrais » usagers. ■

## L'ESSENTIEL

▣ Les jeunes usagers de substances psychoactives font l'objet d'une vision souvent stéréotypée de la part de la société adulte.

▣ Toute politique de prévention des risques doit commencer par aller au-delà de ces présupposés, en prenant en compte les usagers eux-mêmes, leurs attentes, leurs compétences.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Peretti-Watel P. *Cannabis, ecstasy : du stigmate au déni. Les deux morales des usages récréatifs de drogues illicites*. Paris : L'Harmattan, coll. Déviance et Société, 2005 : 294 p.

[2] Têtard F. « Sauver notre jeunesse, soigner nos adolescents... » Développement des politiques de moralisation et de pédagogie curative dans les années 50. In : Tursz A., Souteyrand Y., Salmi R. dir. *Adolescence et risque*. Paris : Syros, 1993 : p. 203-213.

[3] Maillochon F. Les jeunes et le sida : entre « groupe à risque » et « groupe social ». In : Le Bras H. dir. *L'invention des populations. Biologie, idéologie et politique*. Paris : Odile Jacob, 2000 : p. 55-79.

[4] Beck F., Peretti-Watel P. *EROPP 99 (Enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes)*. Paris : OFDT, 2000, étude n° 20 : 208 p. En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eropp99.pdf>

[5] Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. *Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques (EROPP) 2002*. Paris : OFDT, 2003, 227 p. En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxfbj1.pdf>

[6] Costes J.-M., Le Nézet O., Spilka S., Laffiteau C. Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues (1999-2008). *Tendances*, 2010, n° 71 : 6 p. En ligne : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend71.html>



# Usages à risque à l'adolescence, tendances et contextes

## Jean-Pierre Couteron,

psychologue clinicien,  
Consultation jeunes consommateurs (CJC)  
du Trait d'Union, Boulogne-Billancourt,  
président de la Fédération Addiction,  
Paris.

## François Beck,

statisticien et sociologue,  
directeur de l'Observatoire français  
des drogues et des toxicomanies (OFDT),  
chercheur au Cermes3 -  
Équipe Cesames (université Paris  
Descartes, Sorbonne Paris Cité /CNRS  
UMR 8211/Inserm U988/EHESS).

## Nicolas Bonnet,

pharmacien spécialisé en santé publique,  
directeur du Réseau des établissements  
de santé pour la prévention des addictions  
(Respadd), responsable de la CJC  
de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière,  
Assistance Publique - Hôpitaux de Paris.

## Ivana Obradovic,

sociologue, chargée d'études à l'OFDT,  
chercheuse associée au Centre  
de recherches sociologiques  
sur le droit et les institutions pénales  
(CESDIP), UMR 8183, université  
de Versailles St-Quentin-en-Yvelines.

En France, les premières expériences d'usage ont majoritairement lieu pendant l'adolescence : 91 % des jeunes ont déjà bu de l'alcool, 68 % fumé une cigarette et 41 % du cannabis [1]. Quelques années plus tard, l'entrée dans la vie adulte marque souvent – tabac voire alcool mis à part – la diminution (voire l'arrêt) de ces consommations. Entre-temps, les usages excessifs, polyconsommations, alcoolisation ponctuelle importante, tabagisme et consommation de cannabis régulière et précoce, sont susceptibles de perturber la scolarité, l'avenir socioprofessionnel, la santé et le développement émotionnel et cognitif des adolescents [2]. Cette difficulté de faire la part entre

« une expérience parmi d'autres » et « une expérience plus risquée que d'autres » est au cœur des flottements perceptibles dans les réponses des adultes. Cette contribution se propose d'éclairer la réflexion sur les facteurs de risque et les signes d'alerte des usages, en mettant ces comportements typiques de l'adolescence en perspective.

## Évolution des consommations à l'adolescence

Le **tabac** est le premier et le principal produit psychoactif consommé de façon quotidienne, quel que soit le sexe, même si les filles l'expérimentent plus tardivement. L'installation dans un usage quotidien survient souvent pendant les « années collège » (8 % des élèves de 4<sup>e</sup> et 16 % en 3<sup>e</sup>) [3], même si l'âge d'initiation est en recul (13,7 ans en 2000, 14,1 ans en 2011). Après une période de baisse, le tabagisme quotidien est reparti à la hausse en 2007-2008, en France [4] comme dans un tiers des pays d'Europe.

Les adolescents associent souvent les **boissons alcoolisées** à la fête. Les travaux de l'Inpes et de l'OFDT ont montré l'émergence d'un « modèle » nordique et anglo-saxon de consommation irrégulière, avec des épisodes ponctuels importants dès la fin de l'adolescence [1] et une acceptation sociale globalement plus élevée de l'ivresse publique [5]. Entre 2005 et 2010, la consommation régulière d'alcool a baissé et l'usage hebdomadaire chez les 15-30 ans s'est stabilisé [6]. Chez les plus de 20 ans, notamment les étudiants, les alcoolisations ponctuelles importantes (API) et les ivresses au cours du dernier mois ont augmenté, tandis que les niveaux d'alcoolisation à risque ont doublé parmi les chômeurs pré-trentenaires. Cette transformation se retrouve avec la ritualisation de la

« cuite » lors des soirées étudiantes du jeudi soir notamment, souvent suivie d'un nouvel épisode d'alcoolisation le samedi soir, avant le repos du dimanche, ou avec ces repas de fin de trimestre devenus des « soirées cartables » alcoolisées. L'enquête HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) confirme la précocité et la prédominance de l'alcool, et ce bien avant les soirées étudiantes : l'expérience de l'ivresse se diffuse au fil des années collège, chez 6 % des élèves de 11 ans puis 38 % de ceux de 15 ans. Ils sont aussi 9 % à être engagés dans un usage régulier d'alcool [3].

Le **cannabis** est le produit psychoactif illicite le plus consommé par les adolescents français, qui demeurent les plus consommateurs de ce produit en Europe [7]. En 2011, 42 % des jeunes de 17 ans en ont déjà fumé au moins une fois. Après une forte croissance de 1990 à 2002-2003, son usage avait commencé à baisser en 2004 avant de se stabiliser à des niveaux élevés [1]. Les premières expérimentations interviennent dès la fin du collège (11 % en 4<sup>e</sup>, 24 % en 3<sup>e</sup>) : ainsi, en 2011, elles concernaient 41 % des 2<sup>ndes</sup> et 49 % des lycéens [4]. Comme pour le tabac, l'âge d'initiation a légèrement reculé, de 15,0 ans en 2005 à 15,3 ans en 2011. Il s'avère plus tardif chez les filles. Les usages réguliers de cannabis (au moins dix fois dans le mois) concernent 4 % des élèves en 3<sup>e</sup>, 6 % en 2<sup>ndes</sup> et 7 % avant l'année du bac, à l'âge de 17 ans [1]. Les garçons consomment davantage : l'écart est d'autant plus important que la fréquence d'usage est élevée.

En 2011, 4 % des adolescents de 17 ans se déclarent à la fois fumeurs quotidiens de tabac et consommateurs réguliers de boissons alcoolisées (au moins dix fois par mois), 4 % sont à la

fois fumeurs quotidiens de tabac et réguliers de cannabis, 2 % sont polyconsommateurs réguliers de tabac, alcool et cannabis et 0,2 % a des usages réguliers de cannabis et d'alcool.

Les expérimentations **d'autres produits illicites** n'apparaissent qu'en fin d'adolescence et restent rares (4 % pour les champignons hallucinogènes à 0,9 % pour l'héroïne [1]). Les taux

d'usage de cocaïne ou de stimulants sont en progression, l'expérimentation de cocaïne à 17 ans étant passée de 1,3 % en 2000 à 3,0 % en 2005 chez les garçons, et de 0,6 % à 2,0 % chez les filles. Son usage est presque toujours accompagné d'alcool, de tabac et souvent, de cannabis. En milieu festif, il est associé à d'autres stimulants et à des ivresses alcooliques. La recherche d'une régulation des

effets des produits lors d'une soirée peut conduire à des polyconsommations, comme par exemple en associant une substance « stimulante » pour « monter », une substance « pour amortir » la descente, et parfois ensuite une troisième pour accélérer la récupération, mais ces polyconsommations restent rares à l'adolescence. Seuls les produits à inhaler, colles et autres solvants donnent lieu à des niveaux d'expérimentation relativement élevés (9 % pour les poppers qui ne figurent plus dans la liste des substances illicites en France). Mais, à 17 ans, on n'observe quasiment pas d'usage répété dans le mois de drogues illicites autres que le cannabis.

### **Grandir dans une société addictogène**

Sans ignorer l'impact des usages en termes de conséquences éventuelles sur la scolarité, la vie sociale en général, de risque d'accidents dans certaines circonstances, de comorbidités, dépression, troubles de l'identité, personnalités limites, psychiatriques, psychopathologie préalable ou acquise, nous souhaitons

ici centrer l'analyse sur les comportements et sur les caractéristiques propres des conduites addictives à l'adolescence.

Les adolescents sont préoccupés par l'image de soi, les relations de sociabilité et les rapports au sexe opposé [8] ; gérer la rencontre de l'autre et l'affirmation de soi sont les premiers enjeux, en attendant l'entrée dans le monde adulte. D'où l'importance des phénomènes économiques et culturels, des rituels de fêtes ou autres, qui organisent la rencontre des produits et les expériences sensorielles et transgressives qui les accompagnent.

Quatre évolutions sociétales, en voie d'accélération depuis les années 1990 [9], peuvent être rappelées.

D'abord, la transformation des modalités de construction de la personnalité et du contrôle de soi. La globalisation de l'économie, l'avènement d'une société des loisirs et la consommation et/ou l'essor des technologies de l'information et de la communication ont peu à peu modifié le rapport à l'autre [10] et la nature même du lien social [11]. Ces transformations touchent aussi les institutions, les rituels sociaux et communautaires qui leur donnaient sens, contribuant ainsi à réguler les comportements individuels, notamment les comportements d'usage.

La deuxième évolution a trait à la primauté d'une culture de l'intensité, de l'excès et de l'accès immédiat à l'objet du désir. Elle pousse à rechercher le plaisir dans une mobilisation sensorielle « extrémisée » et un environnement de sollicitations incessantes, dans une culture consumériste de l'excitation du désir et de la stimulation infinie de la demande. Cet hédonisme industrialisé banalise la recherche de sensations fortes [12], transforme le vécu de la temporalité [13] et la perception des sensations [14].

La troisième transformation tient aux injonctions de gestion de soi (autonomie, performance et authenticité) à laquelle répondent les usages de drogues, en modifiant le sentiment de maîtrise de soi et de son environnement, qu'il s'agisse de maintenir une activité intense, de fluidifier les relations sociales, d'exprimer ou de dissimuler ses émotions, de calmer ses souffrances

existentielles, ou encore de décompresser. Prothèses chimiques facilitant le dépassement de soi ou palliatifs de compétences psychosociales défaillantes, à l'instar des boissons énergisantes, des compléments vitaminés, le recours aux drogues, après des décennies au service de la contre-culture, vise aussi l'intégration sociale et professionnelle, un moyen d'être conforme aux normes et valeurs sociales dominantes.

La dernière évolution est l'aggravation des déséquilibres économiques et de la précarisation qui renforcent les inégalités, accentuent les destructions culturelles et la décroissance des solidarités, plongeant chacun dans une compétition généralisée où priment les contraintes d'efficacité et de performance.

### **Le corps et la santé : un support de projections sociales mouvantes**

Usages de drogues et conduites à risque s'inscrivent dans un contexte social marqué par des évolutions culturelles, à la fois dans les valeurs (avec une importance croissante accordée à la consommation), les normes de comportement, les vecteurs de relations sociales et le rapport au corps et à la santé individuelle. Dans les années 2000, de nombreux travaux sur l'« hypermodernité » [15] détaillent ces évolutions, symptômes de l'avènement d'une culture addictogène façonnée par l'hyperconsommation [16, 17]. Sur la même période, les enquêtes en population générale mises en place par l'OFDT ont objectivé les usages de substances des adolescents [18], en les situant dans la « culture » jeune, entre recherche hédoniste de sensations fortes, injonction à améliorer ses performances (scolaires, sociales, sexuelles, etc.), quête identitaire et soif de plaisir immédiat [19]. L'enquête HBSC illustre cette émergence tout en montrant que la plupart des adolescents sont en bonne santé et se perçoivent comme tels. Elle permet de compléter le tableau des modes de vie et de la prise d'autonomie avec le sommeil, l'alimentation ou la rencontre de l'autre et la sexualité. Elle précise la place des inégalités de santé redoublées par les inégalités sociales liées au genre.

## **L'ESSENTIEL**

▣ **Tabac, alcool, cannabis sont les principales consommations à risque chez les 12-25 ans, mais avec des nuances importantes dans les usages et les pratiques.**

▣ **La population des jeunes n'est pas homogène et ses comportements se rattachent à une culture et à des environnements diversifiés.**

▣ **Mettre en perspective l'évolution de la problématique en France, c'est s'attacher à décrire la société et ses récentes mutations.**

Les jeunes Français se déclarent entourés d'ami(e)s, 93 % rapportant trois « véritables ami(e)s » ou plus. Ils estiment aisée **la communication avec leurs pairs**, les filles plus que les garçons, en 3<sup>e</sup> plus qu'en 6<sup>e</sup>. Les plus satisfaits sont ceux qui ont le plus d'occasions d'échanges en face-à-face ou grâce aux TIC (technologies de l'information et de communication) [20]. Les sorties entre amis après l'école sont un autre enjeu important : seuls 19 % en 6<sup>e</sup> et 12 % en 3<sup>e</sup> déclarent ne jamais sortir. Les sorties nocturnes sont plus rares, 64 % des filles ne sortent jamais le soir en 6<sup>e</sup> comme 41 % des adolescents de 3<sup>e</sup>. Les garçons passent plus de temps avec leurs amis, après l'école ou en soirée, les filles échangent plus de manière indirecte. Ces échanges quotidiens par téléphone, texto ou internet ont augmenté entre 2006 et 2010, pour les deux sexes et quel que soit l'âge : en 3<sup>e</sup>, ils concernent 46 % des garçons et 65 % des filles. Cette utilisation des TIC ne s'accompagne ni d'une décomposition des groupes amicaux effectifs ni d'une rupture de l'isolement des adolescents qui se déclarent sans aucun ami (moins de 2 %). Les jeunes conservent un réseau amical important et mixte et on peut faire l'hypothèse que les TIC four-

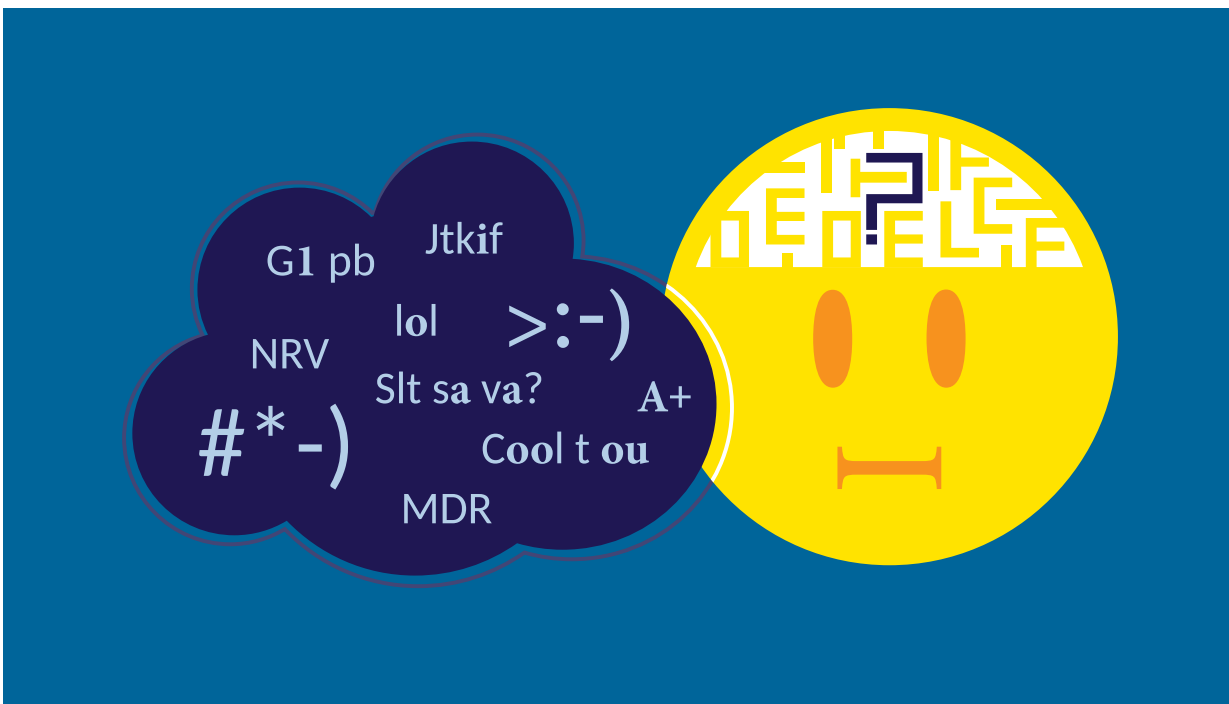
nissent un espace supplémentaire, différent du collège, pour s'essayer plus librement aux échanges.

Les mutations des modes de vie affectent aussi **le sommeil**. Entre la 6<sup>e</sup> et la 3<sup>e</sup>, l'adolescent perd environ une heure de sommeil [21]. Les nuits plus courtes des veilles de classe sont compensées lorsqu'il n'y a pas classe le lendemain pour 20 % des 6<sup>es</sup> et 36 % des 3<sup>es</sup>. Si un manque ponctuel se rattrape aisément, un déficit chronique favorise des troubles psychiques et somatiques divers. Le seuil de privation chronique est considéré comme sévère à partir de 7 heures ; rare en 6<sup>e</sup> (4 %), il concerne 21 % des élèves de 3<sup>e</sup>. Dans la mesure où l'heure de lever est souvent imposée, c'est celle du coucher et l'activité pratiquée le jour même qui influencent la durée et la qualité du sommeil : la lecture est associée à un sommeil plus long de 30 à 45 minutes que la navigation sur Internet. La situation d'insomnie chronique<sup>1</sup> concerne 14 % des jeunes (19 % des filles, 9 % des garçons) avec pour conséquence principale la somnolence chez 8 % des jeunes. Ces problèmes de sommeil sont aussi liés à la précarité financière et à la recherche d'emploi. La prise de produits pour aider à dormir double entre 15-19 ans (7 % en ont pris au cours de

l'année) et 26-30 ans (14 %), chez les femmes (14 %) plus que chez les hommes (8 %).

**L'alimentation** est un autre enjeu de l'autonomisation à l'adolescence. Enfant, la famille la prenait en charge ; l'adolescent doit gérer lui-même les contradictions entre les règles acquises, les normes corporelles et les messages institutionnels (manger moins sucré, salé et gras) et une offre agro-alimentaire invitant au plaisir plus qu'à l'équilibre nutritionnel. Les adolescents peuvent se perdre dans cette « cacophonie alimentaire » [22], d'autant que le réfrigérateur est en général en accès libre. De plus, préoccupés par un corps en mutation, alternant phases de laisser-aller et d'efforts intenses, ils se confrontent à un idéal occidental, qu'il soit féminin, être mince avec des formes, ou masculin, être musclé sans être gros.

**Leur image du corps** concorde avec leur statut pondéral : 74 % des collégiens en surpoids (obésité exclue) et 88 % des collégiens obèses se jugent trop gros, contre près d'un quart (23 %) de ceux de poids normal ou insuffisant. Cette insatisfaction les conduit à des pratiques à risque (restriction alimentaire, consommation tabagique dans l'optique d'une réduction de l'appétit,



sport à outrance, purges, etc.) ; un sur trois déclare faire un régime ou avoir besoin de perdre du poids. La proportion de filles est plus élevée (37 % contre 23 %), d'autant plus que l'âge s'élève. Même si ces restrictions sont généralement motivées par un réel embonpoint, le contrôle est davantage lié à la représentation du corps qu'à sa corpulence : 31 % des collégiennes et 16 % des collégiens déclarant un poids normal ou inférieur à la moyenne font un régime, témoignant de l'incorporation des normes sociales en vigueur dès le plus jeune âge [23].

Ces constats mériteraient une étude spécifique des interactions entre collectif et singulier, entre les manières dont les différents produits – licites ou illicites – sont proposés à l'utilisateur, ainsi que ses ressorts et motivations. En attendant, ils soulignent l'importance prise par certains comportements en matière sanitaire et leur co-occurrence avec des usages de produits psychoactifs. Ils confirment que les consommations de drogues et les comportements des adolescents ne peuvent être compris indépendamment de leur environnement et doivent être envisagés à la lumière des évolutions vers une « société addictogène », qui affecte les attitudes à l'égard de la santé. Face à ces mutations, l'adolescent, lui-même en plein changement, retrouve, tour à tour dans l'usage de psychotropes, une occasion de partage d'attitudes et de sensation ou une échappée hors des contraintes du lien social. ■

1. Définie par la présence d'au moins un trouble parmi les troubles d'endormissement, de maintien du sommeil, réveil précoce, sommeil non récupérateur, à une fréquence d'au moins trois nuits par semaine depuis au moins un mois, avec un retentissement fonctionnel diurne (vie sociale, professionnelle, capacité de mémoire, etc.)

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Spilka S., Le Nezet O., Tovar M.-L. Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête Escapad 2011. *Tendances*, 2012, n° 79 : p. 1-4. En ligne : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend79.html>
- [2] Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). *Drogues et addictions, données essentielles*. Saint-Denis : OFDT, 2013 : 399 p. En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/da13com.pdf>
- [3] Spilka S., Le Nézet O., Beck F., Ehlinger V., Godeau E. Alcool, tabac et cannabis durant les « années collègue ». *Tendances*, 2012, n° 80 : p. 1-6. En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxsss4.pdf>
- [4] Spilka S., Le Nézet O. Alcool, tabac et cannabis durant les « années lycée ». *Tendances*, 2013, n° 89 : p. 1-8. En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxstb.pdf>
- [5] Richard J.-B., Beck F., Spilka S. La consommation d'alcool des 18-25 ans en 2010 en France : spécificités et évolutions depuis 2005. *BEH*, 2013, n° 16-17-18 : p. 176-179. En ligne : [www.invs.sante.fr/content/download/64387/251811/version/8/file/BEH\\_16\\_17\\_18\\_2013.pdf](http://www.invs.sante.fr/content/download/64387/251811/version/8/file/BEH_16_17_18_2013.pdf)
- [6] Richard J.-B., Spilka S., Beck F. Les consommations de boissons alcoolisées parmi les 15-30 ans. In : Beck F., Richard J.-B. dir. *Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2013 : p. 86-108. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-sante-jeunes/consommations-alcool-15-30-ans.asp>
- [7] Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Bala-kireva O., Bjarnason T., Kokkevi A., et al. *The 2011 ESPAD report. Substance use among students in 36 European countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 2012 : 390 p. En ligne : <http://www.espad.org/en/Reports--Documents/ESPAD-Reports/>
- [8] Arnaud C., Sentenac M., Beck F. Santé et bien-être. In : Godeau E., Navarro F., Arnaud C. dir. *La santé des collégiens en France/2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*. Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé, 2012 : p. 83-93. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1412>
- [9] Favre D. *L'addiction aux certitudes. Ce qu'elle nous coûte et comment s'en sortir*. Gap : éditions Yves Michel, coll. Société civile, 2013 : 192 p.
- [10] Lipovetsky G. *L'ère du vide. Essais sur l'individualisme contemporain*. Paris : Gallimard, coll. Folio essais, (2 ed.), 1989 : 320 p.
- [11] Melman C. *L'Homme sans gravité. Jouir à tout prix*. [Entretiens avec Jean-Pierre Lebrun]. Paris : Denoël, coll. Médiations, 2002 : 272 p.
- [12] Lipovetsky G., Serroy J. *L'écran global. Du cinéma au smartphone*. Paris : éditions Points, coll. Essais, 2011 : 384 p.
- [13] Rosa H. *Accélération. Une critique sociale du temps*. Paris : La Découverte, coll. La Découverte Poche, 2013 : 480 p.
- [14] Sorente I. *Addiction générale*. Paris : J. C. Lattès, coll. Essais et documents, 2011 : 200 p.
- [15] Lachance J. *L'adolescence hypermoderne. Le nouveau rapport au temps des jeunes*. Presses de l'Université Laval, 2011 : 168 p.
- [16] Morel A., Couteron J.-P. *Drogues : faut-il interdire ?* Paris : Dunod, coll. Tendances psy, 2011 : 224 p.
- [17] Lipovetsky G. *Le bonheur paradoxal. Essai sur la société d'hyperconsommation*. Paris : Gallimard, coll. Folio essais, 2009 : 496 p.
- [18] Beck F. Dénombrer les usagers de drogues : tensions et tentations. *Genèses*, 2005, vol. 1, n° 58 : p. 72-97.
- [19] Lebrun J.-P. *Un monde sans limite*. Paris : Erès, 2009 : 367 p.
- [20] Maillochon F., Sentenac M. Relations avec les pairs. In : Godeau E., Navarro F., Arnaud C. dir. *La santé des collégiens en France/2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*. Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé, 2012 : p. 56-66. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1412>
- [21] Léger D., Beck F., Richard J.-B., Godeau E. Total sleep time severely drops during adolescence. Findings from the HBSC study on a nationally representative sample of 11 to 15 year old students. *PLoS ONE*, 2012, vol. 7, n° 10 : e45204. En ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3474762/pdf/pone.0045204.pdf>
- [22] Fischler C., Masson E. *Manger. Français, Européens et Américains face à l'alimentation*. Paris : Odile Jacob, 2008 : 336 p.
- [23] Beck F., Maillochon M. Corpulence et poids de l'image. In : Birraux A., Lauru D. dir. *Le poids du corps à l'adolescence*. Paris : Albin Michel, 2014 : p. 69-82.

# Principaux risques liés à la consommation de substances psychoactives

**Aurore Tremey**,  
interne des hôpitaux,  
CHU, Clermont-Ferrand,  
**Georges Brousse**,  
professeur des universités  
et praticien hospitalier,  
service de psychiatrie  
et addictologie,  
CHU, Clermont-Ferrand,  
**Nicolas Authier**,  
professeur des universités  
et praticien hospitalier,  
Service de pharmacologie,  
UMR Inserm 1107, CHU,  
Clermont-Ferrand.

L'adolescence est une période propice aux nouvelles expérimentations dont fait partie l'usage de substances psychoactives. La répétition de ce type de comportement chez des jeunes consommateurs vulnérables dont le cerveau est en pleine maturation, peut se traduire par des conséquences psychosomatiques voire une réelle addiction [1].

## Tabac, addictogène

Le tabac est le premier produit psychoactif licite à être consommé par les jeunes. Le risque principal est le développement rapide d'une addiction à la nicotine, substance reconnue comme étant très addictogène. Puis apparaîtront des complications d'ordre pulmonaire avec l'aggravation de toutes les maladies respiratoires préexistantes. Les bronchites chroniques, les pathologies cancéreuses et les pathologies vasculaires (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, hypertension artérielle) sont des conséquences

plus tardives mais dont l'âge d'apparition est de plus en plus précoce [2]. La consommation tabagique contribue aussi au renforcement d'un diabète préexistant, elle diminue la fertilité et augmente le risque de fausse couche chez la femme. Enfin, il a été démontré une association forte entre précocité du tabagisme et augmentation du risque de développer d'autres addictions. Le tabagisme semble également constituer un facteur de risque indépendant de suicide [3, 4].

## Alcool : conséquences cognitives néfastes

Concernant l'alcool, la consommation, souvent ponctuelle chez l'adolescent, peut parfois devenir plus régulière chez de jeunes adultes voire conduire à une véritable addiction. La consommation excessive ou *binge drinking* ainsi que la consommation chronique d'alcool peuvent être à l'origine de conséquences cognitives importantes se traduisant par une diminution des capacités attentionnelles et mnésiques retentissant sur l'apprentissage [1].

Une consommation excessive peut être associée à des comportements à risque comme par exemple des accidents de la route, des rapports sexuels non protégés et des comportements d'auto ou d'hétéro-agressivité [5]. Les risques d'hépatite ou de pancréatite aiguë, de cirrhose voire de cancer hépatique et de cancer pancréatique apparaissent plus tardivement chez des consommateurs réguliers. Ce type de consommation peut constituer un facteur de risque cardiovasculaire indirect. Les symptômes dépressifs ou anxieux sont fréquemment observés dans la consommation régulière ; le sommeil est aussi altéré et le risque

suicidaire augmenté. Le syndrome de sevrage à l'alcool (anxiété, insomnie, tremblements, hypersudation, agitation, convulsions, délirium tremens) peut constituer une véritable urgence médicale.

L'association d'alcool avec des boissons énergisantes augmente le risque de consommer plus et de subir une déshydratation plus importante [6]. Enfin, la littérature rapporte des cas de troubles du rythme cardiaque, de crises hypertensives voire de décès après consommation importante de boissons énergisantes riches en caféine [7].

## Héroïne et autres opioïdes : risque de surdose

Les opioïdes comprennent les opiacés naturels (morphine, codéine, poudre d'opium), l'héroïne et d'autres molécules antalgiques synthétiques (tramadol, oxycodone, fentanyl). Tout comme la nicotine, l'héroïne est très addictogène. Le risque aigu est représenté par la survenue d'une surdose, parfois mortelle, consécutive à un arrêt respiratoire. Le syndrome de sevrage chez les consommateurs chroniques est à l'origine d'une souffrance physique et psychologique majeure pendant une à deux semaines (fièvre, frissons, courbatures intenses, transpiration excessive, larmoiement, troubles digestifs, bâillement). Il ne constitue cependant pas une urgence médicale bien qu'à l'origine d'une souffrance importante, à la différence du sevrage en alcool, potentiellement mortel.

Les autres risques physiques sont surtout liés aux voies d'administration (intranasale et intraveineuse), avec notamment un risque d'infections graves (hépatites C et B, VIH, infections cutanées, cardiaque, oculaire, etc.) [8].

Des cas de consommation de molécules opiacées contenues dans des médicaments en vente libre en pharmacie ont été rapportés. Par exemple, le dextrométhorphan (comprimés antitussifs) détourné en surdosage pour procurer des effets dissociatifs. La codéine, sous la forme d'un cocktail rendu célèbre par des rappeurs américains dans les années 2000, le « Purple Drank », mélange d'un sirop ou de comprimés antitussifs écrasés dans un soda, pour la recherche d'un effet euphorisant voire de défonce, souvent associé à une consommation de cannabis [9].

### Cannabis : revue des conséquences cognitives

Le cannabis altère à court terme la coordination motrice (accidents de la voie publique), la mémoire, la perception du temps, et diminue les performances intellectuelles [10]. À moyen terme, il est possible de développer un syndrome « amotivationnel » marqué par une fatigue chronique, une dimi-

nution des performances scolaires ou socioprofessionnelles et un désinvestissement affectif. À plus long terme, des études récentes ont mis en évidence qu'une consommation chronique, à forte dose, développée avant l'âge de 15 ans, était à l'origine d'une baisse du quotient intellectuel [1]. Selon la vulnérabilité individuelle mais aussi en fonction de la teneur en THC et du dosage du cannabis, on observe un risque de développer des crises d'anxiété aiguës voire des troubles psychotiques brefs. La consommation de cannabis peut précipiter la survenue d'une schizophrénie chez certaines personnes vulnérables.

L'arrêt brutal du produit chez des consommateurs réguliers peut conduire à un syndrome de sevrage. Quant aux risques physiques, ils sont, d'une part, cardiovasculaires avec le risque de trouble du rythme cardiaque, l'augmentation du risque d'infarctus du myocarde dans l'heure qui suit la prise et d'accident vasculaire cérébral. Par ailleurs, la toxi-

cité sur les voies respiratoires est plus importante que celle du tabac seul, notamment du fait de modalités de consommations différentes [11].

Les **poppers et autres solvants**, consommés par inhalation, bien que rarement à l'origine d'une réelle addiction ne sont pas sans risque, même en usage occasionnel. Il a été rapporté notamment une toxicité cardiaque avec des troubles du rythme (tachycardie), une toxicité hématologique à l'origine d'une hypoxie pouvant entraîner le décès du consommateur [12].

### Cocaïne : risques cardiovasculaires et d'infection

Les principales complications liées à la consommation de cocaïne sont cardiovasculaires avec le risque d'infarctus de myocarde ou d'accident vasculaire cérébral ou le risque de trouble du rythme cardiaque et de mort subite. Des lésions nécrotiques de la muqueuse et de la cloison nasale en cas de prise intranasale, un risque



## L'ESSENTIEL

➤ À chaque substance psychoactive ses risques spécifiques : revue de détail de ces risques.

➤ Mieux les connaître et les comprendre permet d'élaborer des actions de prévention adaptées, y compris auprès des jeunes consommateurs.

d'infection (hépatites B et C, VIH) dans le cadre d'échange de pailles ou de seringues, sont des complications graves liées au mode de consommation. Ces risques existent aussi lors d'un usage occasionnel.

Par ailleurs, l'usage à risque de cocaïne peut être responsable de crises d'angoisse aiguës, d'un comportement agressif, de troubles du sommeil, de dépression voire de suicide chez des sujets vulnérables, mais aussi, comme pour tous les psychostimulants, de l'apparition de symptômes psychotiques brutaux et transitoires [13]. La cocaïne est aussi une substance très addictogène et plus particulièrement sous la forme de crack (cocaïne base ou *free base*), avec de surcroît une toxicité pulmonaire majeure en cas d'inhalation.

L'ecstasy et les amphétamines sont à l'origine de complications physiques comme le risque de déshydratation massive, l'hyperthermie, les contractions musculaires et les troubles du rythme cardiaque, pouvant aller jusqu'à la mort subite. La consommation régulière de ces substances peut entraîner des anomalies des valves cardiaques. Les principaux risques psychiques sont marqués par des crises d'angoisse aiguës, des confusions voire des épisodes psychotiques transitoires. Ces drogues de synthèse, neurotoxiques, peuvent provoquer des complications cognitives précoces (troubles mnésiques, de l'attention et de la concentration) [14].

Concernant les nouveaux produits de synthèse, les cathinones synthétiques, comme la méphédrone, peuvent induire des effets indésirables psychiatriques comme des hallucinations, des idées paranoïaques, des symptômes anxieux ou dépressifs, des troubles

cognitifs et des troubles du sommeil voire une addiction. Sur le plan physique, on peut retrouver une augmentation de la fréquence cardiaque, des palpitations, une hypertension artérielle, fatigue, nausées, vomissements, sueurs, saignement de nez. Les cannabinoïdes de synthèse, en plus des complications communes avec le cannabis, peuvent induire une insuffisance rénale, une dystonie ou overdose [15]. De par leur caractère nouveau, il n'y a pas de recul concernant

les risques spécifiques de ces substances, en particulier leurs effets à moyen et long termes [16].

En conclusion, les risques, physiques ou psychiques, liés à l'usage de substances psychoactives peuvent exister, selon les produits, dès les premières consommations. Connaître et comprendre ces principaux risques est un point important pour l'élaboration d'actions de prévention auprès des jeunes consommateurs. ■

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Inserm. Pôle expertise collective. *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement. Principaux constats et recommandations*. Paris : Inserm, 2014 : 60 p. En ligne : <http://editions.inserm.fr/zh5/131157#p=0>

[2] Chen J. Âge au moment du diagnostic d'une maladie liée à l'usage du tabac. *Rapports sur la santé*, 2003, vol. 14, n° 2 : p. 9-20 ; *Statistique Canada*, n° 82-003. En ligne : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2002002/article/6435-fra.pdf>

[3] Berlin I., Covey L.S., Donohue M.C., Agostin V. Duration of smoking abstinence and suicide-related outcomes. *Nicotine Tobacco Research*, 2011, vol. 13, n° 10 : p. 887-893. En ligne : <http://ntr.oxfordjournals.org/content/13/10/887.full.pdf+html>

[4] Gilreath T.D., Connel. C.M., Leventhal A.M. Tobacco use and suicidality: latent patterns of co-occurrence among black adolescents. *Nicotine & Tobacco Research*, 2012, vol. 14, n° 8 : p. 970-976. En ligne : <http://ntr.oxfordjournals.org/content/14/8/970.full.pdf+html>

[5] Spilka S., Le. Nézet O. Alcool, tabac et cannabis durant les « années lycée ». *Tendances*, 2013, n° 89 : 8 p. En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxsstb.pdf>

[6] Howland J., Rohsenow. D.J. Risks of energy drinks mixed with alcohol. *Journal of the American Medical Association*, 2013, vol. 309, n° 3 : p. 245-246.

[7] Seifert S.M., Schaechter J. L., Hershorin E.R., Lipshultz S.E. Health effects of energy drinks on children, adolescents, and young adults. *Pediatrics*, 2011, n° 127 : p. 511-528. En ligne : <http://pediatrics.aappublications.org/content/127/3/511.full.pdf+html>

[8] Cadet-Tairou A., Dambélé S. Héroïne et autres opiacés. In : Pousset M., dir. *Drogues et addictions*,

*données essentielles*. Saint-Denis : OFDT, 2013 : p. 242-250. En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/da13her.pdf>

[9] Agnich L.E., Stogner J.M., Miller B.L., Marcum C.D. Purple Drank prevalence and characteristics of misusers of codeine cough syrup mixtures. *Addictive Behaviors*, 2013, vol. 38, n° 9 : p. 2445-2449.

[10] Le Nézet O. Cannabis. In : Pousset M., dir. *Drogues et Addictions, données essentielles*. Saint-Denis : OFDT, 2013 : p. 214-225. En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/da13com.pdf>

[11] Cottencin O., Bence C., Rolland B., Karila L. Somatic consequences of cannabis use. *La Revue du Praticien*, 2013, vol. 63, n° 10 : p. 1430-1432.

[12] Gandilhon M., Cadet-Tairou A. Poppers, colles et autres solvants. In : Pousset M., dir. *Drogues et addictions, données essentielles*. Saint-Denis : OFDT, 2013 : p. 273-277. En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/da13pop.pdf>

[13] Pitchot W., Scantamburlo G., Pinto E., Karila L. Cocaine addiction. *Revue médicale de Liège*, 2013, vol. 68, n° 5-6 : p. 294-297.

[14] Gandilhon M., Cadet-Tairou A., Lahaie E. MDMA (ecstasy) et amphétamines. In : Pousset M., dir. *Drogues et addictions, données essentielles*. Saint-Denis : OFDT, 2013 : p. 251-257. En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/da13ecs.pdf>

[15] Zawilska J.B. "Legal highs" - new players in the old drama. *Current Drug Abuse Reviews*, 2011, vol. 4, n° 2 : p. 122-130.

[16] Lahaie E., Martinez M., Cadet-Tairou A. Nouveaux produits de synthèse et Internet. *Tendances*, 2013, n° 84 : 8 p. En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxtel1.pdf>

# Les consommations à risque chez les jeunes : facteurs de protection et de vulnérabilité

## Isabelle Varescon,

professeur de psychologie clinique et psychopathologie, universités Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Laboratoire de psychopathologie et processus de santé, Boulogne-Billancourt.

La consommation de substances psychoactives à l'adolescence est une pratique bien connue et assez répandue. Les données épidémiologiques françaises et européennes en attestent. Néanmoins, selon le type de substances consommées, les chiffres diffèrent. Ce sont principalement les consommations de tabac, d'alcool et de cannabis qui sont les plus fréquentes. Toutefois, toutes les consommations ne conduisent pas à l'installation d'un usage problématique voir chronique.

Bon nombre d'adolescents, fort heureusement, expérimenteront ou feront un usage occasionnel des substances psychoactives. Le goût du risque et vouloir faire comme les autres sont souvent les premières motivations qui conduisent les jeunes vers le ou les produit(s).

Une des préoccupations des chercheurs et des cliniciens est de tenter d'identifier à la fois les éléments qui conduisent à une consommation problématique chez les adolescents et ceux, au contraire, qui l'en empêchent. Autrement dit, les individus ne sont pas tous égaux dans leur rapport aux substances : certains ne consomment pas ou les utilisent de

façon occasionnelle ; pour d'autres, elles sont très présentes voire nécessaires car elles répondent à un besoin.

Notre propos ici sera de présenter de façon synthétique, d'une part, les principaux facteurs de protection face à une consommation problématique de substances psychoactives et, d'autre part, les facteurs de vulnérabilité identifiés pour ce type de consommation.

## Facteurs de protection

Ils sont considérés comme des modérateurs du risque et de l'adversité. Ce sont surtout les facteurs psychoaffectifs et psychosociaux qui favorisent la capacité d'un individu à s'adapter, à traverser des expériences personnelles plus ou moins difficiles et à franchir des étapes dans son développement personnel.

Bien que la littérature soit moins conséquente que celle réservée aux facteurs de vulnérabilité, certains déterminants impliqués dans la résistance à l'usage de substances psychoactives ont tout de même été avancés. Ils concernent principalement la sphère environnementale et les caractéristiques propres des individus.

En premier lieu apparaît la famille : se sentir appartenir au groupe familial et pouvoir compter sur son soutien, la perception d'une forte cohésion familiale, sont considérés comme un bon rempart à la prise de substances [1]. Plus largement, un sentiment d'appartenance à la communauté et une adhésion à ces valeurs protégeraient des consommations problématiques.

Au niveau individuel, les adolescents les mieux protégés seraient ceux qui ont une scolarité globalement satisfaisante, une capacité à s'affirmer, à argumenter des points de vue et pré-

sentant une bonne estime d'eux-mêmes. La confiance en soi associée à l'acquisition d'habiletés sociales et à l'utilisation de stratégies d'adaptation efficaces constitueraient de puissants facteurs de protection [2-4].

## Facteurs de vulnérabilité

Les facteurs de vulnérabilité, qui correspondent à l'ensemble des déterminants qui favorisent l'usage problématique d'une ou plusieurs substances psychoactives, ont fait l'objet de nombreuses recherches et publications internationales. La mise en évidence de facteurs de vulnérabilité invite à une grande prudence quant à l'interprétation qui peut en être faite. Le terme de vulnérabilité peut parfois se confondre avec celui de risque qui possède, quant à lui, davantage une valeur prédictive (dans la mesure où il prédisposerait au risque). Rappelons que notre propos n'est pas de recenser ce qui prédit à coup sûr la conduite de consommation mais de pointer ce qui peut rendre un individu vulnérable, à un moment de sa vie, face à l'usage problématique de substances. Ainsi, les facteurs de vulnérabilité sont extrêmement liés à la personne et son histoire de vie singulière, et ne doivent pas se réduire à un lien de cause à effet simpliste. Il s'agit donc d'un ensemble de facteurs qui, associés entre eux, constituent une vulnérabilité favorisant le développement d'une utilisation problématique de substances. Généralement, ils sont répertoriés en trois points.

### Facteurs individuels...

Les facteurs spécifiquement liés à l'individu et à ses particularités tels que le genre (les hommes), l'âge (les

## L'ESSENTIEL

- ▣
- ▣ Les facteurs de protection et de vulnérabilité sont désormais bien identifiés par la littérature scientifique.
- ▣ Les facteurs de protection les plus importants sont : la famille, le sentiment d'appartenance à la communauté et une adhésion aux valeurs communes ; la confiance en soi, l'acquisition d'habiletés sociales et l'utilisation de stratégies d'adaptation efficaces.
- ▣ Les facteurs de vulnérabilité sont extrêmement liés à la personne et son histoire de vie singulière, et ne doivent pas se réduire à un lien de cause à effet simpliste.
- ▣ La plus grande prudence s'impose car l'ensemble de ces facteurs ne sont pas des prédicteurs assurés.



adolescents et les jeunes adultes), certaines caractéristiques génétiques et neurobiologiques sont considérés dans la plupart des études comme des facteurs de vulnérabilité [5]. S'ajoutent des facteurs davantage ciblés sur le fonctionnement psychologique : la faible conscience du risque occasionné par la prise de substances [6] et les dimensions de personnalité du type recherche de sensations, recherche de nouveauté, impulsivité et alexithymie<sup>1</sup> [7, 8]. Les troubles mentaux, les troubles de la personnalité tels que la personnalité antisociale, la personnalité borderline, la personnalité narcissique mais aussi la schizophrénie constituent des facteurs de vulnérabilité au développement des consommations problématiques [9].

#### ...et environnementaux

Les facteurs liés à l'environnement de la personne : des facteurs socio-culturels tels que la marginalisation, la précarité, l'isolement social peuvent influencer la consommation de substances [5]. Au niveau familial, le niveau de dysfonctionnement (causé le plus souvent par le manque de repères, de communication et par l'inconsistance des règles), l'intensité des conflits, la perception par l'adolescent d'un manque de proximité avec ses parents et ses proches sont considérés comme des facteurs de vulnérabilité. L'attitude positive des parents à l'égard des substances psychoactives peut également favoriser la prise de substances. Cette attitude peut se traduire par un accès facilité aux produits, à la disponibilité même des substances psychoactives au sein du milieu familial, à l'importance des conduites d'usage chez les parents et au sein de la fratrie et enfin, l'exposition récurrente de l'enfant ou de l'adolescent aux conduites de consommation. Par ailleurs, la présence de troubles psychologiques voire psychiatriques chez les parents rend les jeunes plus vulnérables à la consommation.

#### Initiation précoce, pairs consommateurs

Aux éléments précédemment cités s'ajoutent la précocité de l'initiation et la fréquentation de pairs consom-

mateurs, qui apparaissent toutes deux comme des facteurs de vulnérabilité environnementaux très forts.

Les facteurs liés aux types de produits psychoactifs consommés, à savoir : les effets plus ou moins puissants des substances, les complications sanitaires, psychologiques et sociales qu'elles engendrent et, enfin, leur niveau de disponibilité et d'accessibilité, sont considérés comme des facteurs potentiellement vulnérables [5].

#### Pour conclure...

Ce rapide tour d'horizon des principales données de la littérature montre bien que les facteurs endogènes et exogènes, considérés comme vulnérables ou protecteurs face à une consommation problématique, s'intriquent mais ne sont pas des prédicteurs assurés. Si certains augmentent le risque d'aboutir à ce type de consommation, ils ne signifient en rien un lien de causalité absolue.

De plus, l'état actuel des connaissances ne permet pas d'établir une hiérarchie au sein des facteurs de vulnérabilité qui, de surcroît, peuvent différer en fonction du choix de la

substance consommée. À titre d'exemple, une étude a montré que l'attitude des parents avait une influence différente sur la consommation problématique d'alcool ou de cannabis [10]. Pour autant, les données publiées sur les facteurs de protection et de vulnérabilité deviennent assez conséquentes bien que des recherches interdisciplinaires soient encore nécessaires afin de croiser les facteurs identifiés et ainsi analyser leur poids respectif dans une perspective développementale des individus. D'un point de vue méthodologique, des études longitudinales dotées d'une méthode solide pour examiner les relations entre facteurs de protection, facteurs de vulnérabilité et consommation de substances, permettraient d'obtenir un recueil de données riche mais néanmoins coûteux à mettre en place. Toutefois, l'apport de connaissances dans ce domaine n'a de sens que si elles servent à la mise en place de programmes de prévention capables de mesurer leur utilité. ■

1. L'alexithymie se définit comme l'incapacité à identifier et à nommer ses émotions.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Kumpfer K., Bluth B. Parent/child transactional processes predictive of resilience or vulnerability to "substance abuse disorder". *Substance Use and Misuse*, 2004, vol. 39, n° 5 : p. 671-698.
- [2] Morel A., dir. *Prévenir les toxicomanies*. Paris : Dunod, coll. Psychothérapies, 2004 : 336 p.
- [3] Reynaud M., Bailly D., Venisse J.-L. *Médecine et addictions. Peut-on intervenir de façon précoce et efficace ?* Paris : Masson, coll. Médecine et psychothérapie, 2005 : 280 p.
- [4] Varescon I. *Psychopathologie des conduites addictives : alcoolisme et toxicomanie*. Paris : Belin, coll. Belin Sup Psychologie, 2005 : 240 p.
- [5] Sloboda Z., Glantz M.D., Tarter R.E. Revisiting the concepts of risk and protective factors for understanding the etiology and development of substance use and substance use disorders: implications for prevention. *Substance Use and Misuse*, 2012, vol. 47, n° 8-9 : p. 944-962.
- [6] Cleveland M.J., Feinberg M.E., Bontempo D.E., Greenberg M.T. The role of risk and protective factors in substance use across adolescence. *Journal of Adolescence Health*, 2008, vol. 43, n° 2 : p. 157-164.
- [7] Stone A.L., Becker L.G., Huber A.M., Catalano R.F. Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 2012, vol. 37, n° 7 : p. 747-775.
- [8] Varescon I. Mieux comprendre la toxicomanie : que sait-on des facteurs de vulnérabilité et de protection ? *Bulletin de Psychologie*, 2010, vol. 63, n° 6 : p. 441-445.
- [9] Varescon I. Troubles de la personnalité et toxicomanies. In : Guelfi, J.-D., Hardy P. dir. *Les personnalités pathologiques*. Paris : Lavoisier/Médecine-Sciences Publications, coll. Psychiatrie, 2013 : p. 237-240.
- [10] Allen M., Donohue W.A., Griffith A., Ryan D., Mitchell Turner M.M. Comparing the influence of parents and peers on the choice to use drugs: a meta-analytic summary of the literature. *Criminal Justice and Behaviors*, 2003, vol. 30, n° 2 : p. 161-186.

# Quelles sont les interventions efficaces chez les jeunes pour prévenir les consommations ?

**Enguerrand du Roscoät**

Chargé d'études et de recherche, direction des Affaires scientifiques, Inpes.

Cet article propose un état des lieux des interventions présentées comme efficaces dans la littérature scientifique pour la prévention de la consommation du tabac, de l'alcool et des substances illicites chez les jeunes. Réalisé en 2014 dans le cadre de l'expertise collective de l'Inserm [1] consacrée aux conduites addictives chez les jeunes, ce travail s'appuie sur l'exploitation des tableaux de synthèse<sup>1</sup> de trois revues de la littérature publiées, en juin 2013, par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) dans un numéro spécial de la revue *Santé publique* consacré aux interventions de prévention chez les jeunes [2-4].

Au total, quatre-vingt interventions ayant présenté des effets bénéfiques sur la prévention, l'arrêt ou la diminution des consommations de substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis et substances illicites) ont été analysées. Nous synthétiserons et discuterons les principaux éléments relatifs à ces interventions autour de neuf catégories distinctes d'approches préventives.

## Revue des interventions de prévention

### *Les interventions visant à développer les compétences psychosociales<sup>2</sup> des élèves*

Les programmes de développement des compétences des élèves, essentiellement conduits en milieu scolaire, représentent la catégorie d'interventions ayant présenté le plus grand nombre

de preuves d'efficacité dans la littérature scientifique. Les compétences travaillées chez les enfants sont principalement la résistance à l'influence des pairs, la résolution de problèmes, l'affirmation et l'estime de soi. Les compétences sont travaillées de façon interactive *via* des exercices pratiques, des jeux de rôle, mais peuvent également s'intégrer, de même que le volet d'information, dans le cadre d'ateliers créatifs (affiches, peinture, pièces de théâtre, etc.).

Dans les programmes ciblés<sup>3</sup>, les compétences travaillées sont globalement les mêmes que dans les programmes universels<sup>4</sup>, avec cependant l'ajout de compétences spécifiques telles que « la gestion de la colère », « les relations avec les pairs » ou encore « la gestion du stress ». L'acquisition et le développement de ces compétences psychologiques et sociales sont des facteurs de protection des consommations problématiques ayant montré un intérêt préventif pour les trois catégories de substances considérées (alcool, tabac et drogues illicites).

### *Les interventions visant le développement des compétences parentales*

Les interventions visant exclusivement le développement des compétences parentales sont minoritaires (les interventions incluant les parents possèdent généralement un volet conjoint de développement des compétences des enfants).

Ces programmes suivent une logique d'intervention précoce notamment au profit de femmes enceintes en situation de vulnérabilité. Des modalités d'intervention telles que des visites à domicile sont proposées dès la grossesse et après l'accouchement afin de travailler

## L'ESSENTIEL

- **Au regard de la littérature scientifique internationale, l'approche qui a le plus fait ses preuves pour prévenir les consommations de substances psychoactives chez les jeunes est le développement de leurs compétences psychosociales.**
- **Jeux de rôles, mises en situation et autres exercices pratiques apparaissent plus efficaces que le simple apport de connaissance didactique.**

avec la mère à la mise en place d'un contexte (psychologique, sanitaire, social et environnemental) favorable à la venue de l'enfant et à soutenir ensuite le développement d'une bonne interaction mère-enfant.

Ce type d'intervention précoce vise prioritairement la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles psychologiques et comportementaux chez la mère et l'enfant. Des suivis sur le long terme ont cependant montré des bénéfices sur la prévention des consommations de substance à l'adolescence.

### *Les interventions visant à développer les compétences psychosociales des élèves et des parents*

Les interventions visant à développer conjointement les compétences psychosociales des élèves et des parents représentent une proportion importante des interventions ayant présenté des preuves d'efficacité. Elles peuvent être mises en œuvre dès la maternelle



en direction de familles cumulant des facteurs de risques psychosociaux, afin de favoriser la construction précoce de bonnes relations parents-enfant et développer les compétences sociales et cognitives des enfants. Implantées précocement (en maternelle), elles visent principalement la réduction des comportements agressifs, impulsifs et des troubles du comportement considérés comme d'importants facteurs de risque des consommations problématiques à l'adolescence.

Plus couramment, ce type de programme est implanté au primaire ou au collège avec des effets bénéfiques sur les consommations des différentes substances. Les compétences travaillées chez les enfants sont les mêmes que celles travaillées dans les programmes de développement des compétences des élèves et sont enseignées de façon interactive à travers des mises en situation. Les compétences travaillées chez les parents concernent essentiellement la communication, la capacité à fixer des limites et la gestion des conflits. Elles sont généralement accompagnées d'exercices à la maison qui visent à les expérimenter au quotidien et à favoriser les liens familiaux.

### **Les stratégies à composantes multiples**

Ces interventions intègrent, en plus d'un volet de développement des compétences des jeunes et des parents, un volet « communautaire ». Celui-ci vise à impliquer au niveau local d'autres acteurs que l'École et les parents.

Certains programmes impliquent la police, la justice, ou encore les débiteurs de tabac et d'alcool pour tenter de limiter l'accès des jeunes aux produits, ainsi que la presse pour diffuser des messages de prévention et de promotion de la santé.

Peuvent également être impliqués les milieux associatifs pour organiser des événements festifs ou sportifs, mettre à disposition des bénévoles pour faire du parrainage, du soutien scolaire ou encore familial. Des groupes de citoyens peuvent aussi s'engager pour assurer la présence d'adultes dans les lieux fréquentés par les jeunes.

Ces stratégies répondent à la nécessité de gérer de façon coordonnée et intégrative les multiples facteurs et situations qui concourent et découlent des usages problématiques de substances psychoactives (problèmes familiaux, sociaux, délinquance, décrochage

scolaire). Leurs bénéfices ont été montrés pour les trois catégories de substances (alcool, tabac et drogues illicites).

### **Les interventions fondées sur l'entretien motivationnel**

Les techniques d'entretien motivationnel<sup>5</sup> ont montré leur intérêt pour la réduction ou l'arrêt de la consommation des trois types de substances (alcool, tabac et substances illicites). L'entretien motivationnel peut être utilisé en complément d'ateliers visant le développement des compétences, être associé à du soutien téléphonique et à des logiciels d'aide à l'arrêt sur Internet (pour le tabac), ou encore être renforcé par un soutien par les pairs et par des propositions à participer à des activités alternatives (sports, loisirs, engagement associatif). L'entretien motivationnel peut être également bénéfique lorsqu'il est conduit à proximité d'un épisode de consommation excessive. Des entretiens motivationnels expérimentés aux urgences auprès de jeunes blessés suite aux conséquences d'une alcoolisation massive ont montré des effets significatifs sur la réduction des consommations.

### **Les interventions incluant un volet psychothérapeutique**

Les interventions incluant un volet psychothérapeutique, seul ou en complément d'un programme plus large (développement des compétences ou intervention à composante multiple), ciblent des jeunes déjà engagés dans des consommations ou des comportements problématiques. Les données d'évaluation ont montré l'efficacité des approches cognitives et comportementales<sup>6</sup> ainsi que des approches systémiques et multisystémiques<sup>7</sup> (travail sur la famille ou sur la famille et l'environnement).

### **Les interventions d'aide à distance**

Les interventions d'aide à distance ont montré leur intérêt pour réduire les consommations d'alcool, de tabac et de cannabis. Les données suggèrent qu'elles peuvent être délivrées par téléphone (counseling<sup>8</sup>), par ordinateur (adaptation de techniques motivationnelles, cognitives et comportementales), ou encore par SMS.

### **Les campagnes médias**

Les campagnes médias seules n'ont, semble-t-il, montré leur efficacité que sur la prévention des risques liés au tabac, en utilisant notamment des

messages visant à attaquer les stratégies marketing et publicitaire des cigarettiers et/ou à dévaloriser l'image des fumeurs. Rappelons qu'il est complexe d'évaluer les effets des campagnes médias car il est difficile de leur appliquer des protocoles d'évaluation expérimentaux ou quasi-expérimentaux, et elles participent, en outre, de dispositifs globaux dont les effets propres de chacune des composantes, ainsi que leurs synergies, sont difficiles à apprécier.

### **Les interventions visant à limiter l'accès aux produits**

Un certain nombre de stratégies ayant vocation à limiter l'accès des jeunes aux produits ont montré leur efficacité dans le cadre de la prévention de la consommation d'alcool et de tabac. Il s'agit principalement de l'application de lois et réglementations visant la diminution des points de vente, l'interdiction de la publicité, l'augmentation des prix et des taxes, l'augmentation de l'âge légal de consommation, ou encore le renforcement des contrôles de pièces d'identité (vérification de l'âge). Ces interventions peuvent être accompagnées par des actions d'éducation et de sensibilisation des citoyens et des débitants d'alcool et de tabac à l'application de la législation.

### **Pistes de réflexion**

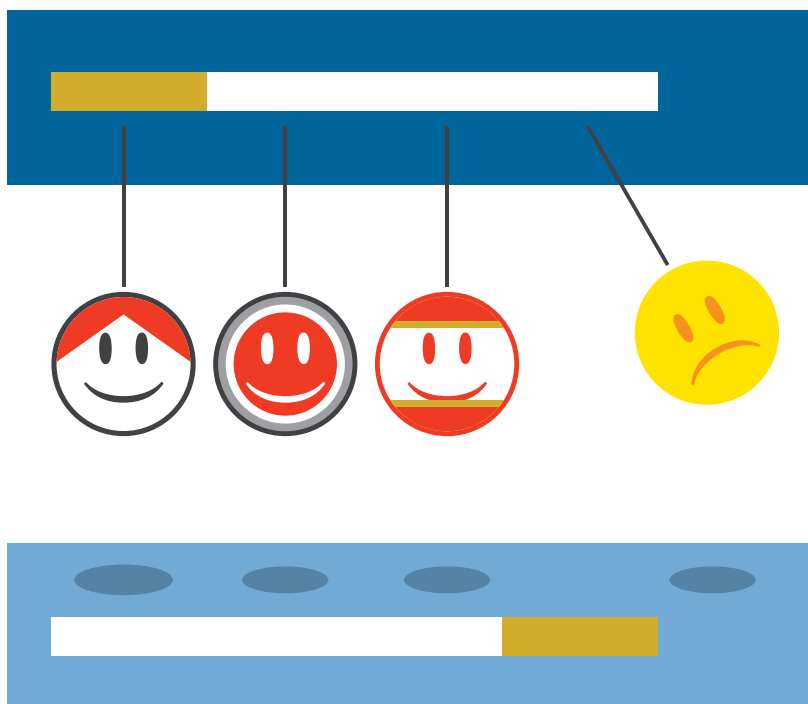
Au regard des données d'évaluation publiées, quatre grandes catégories d'intervention peuvent être recommandées pour prévenir l'initiation des consommations de substances psychoactives ou favoriser leur réduction chez les jeunes. Il s'agit :

- des programmes interactifs visant le développement des compétences, avec, selon les besoins et les objectifs, un travail conjoint sur les parents et les enfants ainsi que l'implication d'autres acteurs de prévention (citoyens, associations, institutions, etc.) ;
- des interventions d'aide à l'arrêt ou à la diminution (fondées sur des approches motivationnelles ou comportementales et cognitives) soit en face-à-face, soit à distance ;
- des campagnes médias de « démarching » pour le tabac ;
- des interventions visant à limiter l'accès aux produits pour l'alcool et le tabac.

Le travail le plus prépondérant en termes d'interventions évaluées et le plus efficace en termes de résultats publiés est sans aucun doute l'approche de développement des compétences. Qu'il soit à destination des enfants, des parents, ou des deux, il constitue un axe central des programmes identifiés dans la littérature scientifique. Cette approche basée sur l'expérience acquise par le biais de jeux de rôle, de mises en situation, d'exercices pratiques, et sur les enseignements qui en résultent, apparaît plus efficace que les approches simplement didactiques.

Pour la très grande majorité, ces programmes sont conduits en milieu scolaire. Chez les plus jeunes, les approches universelles sont recommandées afin d'éviter les effets potentiellement négatifs d'un étiquetage précoce tout en permettant d'atteindre les enfants les plus à risque. Ces programmes, initiés à l'école primaire, sont souvent poursuivis en secondaire (par des sessions de rappel) à un âge où les jeunes sont plus susceptibles d'être confrontés à la consommation de substances.

Cependant, si les interventions universelles sont adaptées aux plus jeunes et aux populations dans lesquelles les niveaux de risque sont



## CONDUITES ADDICTIVES CHEZ LES ADOLESCENTS : UNE EXPERTISE DE L'INSERM

En février 2014, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) a publié une expertise collective intitulée « Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement », à la demande de la Mildt (devenue Mildeca) [1].

Les experts recommandent notamment :

- de prévenir l'initiation ou retarder l'âge d'entrée dans la consommation de substances ;
- d'éviter les usages réguliers afin de prévenir les dommages sanitaires et sociaux ;
- d'assurer une coordination nationale et régionale pour développer la prévention et améliorer la prise en charge.

Cette expertise est un outil opérationnel pour les professionnels car les recommandations des experts offrent un cadre d'intervention sur la base de l'ensemble des travaux scientifiques publiés.

**Yves Géry**

disparates, l'examen de la littérature suggère, dans l'esprit d'un universalisme proportionné, que des services individualisés doivent s'ajouter au tronc commun universel pour satisfaire aux besoins des enfants et des familles les plus vulnérables. Pour les jeunes, consommateurs ou cumulant des facteurs de risque de consommation de substances, les interventions gagnent en complexité et intègrent des niveaux d'action multiples (famille, environnement, acteurs locaux). Un suivi individuel et des volets psychothérapeutiques sont souvent proposés pour faire face aux situations les plus problématiques.

### Transférabilité au contexte français

Tout en gardant à l'esprit les limites inhérentes à l'utilisation des revues de littérature internationales pour l'élaboration de politiques publiques nationales, ce travail permet de proposer des pistes d'investigation pertinentes voire prioritaires pour la recherche et le déve-

loppement d'interventions de prévention des consommations de substances psychoactives chez les jeunes.

Nombre des interventions présentées décrivent des modalités d'actions comparables aux pratiques et aux dispositifs développés en France (entretien motivationnel, psychothérapies, aide à distance, campagnes médias et appareil législatif). En revanche, la question de la transférabilité au contexte français se pose de façon plus marquée pour les résultats et les protocoles d'interventions relatifs aux approches de développement des compétences qui constituent un changement de pratique, de culture et d'organisation en particulier pour le milieu scolaire.

Compte tenu des résultats d'évaluation et de la prédominance de ces programmes dans le champ de la prévention primaire des conduites addictives au niveau international, il apparaît cependant indispensable de considérer avec le plus grand intérêt ces approches préventives. Un effort plus important doit être consenti pour examiner avec attention les contenus, les effets, les processus qui sous-tendent ces effets, ainsi que les modalités et techniques d'activation de ces processus, afin de se les approprier et de disposer des éléments de connaissance et de réflexion nécessaires à leur développement et leur implantation sur le territoire français. ■

1. Synthèse accessible en ligne : <http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-societe/conduites-addictives-chez-les-adolescents-une-expertise-collective-de-l-inserm>

2. Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement [5].

3. Programmes proposés à une partie seulement des jeunes, sélectionnés en fonction de critères associés à un risque accru de consommation problématique.

4. Programmes proposés à l'ensemble des jeunes sans critère de sélection.

5. L'entretien motivationnel est un style de communication collaboratif (et non prescriptif), orienté vers un objectif, qui vise à renforcer la motivation personnelle et l'engagement au changement par l'évocation et l'exploration des raisons de changer propres à la personne ainsi que des ressources dont elle dispose pour réaliser ces changements [6].

6. Les approches cognitives et comportementales sont caractérisées par une action dirigée vers les symptômes tenus pour des comportements ou des

activités mentales (pensées) qu'il est possible de modifier à l'aide de techniques se référant principalement aux règles de l'apprentissage et du conditionnement [7].

7. Les approches systémiques considèrent l'individu comme partie d'un groupe structuré comme une unité régie par des règles particulières propres à ce système et dont le but et d'en maintenir l'équilibre. Le tout y est différent de la somme des parties. On parle d'unité systémique pour désigner tout groupe naturel tel que la famille. La thérapie familiale systémique privilégie l'observation, au sein de la famille, des conduites interactives et des échanges comportementaux manifestes dont elle tend à dénoncer les effets pathogènes [8].

8. Forme d'accompagnement psychologique et social qui désigne une situation dans laquelle deux personnes entrent en relation, l'une faisant explicitement appel à l'autre en lui exprimant une demande aux fins de traiter, résoudre, assumer un ou des problèmes qui la concernent [9].

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Inserm. Pôle expertise collective. *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement. Principaux constats et recommandations*. Paris : Inserm, 2014 : 60 p. En ligne : <http://editions.inserm.fr/zh5/131157#p=0>

[2] du Roscoät E., Clément J., Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation de substances illicites chez les jeunes : synthèse de la littérature. *Santé publique*, 2013, vol. 25, n° 1 suppl. (S1) : p. 47-56. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-N%C2%B01%20Suppl.-page-47.htm>

[3] Guillemon J., Clément J., Cogordan C., Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes : synthèse de la littérature. *Santé publique*, 2013, vol. 25, n° 1 suppl. (S1) : p. 37-45. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-N%C2%B01%20Suppl.-page-37.htm>

[4] Wilquin J.-L., Clément J., Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention du tabagisme chez les jeunes : synthèse de la littérature. *Santé publique*, 2013, vol. 25, n° 1 suppl. (S1) : p. 65-74. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-N%C2%B01%20Suppl.-page-65.htm>

[5] Organisation mondiale de la santé (OMS). *Life skills education in schools*. Genève : OMS, 1993 : 47 p.

[6] Miller W.R., Rollnick S. *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement*. Paris : InterEditions, 2006 : 256 p.

[7] Doron R., Parot F. dir. *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Puf, coll. Quadrige, 2011 : p. 129.

[8] Doron R., Parot F. dir. *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Puf, coll. Quadrige, 2011 : p. 671.

[9] Tourette-Turgis C. *Le counseling*. Paris : Puf, coll. Que sais-je ?, 1996 : p. 25.

# « Accompagner les jeunes consommateurs de substances pour qu'ils découvrent leurs potentiel et ressources »

## Entretien avec Philippe Michaud,

médecin addictologue, directeur Csapa Nord-92 (Centre Victor-Segalen), Clichy-la-Garenne.

*La Santé en action : Vous avez contribué à développer le repérage précoce et l'intervention brève en France : comment formez-vous les professionnels ?*

*Philippe Michaud :* Le repérage précoce et les interventions brèves (RPIB) ont tout d'abord été développés au bénéfice des adultes mettant en danger leur santé du fait de leur consommation d'alcool mais sans être dépendants. Les formations s'adressaient donc aux intervenants de soins primaires, ce qui signifie en première intention, en France,

aux médecins généralistes. C'est pour eux que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a mis au point un questionnaire de repérage, l'AUDIT<sup>1</sup> [1] et que le programme « Boire moins c'est mieux » que je coordonnais en lien avec l'OMS a développé et validé un autre outil, le FACE<sup>2</sup> [2].

*S. A. : Et au-delà des médecins généralistes ?*

*P. M. :* Effectivement, très vite, d'autres publics professionnels ont pu profiter de la démarche, notamment les médecins et les infirmières en santé au travail, les sages-femmes... En effet, la problématique est commune : sans repérage actif, pas de demande d'aide, car les personnes qui consultent ne se plaignent pas de dommages dus à la consommation d'alcool, soit qu'ils n'en

naient pas encore, soit qu'ils ne fassent pas le lien entre leur consommation d'alcool et les troubles dont ils se plaignent. Et les professionnels de santé, qui ont beaucoup de missions à remplir, sont, avec cette démarche, rassurés de pouvoir intervenir efficacement chez les personnes qui représentent le « cœur de cible » du RPIB : non dépendantes, elles réduisent sous l'effet d'une intervention brève, plus d'une fois sur deux, leur consommation au point de repasser à un faible niveau de risque. Ces interventions s'inspirent de l'entretien motivationnel, en ce sens qu'elles donnent aux patients la responsabilité du choix de réduire ou non, sur la base de leurs propres motivations et en ayant recours à la stratégie de réduction qu'ils jugent le plus adaptée. À noter que nous avons montré qu'un livret écrit délivré au patient augmente la probabilité de succès.

*S. A. : Ces interventions sont globalement destinées aux adultes. Et les jeunes ?*

*P. M. :* Après les adultes, il est apparu évident – sur la base des expériences publiées – que l'on ne pouvait que développer cette approche chez les jeunes. L'adolescence est en effet un âge où l'on expérimente des produits, et le risque est éminemment variable selon les produits, l'âge, le contexte, la psychologie, les facteurs protecteurs... Nous nous sommes donc appuyés sur l'expérience québécoise et avons adopté comme outil de première évaluation du niveau de risque le questionnaire DEP-ADO<sup>3</sup> [3]. Comme l'AUDIT et le FACE, il permet de distinguer ceux qui sont dans le risque très élevé ou déjà confrontés à des dommages – qu'il convient d'adresser à des intervenants spécialisés – de ceux

qui sont dans le risque débutant. Mais ce questionnaire tient compte de toutes les consommations.

*S. A. : Quels sont les premiers professionnels concernés ?*

*P. M. :* En première intention, les infirmières et les médecins scolaires. Mais il est assez vite apparu que fréquemment, les jeunes adressés dans les consultations jeunes consommateurs (CJC) ne sont pas nécessairement à haut risque, du fait du recrutement de ces consultations qui a souvent plus à voir avec l'activité policière ou judiciaire et l'inquiétude des parents, qu'avec les dommages liés à la consommation.

En milieu scolaire, l'infirmerie est, au mieux, un havre d'écoute et de confidentialité – quand l'infirmière et le médecin ne sont pas trop débordés ! Le questionnaire DEP-ADO donne les moyens d'ouvrir le dialogue, d'aider à l'autoévaluation du risque, de savoir qui est le mieux placé pour intervenir auprès du jeune. Et le plus souvent, si consommation à risque il y a, il est possible d'influencer le devenir du jeune en lui permettant de fonder un processus d'arrêt ou de réduction sur des objectifs ou des motivations personnels, comme chez les adultes. Mais il faut aussi créer du lien entre les intervenants de première ligne et ceux qui assurent le deuxième recours, c'est pourquoi nous préconisons des formations partagées. En résumé, même sans citer les développements plus récents de la prévention secondaire en addictologie, apprendre à repérer et à intervenir sur un mode motivationnel, c'est se donner les moyens, quel que soit le public qu'on reçoit, d'influencer positivement le devenir de ceux qui, en son sein, consomment de façon dangereuse.

## L'ESSENTIEL

▣ L'entretien motivationnel permet aux consommateurs qui se mettent en danger d'oser explorer les bénéfices qu'ils trouveraient à réduire leur consommation.

▣ Une écoute chaleureuse, empathique, encourageant l'autonomie, permet au jeune de s'exprimer voire de changer son point de vue.

▣ Pour les professionnels, il s'agit d'un apprentissage pour intervenir efficacement sur les changements de comportement.

**S. A. : Quelles formations et modalités d'intervention développez-vous auprès des professionnels, et pour quels résultats ?**

*P. M. :* Pour nous, la formation doit permettre d'expérimenter les outils pratiques et l'état d'esprit des interventions fondées sur l'entretien motivationnel. Ce sont les personnes qui répondent à ces questionnaires qui sont au centre, qui livrent dans leurs réponses des éléments sur les dommages ressentis et qui, dans une atmosphère non jugeante, peuvent oser dire qu'ils trouveraient des bénéfices à réduire leurs consommations.

L'information est utile, à condition qu'elle soit adaptée et consentie, non menaçante et imposée. Par exemple, ce qu'on appelle techniquement le « feedback normatif » est une information qui permet à une personne, par exemple une jeune fille de 16 ans qui dit qu'elle fume « *du cannabis comme tout le monde* », d'entendre qu'elle fume comme 3 % des jeunes filles de son âge, ce qui change son point de vue. Mais le moteur le plus efficace du changement, ce pourrait être la réponse qu'elle donne à la question « *De ton point de vue, quel bénéfice pourrais-tu trouver à réduire ou arrêter ta consommation de cannabis ?* », car cette réponse vient d'elle, et non de l'intervenant ; et si on lui demande de citer un autre bénéfice pour elle, sa deuxième réponse sera encore plus personnelle, et ainsi de suite, sans presser l'allure et en vérifiant pas à pas que l'on comprend bien son point de vue, jusqu'à ses valeurs personnelles les plus solides, souvent bien loin des préoccupations de ses parents... et de l'Éducation nationale. Et on peut faire le lien avec les réponses données aux questions de la DEP-ADO, par exemple : « *Tu as aussi répondu que ta consommation nuisait quelquefois à tes relations amicales, à quoi pensais-tu en répondant cela ?* ».

**S. A. : L'intervenant doit donc changer de posture ?**

*P. M. :* Effectivement, pour apprendre à intervenir efficacement sur les changements de comportements, il convient de se défaire de sa position d'expert et même de veiller à ne pas prendre un tour et un ton « parental » dans sa communication. L'expertise de l'intervenant doit se fixer sur sa mé-

thode de communication : chaleureuse, empathique, respectueuse de l'autonomie et même l'encourageant, croyant dans les potentiels et les ressources du jeune consommateur. C'est donc bien accompagner les jeunes consommateurs de substances pour qu'ils découvrent leur potentiel et leurs ressources.

Les formations ne visent donc pas seulement à apprendre les aspects techniques de cette forme de communication (l'écoute réflexive, les questions ouvertes, les valorisations, etc.), mais surtout à s'imprégner de cet état d'esprit de respect profond et d'encouragement, qui favorise l'expression de l'avantage qu'il y a pour ce jeune à changer, de son point de vue. Ces formations sont exigeantes, car au-delà des séminaires « de débrouillage », il est clair qu'un bon savoir-faire en entretien motivationnel s'acquiert à travers un processus de supervision. Et pour les prochaines initiatives 2014 (avec l'Agence régionale de santé Rhône-Alpes, l'Éducation nationale et les CJC de cette région), l'ensemble du processus vise à donner à quelques personnes travaillant sur le terrain la possibilité d'accéder à un savoir-faire clinique leur permettant à l'avenir de le disséminer en position de formateurs.

**S. A. : Quelles sont vos recommandations compte tenu des limites auxquelles sont confrontés sur le terrain ces professionnels ?**

*P. M. :* D'abord apprendre à faire le simple ! Si les personnes non dépendantes répondent bien à l'approche du RPIB, c'est qu'elles n'ont habituellement aucune culpabilité attachée à leur consommation : elles « *consomment comme tout le monde* », et même si c'est plus que la moyenne, c'est acceptable socialement, au moins dans leur groupe. Mais elles ne sont pas rétives à l'information si on leur demande l'autorisation de leur en donner, elles en font leur miel et font le lien avec les raisons de changer que suscite la « question magique » : « *De votre point de vue, etc.* » (voir ci-dessus).

S'essayer à repérer avec un questionnaire (ils sont disponibles gratuitement sur Internet), c'est se donner l'occasion de rencontrer des dizaines de personnes dans cette situation et

de se convaincre, par l'expérience, de l'acceptabilité et de l'efficacité de cette pratique de l'intervention brève. Ensuite, viendra le temps de raffiner – et la formation à l'entretien motivationnel y aide – comme d'échanger avec des personnes qui rencontrent le même public, notamment ceux qui le reçoivent en deuxième recours. L'Ipps<sup>4</sup>, le Respadd<sup>5</sup> et d'autres structures peuvent répondre aux demandes de formation issues des administrations ou du terrain. ■

**Propos recueillis par Yves Céry**

1. Alcohol use disorders identification test.
2. Formule pour apprécier la consommation par entretien.
3. Grille de DEPistage des consommations problématiques d'alcool et de drogues chez les ADOlescent(e)s.
4. Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie (21, rue Médéric – 92119 Clichy).
5. Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions (102, rue Didot – 75014 Paris).

**Sources**

- Rollnick S., Miller W.R., Butler C. *Pratique de l'entretien motivationnel. Communiqué avec le patient en consultation*. Paris : InterEditions, coll. Développement personnel et accompagnement, 2009 : 256 p.
- Miller W.R., Rollnick S. *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement*. Paris : InterEditions, coll. Développement personnel et accompagnement, 2<sup>e</sup> éd., 2013 : 448 p.
- Naar-King S., Suarez M. *L'entretien motivationnel avec les adolescents et les jeunes adultes*. Paris : InterEditions, coll. Développement personnel et accompagnement, 2011 : 320 p.

**RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

- [1] Saunders J.B., Aasland O.G., Babor T.F., de la Fuente J.R., Grant M. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): who collaborative projet on early detection of persons with harmful alcohol consumption—II. *Addiction*, 1993, vol. 88, n° 6 : p. 791-804.
- [2] Arfaoui S., Dewost G., Demortière G., Michaud P., Dewost A.V., Abesdris J., et al. Repérage précoce du risque alcool : savoir faire « FACE ». *La Revue du praticien - Médecine Générale*, 2004, tome 8, n° 641 : p. 201-205.
- [3] Landry M., Guyon L., Bergeron J., Provost G. Évaluation de la toxicomanie chez les adolescents. Développement et validation d'un instrument. *Alcoologie et Addictologie*, 2002, vol. 24, n° 1 : p. 7-13.

## « Les médecins généralistes peuvent repérer précocement les signaux de mal-être »

**Entretien avec Philippe Castera,** médecin généraliste, membre du réseau Agir-33 Aquitaine.

*La Santé en action : À quelles situations les médecins généralistes sont-ils confrontés ?*

*Philippe Castera :* Il est documenté que les adolescents consultent

assez peu en médecine de premier recours (à commencer par les médecins généralistes), ou bien pour des motifs bénins, en tout cas exceptionnellement pour des conduites addictives. Leur mal-être comme leurs consommations de substances psychoactives restent souvent inaperçus [1-4]. Or ceci n'est que la partie visible d'une réalité bien autre. En effet, si nous ne voyons pas très souvent les jeunes, nous en entendons parler régulièrement. Les parents, les grands-parents, la famille en général, les voisins, les camarades, nous

parlent de « Kevin » ou « Flora » qui font les cent coups, inquiètent, s'alcoolisent, ont des accidents : « *Que pouvons-nous faire docteur ?* ». Ainsi, lorsque le jeune vient pour un certificat, le renouvellement de la pilule ou tout autre motif, nous disposons déjà des informations susceptibles de nous rendre vigilants. De plus, compte tenu de la prévalence élevée de leurs consommations

et de la rareté de leur venue, chaque rencontre est importante. Et même sans les voir, des conseils appropriés sont donnés à l'entourage.

*S. A. : Comment intervenez-vous et que peut faire un médecin généraliste ?*

*P. C. :* Les médecins généralistes ont la compétence de la proximité, géographique, au cœur des quartiers, des villages, mais aussi humaine, au cœur des familles et, enfin, temporelle, par leur disponibilité. Ils ont l'expérience, et aujourd'hui de plus en plus la compétence, d'une approche – centrée sur le patient – de l'écoute active et de l'entretien motivationnel. Les valeurs qu'ils portent, bien que contraintes par le manque de temps, les urgences, les pressions diverses, sont irremplaçables sur les territoires.

De par leur position, ils peuvent ainsi repérer précocement les jeunes présentant des conduites à risque, des signaux de mal-être, des consommations problématiques. L'écoute du jeune et/ou des parents peut suffire à rétablir un équilibre. Parfois, ils peuvent aider le jeune à trouver une solution à un problème précis, somatique, psychologique ou social. Dans les cas les plus difficiles, ils sauront orienter vers une structure-ressource.

Les médecins généralistes ont ainsi des atouts forts : une connaissance des signes, du contexte et de l'environnement. En revanche, ils ont souvent un manque de confiance dans leur impact possible sur les jeunes, ou plus largement dans l'efficacité des méthodes relationnelles [4]. Ils se sentent plus à l'aise pour soutenir et conseiller les parents.

*S. A. : Quelles recommandations formulez-vous pour les médecins généralistes ?*

*P. C. :* Il me paraît important de prendre en compte, au plus près, leurs pratiques actuelles, tout changement

important étant difficile à obtenir. L'utilisation d'auto-questionnaires standardisés (remplis donc par le patient) ne fait pas encore partie de la culture du médecin généraliste français, qui se sent plus à l'aise avec des questionnaires en face-à-face qu'il s'approprie [5].

Ainsi, au réseau Agir-33 Aquitaine nous avons développé, depuis 2008, un module de formation appelé « Repérage précoce et intervention brève (RPIB) jeunes » [6]. Ce module est proposé dans la formation initiale et la formation continue des professionnels en contact avec les jeunes (médecins généralistes et professionnels médico-sociaux scolaires en priorité). Il est issu d'un travail partenarial réunissant des experts en addictologie, en médecine générale, en psychiatrie et en médecine scolaire, notamment. Il reprend les principes du repérage précoce et de l'intervention brève développé par l'OMS pour les usages problématiques d'alcool [5, 7]. Les outils de repérage utilisés sont le TSTS Cafard [8] pour le mal-être et l'Adospa [9] pour les consommations problématiques. Nous avons également développé l'acronyme « PIRE » pour « précocité », « intensité », « régularité » et « exclusion », quatre marqueurs de sévérité des conduites à risque. L'intervention repose sur les temps classiques résumés par l'acronyme « FRAMES » pour « *Feed back* », « *responsability* », « *advice* », « *menu* », « *empathy* » et « *self efficacy* ». Ainsi, nous utilisons et préconisons des outils simples, développés pour les soins primaires, et déjà bien connus par nombre de praticiens en Aquitaine.

### L'ESSENTIEL

▣ Le médecin généraliste joue un rôle de premier plan pour accompagner, prendre en charge et orienter les jeunes en difficulté avec les addictions.

▣ Toute la difficulté est de prendre le temps nécessaire à cet échange entre le médecin et son patient.

▣ En Aquitaine, un réseau de professionnels épaulé les médecins généralistes ainsi que les autres professionnels dans cette tâche.



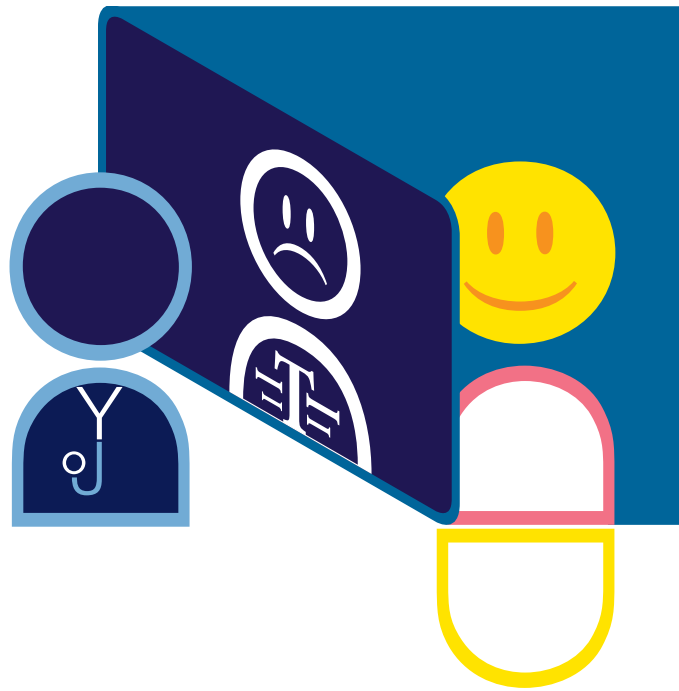
Engager les médecins généralistes dans le repérage des consommations problématiques des jeunes implique que des solutions d'aval leur soient proposées. Nous avons ainsi développé un site web [www.addictoclic.com](http://www.addictoclic.com) (en ligne à partir de septembre 2014) qui permettra de trouver, en quelques clics et dès la page d'accueil, les personnes ressources disponibles en proximité. L'actualisation de ce site sera assurée par le réseau, grâce à la collaboration des ressources.

Enfin, un autre moyen vient renforcer ce dispositif : la visite de santé publique portée par la déléguée santé prévention© d'Agir-33 Aquitaine. Elle permet le recueil des besoins des médecins généralistes sur le terrain, et la promotion des outils développés à leur intention.

Ces trois moyens constituent un ensemble à même de faire progresser les pratiques [6]. Rien n'aurait été possible sans la collaboration étroite avec l'Agence régionale de santé Aquitaine, dont le financement pérenne depuis de nombreuses années nous permet d'avancer efficacement.

**S. A. : Comment se déroule la collaboration entre médecins généralistes et autres professionnels impliqués dans la prévention et la prise en charge des addictions ?**

**P. C. :** Dans l'idéal, les médecins généralistes se situent au cœur d'un réseau de partenaires qui collaborent autour des patients. Ils font état de ce qu'ils ont repéré et sollicitent des avis. Malheureusement, le fonctionnement de ce partenariat, en particulier avec les médecins spécialistes, est souvent chaotique, du fait de l'absence de ressources disponibles : éloignement géographique sans transports en commun, délais de rendez-vous trop importants, etc. Les médecins généralistes se plaignent, le plus souvent, de l'absence de communication avec les spécialistes en charge des addictions. La proximité du médecin au sein de la famille peut aussi parfois constituer un obstacle. Certains jeunes préfèrent s'adresser à un autre médecin, moins proche de la famille, pour préserver leur image ou par crainte que les choses ne se sachent. Ce cloisonnement est surtout constaté quand la situation est déjà complexe.



D'autres partenariats sont importants, notamment avec la médecine scolaire ou la médecine du travail, ainsi qu'avec les services d'urgence. Ces autres professionnels sont amenés à repérer des jeunes en difficulté. Avec l'accord des patients, le partage des informations est capital. Le médecin généraliste qui, malgré certains

indices, laissait une situation s'installer, va se sentir impliqué et responsable, suite à ces échanges. De plus, il est important de ne pas rester isolé et plus facile de porter une situation difficile à plusieurs. ■

Propos recueillis par Yves Géry

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Auvray L., Le Fur P. Adolescents : état de santé et recours aux soins. *Questions d'économie de la santé*, 2002, n° 49 : 6 p. En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes49.pdf>
- [2] Beck F., Richard J.-B. dir. *Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2013 : 344 p. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1452.pdf>
- [3] Binder P. Les adolescents suicidants non pris en charge pour leur acte sont-ils différents des autres ? Enquête auprès de 3 800 adolescents (Enquête « Lycoll »). *Revue du praticien - Médecine générale*, 2001, vol. 15 : p. 1507-1512.
- [4] Castera P. Comment identifier et évaluer la conduite de polyconsommation et ses conséquences au plan médico-social ? Approche spécifique par le médecin généraliste. *Alcoologie et addictologie*, 2007, vol. 29, n° 4 : p. 370-376.

- [5] Castera P., Maurat F., Fleury B., Demeaux J.-L. Peut-on repérer « en routine » les mésusages d'alcool ? *Médecine*, 2007 ; vol. 3, n° 7 : p. 330-334.
- [6] Lerouziec M. *Formation des professionnels médico-sociaux scolaires de la Gironde au « RPIB jeunes » : impact sur leurs perceptions et attitudes. Étude longitudinale prospective de type « avant/après »* [Thèse médecine]. Bordeaux, 2014.
- [7] Castera P. Repérage précoce et intervention brève. Cinq minutes pour convaincre. *Addictions*, 2008, n° 22 : p. 10-15.
- [8] Binder P., Chabaud F. Dépister les conduites suicidaires des adolescents (I). Conception d'un test et validation de son usage. *Revue du praticien - Médecine générale*, 2004, vol. 18, n° 650-651 : p. 576-580.
- [9] Karila L., Legleye S., Beck F., Corruble E., Falissard B., Reynaud M. Validation d'un questionnaire de repérage de l'usage nocif d'alcool et de cannabis dans la population générale : le CRAFFT-ADOSPA. *La Presse médicale*, 2007, vol. 36, n° 4 : p. 582-590.

# Consultations jeunes consommateurs : « aller à leur rencontre »

## Entretien avec Géraldine Carrasco Compain,

conseillère en intervention précoce, Consultation jeunes consommateurs (CJC) de Provins/Nemours/Nangis/Montereau.

### *La Santé en action : Quelles consommations à risque rencontrez-vous à la consultation jeunes consommateurs (CJC) ?*

*Géraldine Carrasco Compain* : La principale demande tient à la consommation de cannabis, même si nous nous apercevons en

suite qu'elle est régulièrement liée à une consommation d'alcool et de tabac. C'est le trio tabac-alcool-cannabis auquel nous sommes le plus confrontés. Certains jeunes sont parfois en polyconsommation, avec de la prise de cocaïne, d'ecstasy ou d'autres substances psychoactives qui ne sont pas à l'origine de la consultation mais qui sont expérimentées. Nous nous intéressons de toute façon à la situation globale de consommation. Plus récemment, il nous est arrivé de rencontrer des jeunes pour une addiction aux jeux vidéo ; la dépendance aux écrans est une problématique qui émerge.

### *S. A. : Quel est le public de vos consultations ?*

*G. C.-C.* : Elles s'adressent à des jeunes, mineurs ou majeurs, jusqu'à l'âge de 25 ans, ainsi qu'à leur entourage. Nous constatons que les adolescents consultent rarement avant 14 ou 15 ans, sans l'initiative des parents ou d'un professionnel d'une structure. La majorité des personnes sont de jeunes adultes entre 18 et 25 ans. Quant à l'entourage, il est essentiellement constitué des parents.

Nous recevons aussi régulièrement des travailleurs sociaux, des animateurs qui accompagnent des mineurs placés

en foyer, soit de la protection judiciaire de la jeunesse, soit de l'aide sociale à l'enfance. La présence de ces professionnels, qui sont souvent à l'initiative de l'orientation vers notre service, est importante car, dans ce cas, le jeune n'est pas toujours volontaire ; cet accompagnement garantit généralement que l'adolescent va honorer son rendez-vous et permet de donner du sens à la consultation. Nous accueillons des personnes dont la démarche est spontanée mais aussi celles qui sont en obligation de soin ou les mineurs faisant l'objet de me-

sures de réparation pénales. Toutefois, la majeure partie des demandes relève du volontariat.

### *S. A. : Pourquoi les parents décident-ils de vous voir ?*

*G. C.-C.* : Parce que la consommation de leur enfant les inquiète et qu'ils ne savent pas comment réagir ou gérer ce problème quand ils le découvrent. Dans leur demande, les parents mettent la drogue en avant car elle est pour eux la cause du malaise. Or, lorsque nous échangeons, nous constatons souvent un mal-être du jeune, qui peut expliquer



## L'ESSENTIEL

❑ La consultation jeunes consommateurs « Cann'accueil » du Csapa « APS Contact » de Provins, en Seine-et-Marne, est essentiellement confrontée à la consommation de tabac, d'alcool ou de cannabis, mais aussi aux polyconsommations, et, plus récemment, à l'addiction aux jeux vidéo et aux écrans.

❑ Une psychologue thérapeute familiale assure les entretiens individuels sur les lieux de consultations, tandis qu'une conseillère en intervention précoce effectue des séances collectives et propose, dans le cadre de « consultations avancées », des rencontres individuelles dans les établissements scolaires et autres structures extérieures de proximité.

❑ La consultation, portée par un large partenariat, est ouverte sur différents sites et auprès de publics diversifiés.



sa consommation. C'est notre travail et l'intérêt des consultations pour les parents, de leur faire prendre conscience que cette consommation repose sur des problèmes déjà sous-jacents.

**S. A. : Comment votre structure est-elle organisée et comment fonctionne-t-elle ?**

G. C.-C. : « APS Contact » est un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa), qui gère plusieurs services dont une CJC. Nous avons ouvert plusieurs lieux de permanences à Provins, Nangis, Nemours et Montereau, la coordination se situant au siège à Provins. Nous sommes en région Île-de-France, mais nous intervenons dans un contexte plutôt rural avec de grandes difficultés d'accessibilité. Nous avons dû mettre en place cette organisation itinérante et obligatoire pour privilégier le « aller vers » et la proximité. Cela n'est pas sans poser certaines difficultés pratiques, de transports, de temps et de moyens.

La CJC est composée de deux professionnels : une psychologue thérapeute familiale qui assure essentiellement les consultations volontaires individuelles et familiales, une conseillère en intervention précoce – c'est

mon rôle. Ce poste consiste à développer l'intervention précoce, collective ou individuelle, à l'extérieur, auprès de nos partenaires – qu'il s'agisse des établissements scolaires, des foyers de la protection de l'enfance ou de la protection judiciaire de la jeunesse, des centres sociaux, des centres de loisirs, etc. Pour résumer, je me déplace dans les structures encadrant des jeunes ayant l'âge de bénéficier de la consultation.

La consultation est financée par l'agence régionale de santé (ARS), suite à un appel à projets Mildt (devenue Mildeca) auquel nous avons répondu. Malgré tout, la consultation de Nemours est budgétée par la ville et un contrat urbain de cohésion sociale (Cucs). Il faut préciser que l'implantation de l'antenne a été organisée à la demande de la commune ayant identifié les besoins, et pour répondre au manque de structure de soin au niveau de ce territoire.

**S. A. : Comment se déroule une consultation ?**

G. C.-C. : Au-delà de l'accueil et de l'écoute, notre mission est d'évaluer la consommation du jeune que nous

recevons, en prenant en compte le contexte dans laquelle elle s'inscrit. Cette évaluation globale est nécessaire pour proposer ensuite des réponses adaptées selon les situations ; cela peut être une orientation vers de la thérapie familiale, vers un CMP (centre médico-psychologique), etc. Nous pouvons également prendre en charge la personne ; cependant, ce suivi demeure un accompagnement à court et moyen termes. Si besoin, nous travaillons en lien avec le service de soin en ambulatoire du Csapa pour un accompagnement médico-social complémentaire ou/et le service pédopsychiatrique de l'hôpital.

**S. A. : Quels sont les liens avec vos différents partenaires et comment les sensibilisez-vous ?**

G. C.-C. : Notre action ne se résume effectivement pas à une intervention auprès des jeunes et de leur entourage. Elle repose également sur tous les partenariats que nous développons en amont. Ils permettent de faire connaître nos missions et organisations de travail, d'identifier les besoins qui existent sur le terrain, de répondre aux attentes et de valoriser le repérage précoce. Nous

## CONSULTATIONS JEUNES CONSUMMATEURS : AIDER LES USAGERS MAIS AUSSI LEUR FAMILLE

Depuis 2005, un réseau de consultations spécifiques intitulé « consultations jeunes consommateurs » a été mis en place dans l'ensemble des départements.

Gratuites et anonymes, elles sont destinées aux jeunes consommateurs de substances psychoactives (cannabis, alcool, drogues de synthèse, cocaïne, polyconsommation). Elles peuvent également accueillir les familles, sans leur enfant, afin de les conseiller et de les aider à trouver une démarche pouvant inciter leur enfant à dialoguer ou à consulter.

Ces consultations sont rattachées à des structures médico-sociales (Csapa) et sont composées de professionnels formés aux spécificités de l'approche des jeunes.

Elles permettent :

- d'effectuer un bilan des consommations ;
- d'apporter une information et un conseil personnalisé aux consommateurs et à leur famille ;
- d'aider, si possible, en quelques consultations à arrêter la consommation ;
- de proposer, lorsque la situation le justifie, une prise en charge à long terme ;
- et, enfin, d'orienter vers d'autres services spécialisés si nécessaire.

Source : Mildeca.

organisons ainsi des demi-journées de présentation de la CJC sur chacun des quatre sites ou lors des journées portes ouvertes d'APS Contact, proposant des ateliers sur la CJC, l'intervention précoce et la prévention.

Un deuxième niveau d'intervention a fait l'objet d'un appel à projets auprès de l'ARS pour les structures de l'aide sociale à l'enfance : il s'agit de sensibiliser les équipes qui encadrent les jeunes au repérage précoce des consommations à risque et à la gestion quotidienne des problèmes que cette consommation

engendre. En outre, nous avons un autre projet en direction des centres de formation d'apprentis : là aussi, l'idée est de sensibiliser, dans un premier temps, les encadrants du CFA et les maîtres de stages, puis par la suite les apprentis.

**S. A. : Comment les interventions précoces dans les collèges et lycées se déroulent-elles ? Les élèves y sont-ils réceptifs ?**

G. C.-C. : Ces projets sont élaborés dans le cadre des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc). Nous sommes le plus souvent sollicités par les infirmières scolaires. Nous organisons une voire deux réunions de préparation, avec si possible une équipe pédagogique élargie – l'infirmière mais aussi le chef d'établissement ou son adjoint et, éventuellement, un professeur principal ou de SVT ou d'EPS. Cette sensibilisation en amont est nécessaire pour faire de l'animation en classe, qui dure environ deux heures, un véritable espace d'échange. Car nous n'allons pas devant les élèves pour faire un discours moralisateur. Nous voulons que l'infirmière scolaire ou un professeur travaille avec nous en binôme pendant ce moment de parole, de questionnement et de réflexion. Les élèves participent le plus souvent sans inhibition au débat justement parce que celui-ci s'engage à partir de leurs propres représentations. Nous pouvons également rencontrer individuellement des jeunes en difficulté au sein des établissements, à l'infirmerie par exemple, afin de tisser un premier lien.

**S. A. : N'éprouvez pas de difficultés à œuvrer dans les établissements scolaires ?**

G. C.-C. : Ce n'est pas toujours aisé ! Certaines équipes ont parfois une vision de la prévention qui se réduit à une séance non participative d'une heure devant les élèves. Elles ne s'attendent pas à ce qu'on leur demande de s'investir et d'être des relais. Les acteurs du milieu enseignant ont un rôle primordial à jouer. Nous avons certes une expertise que nous ne demandons qu'à partager mais ce sont eux qui sont présents aux côtés des élèves au quotidien. Bien souvent, la réticence ne repose que sur l'investissement en temps que ces interventions requièrent ; il n'est pas évident de les intégrer dans

des emplois du temps fixés, avec des programmes à respecter. C'est du travail en plus. Cependant, nous avons tissé, depuis plusieurs années, des liens avec des établissements partenaires qui font appel à nous régulièrement, dans lesquels ces projets se déroulent très bien.

**S. A. : Pouvez-vous dresser un bilan de ces actions ?**

G. C.-C. : Vont-elles empêcher les jeunes d'adopter des consommations à risque ? Il est impossible de l'affirmer parce que nous n'avons pas la possibilité de faire une évaluation sur le long terme. Ce travail en commun apporte cependant des éléments positifs.

Au niveau collectif, cela crée des espaces de parole sur des sujets sensibles qui concernent directement ces publics.

Au niveau individuel, quand une infirmière scolaire repère un jeune en difficulté, qui consomme excessivement du cannabis ou de l'alcool, elle nous sollicite plus facilement pour qu'on vienne le rencontrer, par exemple au sein de l'établissement. C'est un premier contact facilité.

Avoir une habitude d'intervention collective permet d'instaurer des relations de confiance avec les différents acteurs et ouvre la voie à des interventions individuelles précoces. Ces dernières ont mis du temps à se mettre en place mais nous communiquons sur cette possibilité depuis environ deux ans, y compris auprès des foyers de jeunes.

**S. A. : Quels écueils la CJC rencontre-t-elle ?**

G. C.-C. : Les jeunes mineurs ont du mal à s'adresser à nous spontanément. Il faut donc aller encore davantage au-devant de nos publics, renforcer les partenariats, développer les actions collectives et la prévention qui sont le moyen d'un meilleur repérage des jeunes en souffrance et d'une orientation vers nos services. Toutefois, nous nous heurtons à un manque de moyens. Notre premier objectif est de maintenir ce qui existe déjà. Les financements sont loin d'être pérennes et il faut, chaque année, déposer un dossier pour les renouveler. C'est un combat de tous les instants. ■

Propos recueillis par Nathalie Queruel, journaliste.

# À Besançon, des bénévoles formés à la réduction des risques arpentent les lieux festifs

**Lilian Babé,**

membre du Conseil d'administration de la Fédération Addiction, directeur-adjoint Csapa Solea, coordinateur du Collectif « Ensemble Limitons les Risques », Besançon.

Freud définissait la fête comme : « *un excès permis voire ordonné, une violation solennelle d'un interdit* » [1]. Un « en dehors » donc, que toute société s'autoriserait, un espace-temps autonome nécessaire à la régulation des tensions engendrées par la société elle-même. C'est dans cet espace de régulation où « l'apparente » absence de normes deviendrait la norme, que le sociologue Franck Ribard nous décrit un « homme carnavalesque » [2] sous toutes ses postures de : *transversion, d'inversion, de conversion de subversion, d'extraversion*. Ainsi, la fête devient-elle un nouveau mode d'être au monde où les individus et les groupes prédéterminés s'offrent à des jeux d'expérimentation de découverte de l'autre et de retour sur soi.

Aujourd'hui, la fête est marquée par le contexte addictogène du début du XXI<sup>e</sup> siècle [3]. Elle en reprend ses principales caractéristiques : intensité, vitesse, hypersensorialité, technologie ; elle est intrinsèquement liée à la nécessité de rompre avec le quotidien et la recherche du plaisir. Ainsi, l'événement festif est-il souvent associé à l'usage de substances psychoactives licites ou illicites, de la consommation traditionnelle d'alcool à l'expérimentation de nouveaux produits.

## Adapter sa posture pour intervenir en milieu festif

Intervenir en milieu festif suppose, donc, de toucher un public large. La porosité des espaces festifs permet aux intervenants d'entrer en contact avec un grand nombre d'utilisateurs de la fête. Du jeune pré- ou primo-consommateur utilisant l'espace festif comme lieu d'expérimentation à l'utilisateur « aguerri » qui inscrit l'événement festif dans un continuum de sa consommation ou de ses pratiques, en passant par les parents en quête d'information, les temps de rencontres sont riches et variés. Cette grande diversité de public implique une approche transversale de l'intervention en milieu festif. La dynamique multidimensionnelle qui se joue alors dans ces temps d'échanges, même si elle reste directement liée à la nature des événements festifs dans leur variété, la pluralité des contextes dans lesquels ils prennent corps mais aussi les codes et les valeurs auxquels ils obéissent, induisent, de fait, d'adapter sa posture d'intervenant à la réalité de l'utilisateur de la fête dans son parcours et son questionnement.

## Prévention, repérage, réduction des risques...

Ainsi, l'intervention en milieu festif se définit-elle de plus en plus à travers une « méta-fonction » d'accompagnement située au carrefour de la prévention, du repérage précoce, de l'approche expérientielle et du soin en passant par la réduction des risques et des dommages. Soulignons à ce titre que par cette fonction transversale, l'intervention en milieu festif apparaît comme

## L'ESSENTIEL

- **À Besançon, un collectif effectue de la prévention – écoute, information, accompagnement – dans tout type de rassemblement festif réunissant essentiellement des jeunes.**
- **Il y a beaucoup à apprendre de ce type d'intervention, au plus près du terrain, sans jugement ou injonction. L'intervention inclut entre autres une salle de repos pour les personnes en détresse à la suite d'une consommation de substances.**

une approche intéressante dans la prise en compte des expériences précoces en matière de drogues licites à l'égard du public adolescent mais aussi du phénomène d'alcoolisation ponctuelle importante (*Binge Drinking*) (cf. article D. Mourgues dans ce numéro) mentionné notamment dans la présentation des orientations de la loi de santé publique du 19 juin 2014 par Madame Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé. L'intervention en milieu festif peut permettre également de répondre en partie aux préconisations issues du rapport Inserm de février 2014 sur « *les conduites addictives chez les adolescents* » (cf. article d'E. du Roscoât dans ce numéro). Le milieu festif est également un espace idéal pour observer l'évolution des pratiques de consommation et l'arrivée de nouveaux produits, et remplir ainsi une mission de veille sanitaire.

### Collectif « Ensemble Limitons les Risques » à Besançon

À Besançon, le Collectif « Ensemble Limitons les Risques » existe depuis fin 2002. Créé au départ à l'initiative d'intervenants issus de différentes structures médico-sociales et de la santé communautaire (Aides, CSST<sup>1</sup> Solea, Boutique d'accueil de jour<sup>2</sup>, équipe mobile de l'atelier de santé<sup>3</sup>) désireux de mener des actions de réduction des risques en direction du milieu festif, le Collectif a été rattaché, à la demande de l'agence régionale de santé, au Csapa Solea en 2011. Composé d'une quinzaine de bénévoles d'horizons variés (auto-supports<sup>4</sup>, étudiants, professionnels issus des champs sanitaires et médico-sociaux) et de différentes structures agissant à différents niveaux de partenariat (Caarud<sup>5</sup> passerelle 39, Caarud 70, LMDE, Service de prévention spécialisé de Pontarlier, Csapa Solea, Aides 25), il est piloté par une animatrice de réduction des risques en milieu festif salariée par le Csapa Solea. Le partenariat des structures (en dehors du Csapa porteur) est principalement logistique (don de matériel et de documentation) et parfois humain (renfort sur les gros événements notamment). Pour autant, chaque intervenant, quelles que soient son origine, ses compétences ou ses connaissances, doit participer à une formation obligatoire animée par deux professionnels et un usager, portant sur la réduction des risques et ses outils adaptés au milieu festif. Cette formation permet d'harmoniser le seuil des connaissances et de limiter les freins que peuvent induire les représentations respectives des différents acteurs. Le Collectif mène en moyenne 40 à 50 interventions par an sur quatre types d'espace festif : le milieu des *free parties* (non officielles), les festivals officiels pouvant regrouper de 5 000 à 20 000 festivaliers, la salle des musiques actuelles de Besançon (« La Rodia ») et le milieu festif urbain (centre-ville de Besançon). Lors de gros événements, les bénévoles du Collectif peuvent être sollicités pour intervenir en renfort de dispositifs similaires dans les départements de la Haute-Saône ou du Jura.

Du simple stand à la mise en place d'une relaxe zone (espace dédié à l'accueil des personnes en souffrance

suite à la prise d'un produit psychotrope), en passant par un travail de maraude, les intervenants fixent les modalités d'intervention en fonction de la taille de l'événement, de sa nature et de l'équipe disponible. À chaque intervention, le public peut trouver des bouchons d'oreilles, des préservatifs féminins et masculins, du gel lubrifiant, des kits de consommation à moindres risques<sup>7</sup>, des éthylotests et un éthylomètre, des brochures d'information sur la sexualité, la contraception, les risques auditifs, les produits psychoactifs et leurs effets, les risques routiers, la loi, des questionnaires d'autoévaluation (alcool, tabac cannabis), de l'eau, du café, des gâteaux, etc. mis à disposition gratuitement, ainsi qu'une information et/ou une écoute bienveillante adaptée à leur situation et à leurs questionnements. Pour chaque intervention, les intervenants se mettent en lien avec les dispositifs sanitaires (Croix-Rouge, pompiers, médecins, etc.) existants afin d'explicitier les objectifs de l'action et faciliter la communication et la réorientation si nécessaire (dans les deux sens) durant l'intervention. Les usagers

de la fête peuvent également trouver sur place les coordonnées de différents dispositifs susceptibles de les accompagner dans leur questionnement ou leurs difficultés après l'événement (Csapa, Caarud, CDAG<sup>6</sup>, etc.).

En 2013, par exemple, le Collectif a mené près de 3 500 entretiens, distribué 10 000 paires de bouchons d'oreilles et 8 000 préservatifs, 7 000 brochures dont 4 000 sur les substances psychoactives, environ 1 000 kits de consommation à moindres risques et 2 000 tests d'alcoolémie ; il a accompagné environ 90 personnes dans la gestion des effets non désirés liés à la prise de psychotropes, accompagnements qui ne se seront soldés au final que par sept évacuations sanitaires. L'âge des personnes rencontrées allait de 14 à 55 ans, la majorité d'entre elles ayant entre 17 et 25 ans.

### Un manque de reconnaissance

Si l'intervention en milieu festif est donc un véritable outil d'accompagnement répondant à un public large mais majoritairement jeune et ce, quelle que soit la nature de sa consommation, elle peine cependant à trouver une



véritable légitimité. Reléguée au plan des missions non obligatoires des Caarud, elle n'offre pas un statut clair et une reconnaissance statutaire pour les intervenants. C'est d'ailleurs ce manque de reconnaissance qui a longtemps opposé militants, professionnels et bénévoles, poussant souvent les intervenants à se retrancher derrière une forte revendication identitaire mais permettant aussi à certains dispositifs de jouer sur la mixité des savoirs en inventant des outils pour limiter ces retranchements (formation, échange de pratiques, mutualisation, etc.). La spécificité même de ces interventions rend l'exercice compliqué : travail de nuit, principalement les week-ends, amplitudes horaires importantes parfois sur plusieurs jours peu en accord avec le droit du travail pour les salariés et demandant une grande disponibilité pour les bénévoles... Pour autant l'offre festive s'accroît, se diversifie, les usages changent et les demandes pour ce type d'interventions augmentent.

### Des partenariats à renforcer ou à inventer

Développer des actions de formation et de sensibilisation sur ce type d'interventions pour les acteurs de la fête (organisateur de soirées, festivals, patrons de bar, équipe de sécurité, Croix-Rouge, etc.), renforcer les partenariats avec les structures de soin et d'accompagnement, surtout avec les CJC pour le public adolescent, et permettre une reconnaissance statutaire de ce type d'actions afin d'asseoir définitivement leur légitimité, tels sont les enjeux de demain pour les interventions en milieu festif.

Un exemple illustre ces partenariats : la CJC Solea bis diffuse les plaquettes d'information sur les produits que le Collectif utilise en milieu festif en direction des usagers avec des conseils de réduction des risques en fonction des pratiques de consommation et des produits consommés. De son côté, le Collectif diffuse sur tous ces événements festifs, en plus des plaquettes habituelles de réduction des risques sur les produits, des tests d'auto-évaluation alcool, tabac, cannabis avec les coordonnées de la CJC. Par ailleurs, certaines interventions de prévention portées par la CJC sont

menées conjointement avec le Collectif, et une psychologue de la CJC intervient parfois aux côtés des bénévoles et au même titre qu'eux, sur certains événements festifs. Ces différents éléments permettent également de favoriser la transversalité. ■

1. Centre de soins spécialisés pour toxicomanes. Depuis 2008, les CSST sont devenus Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa).
2. Structure accueillant en journée les publics les plus précaires et proposant des douches, des machines à laver, des petits déjeuners ou des repas chaud.
3. Équipe composée d'infirmiers allant à la rencontre des publics précaires, principalement dans la rue et les squattes.
4. Consommateurs ou ex-consommateurs mettant à profit leur expérience pour conseiller ou accompagner d'autres usagers consommateurs.
5. Centre d'aide et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues.
6. Centre de dépistage anonyme et gratuit.
7. Il s'agit notamment de « Kit + » ou « Steribox » pour les injecteurs, de « Kit Base » pour les consommateurs fumant du crack ou cocaïne basée, de « Kit Sniff » ou « Roule ta paille » et de « Kit Dragon » permettant de fumer cocaïne ou héroïne et présentant une alternative à l'injection. Ces kits permettent aux consommateurs de limiter les risques (contamination VIH, VHC, infections fongiques ou bactériennes) liés à leurs pratiques de consommation.

### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Freud S. *Totem et Tabou*. Vienne : Hugo Heller & Cie, 1913 : p. 161.
- [2] Ribard F. *Le carnaval noir de Bahia. Ethnicité, identité, fête afro à Salvador*. Paris : L'Harmattan, coll. Recherches et documents Amériques latines, 1999 : p. 105.
- [3] *Intervenir en milieu festif* [livret]. Paris : Fédération Addiction, 2013 : 8 p. En ligne : <http://www.federationaddiction.fr/intervenir-en-milieu-festif-8-pages-pour-connaître-et-diffuser-les-pratiques/>

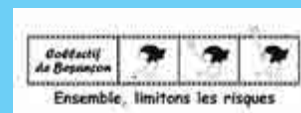
## PAROLE DE JEUNES

**Marie, 19 ans :** « Les autruches<sup>1</sup>, on les connaît bien, ils font la tournée des festivals chez nous l'été. C'est vrai qu'on a tendance à se lâcher un peu en festoche, c'est les vacances après tout... En tout cas, c'est cool de savoir qu'ils sont là pour nous accueillir si on est en bad, en plus on peut leur poser plein de questions, ils savent plein de trucs et vous jugent jamais. Du coup, on va toujours faire au moins un petit tour sur le stand quand on sait qu'ils sont là. »

**Lucas, 17 ans :** « J'ai commencé à fumer y'a un an avec des potes de l'internat, je voulais arrêter parce que ça commençait à me poser des problèmes avec mes parents et au bahut. Un jour j'ai vu le Collectif pendant un concert à La Rodia. Je m'attendais à ce qu'ils me disent que c'était pas bien, qu'il fallait que j'arrête tout de suite, mais en fait ils m'ont donné plein de conseils et m'ont orienté vers une consultation jeunes consommateurs à Solea bis où on m'a aidé à arrêter, c'est tout ce que je voulais. »

**Kikou, 21 ans, co-organisateur de free party :** « Faut pas se mentir en free y'a pas mal de trucs qui circulent et des mecs qui gèrent pas toujours, enfin sur les teufs officielles aussi mais bon, en tout cas c'est cool de savoir qu'ils veillent sur nous. En plus, ils forment les organisateurs de free pour monter notre propre stand de réduction des risques et intervenir en cas de nécessité, ils nous donnent même le matériel nécessaire. Maintenant, on gère ça tout seul quand ils ne peuvent pas être là. Ça le fait, les gens sont contents et nos teufs sont aussi connues pour ça. »

1 : Logo du Collectif « Ensemble Limitons les Risques »



# Les jeux vidéo : la passion et ses limites

## Olivier Phan,

MD, PhD., Consultation jeunes consommateurs Pierre-Nicole, Croix-Rouge française, Paris. Unité d'addictologie, Clinique Dupré, Fondation santé des étudiants de France, Sceaux. Unité Inserm 669, Maison des adolescents, Paris.

Le mot « jeu » vient du latin *jocus* signifiant plaisanterie ou badinage. Étymologiquement, c'est ainsi une activité de loisirs d'ordre physique ou psychique à laquelle on s'adonne pour se divertir et tirer du plaisir. Roger Caillois dans *Les jeux et les hommes* [1] a défini ainsi le jeu comme une activité devant être « libre », c'est-à-

dire choisie, pour conserver son caractère ludique. Si elle est imposée, elle ne peut plus procurer d'amusement. En 1957, les jeux vidéo en étaient à leurs balbutiements et bien loin d'occuper la place qu'ils ont aujourd'hui et, néanmoins, la définition du jeu donnée par Caillois peut facilement y faire écho. Les notions de liberté, de limite dans le temps, de règles, d'incertitude quant à l'issue du jeu, de dimension fictive et d'aspect improductif s'adaptent très bien aux jeux vidéo. Lorsque l'une ou plusieurs de ces dimensions ne sont plus appliquées, le jeu peut devenir problématique.

## Un engouement récent sans précédent

Depuis leur apparition dans les années cinquante, les jeux vidéo n'ont cessé de se perfectionner et de s'enrichir, offrant au joueur un espace ludique virtuel plus vrai et plus beau que nature. Le marché du logiciel interactif européen représente 30 milliards d'euros et jouit d'un taux de croissance de 15 %. En France, environ 13 millions de joueurs pratiquent au moins une fois par mois un jeu vidéo, dont 3,8 millions quotidiennement. Parallèlement,

les recherches portant sur les prévalences de l'usage abusif d'Internet et des jeux vidéo font ressortir des prévalences de jeu problématique pouvant varier de 0,7 % à 11,9 % selon les études et les contextes [2]. Ainsi, dans la majorité des cas, le jeu vidéo n'occasionnera aucun dommage et permettra seulement de se détendre comme les jeux d'application type *Candy Crush Saga*, *Tetris* ou solitaires, qui sont pourtant les jeux vidéo les plus joués au monde. Bien au contraire, il donnera au joueur un espace de détente. Dans un petit nombre de cas, il envahira toute la vie de l'individu entravant ainsi son développement et son bien-être.

## Des jeux et des hommes

Le bon développement de tout être humain dépend non seulement de facteurs internes propres à chaque individu (patrimoine génétique), mais aussi de l'environnement dans lequel il évolue : ses amis, sa famille, ses activités scolaires et extrascolaires. Pratiquer un sport l'aidera à appréhender son corps, échanger avec les autres lui apprendra à faire avec ses ressentis, et étudier lui permettra de mettre à profit ses capacités intellectuelles. Le jeu vidéo appartient à ces ressources externes à disposition de tout un chacun. Nous allons voir comment il peut être utilisé pour gérer et/ou développer ses compétences et quelles peuvent en être les limites et les difficultés.

## L'exploration

Les hommes ont toujours été fascinés par l'exploration. Même au péril des pires épreuves, les explorateurs ont toujours vécu ces expériences avec passion et fascination. Ce sens inné, génétique de *l'homo sapiens*, lui a permis de partir à la conquête de la planète, assurant ainsi non seulement sa survie mais aussi sa suprématie sur

**« LES ADOLESCENTS LES PLUS FRAGILES, VOULANT FUIR UN ENVIRONNEMENT QU'ILS JUGENT TROP DOULOUREUX, VERRONT UN MOYEN DE SE RÉFUGIER DANS UN MONDE VIRTUEL PLUS ACCUEILLANT. »**

toute autre espèce. Au XXI<sup>e</sup> siècle, il devient difficile de trouver sur terre des espaces vierges à explorer donnant à l'homme moderne un sentiment d'être à l'étroit. Grâce aux progrès de la technique, les jeux vidéo offrent au joueur un espace visuel virtuel sans limite, dans lequel ce dernier a la possibilité de se mouvoir, de pouvoir aller là où il veut comme il veut et quand il veut. Il a l'opportunité grâce aux prouesses du graphisme de découvrir et de s'émerveiller devant des paysages somptueux, nouveaux, de plus en plus réalistes. Ces mondes virtuels donnent ainsi l'illusion d'être réels, captant toute l'attention du joueur. Issus de l'imagination du concepteur, ils peuvent être infinis dans leurs diversités et leurs espaces. Ainsi, seule l'horloge qui sonnera l'heure de manger, d'aller à l'école ou de se coucher fera fonction de limite réelle et de repère [3].

Les adolescents les plus fragiles, voulant fuir un environnement qu'ils jugent trop douloureux, verront un moyen de se réfugier dans un monde virtuel plus accueillant. Ils deviendront ce qu'ils appellent eux-mêmes des *geeks*, voire des « *no life* », etc. Les jeux



vidéo ou l'utilisation problématique d'Internet sont souvent associés à un quota d'heures de sommeil diminué. [4, 5], ainsi qu'à d'autres problèmes de santé de type surpoids ou obésité [6]. Dans toutes ces situations, ce sont les difficultés personnelles (troubles psychologiques de l'adolescence), environnementales (scolarité chaotique, absence de perspectives) et surtout parentales (fragilité, défaut de « monitoring » parental) qui semblent être à l'origine de ces conséquences.

### La résolution d'énigme

Tout au long de la vie, le cerveau ne cesse de se remodeler, c'est ce que l'on nomme la plasticité neuronale. Ce phénomène arrivera à son paroxysme à l'adolescence. Le cerveau de l'adolescent va se spécialiser en privilégiant certaines connexions sur d'autres. Cette période est par conséquent la plus propice pour passer des concours, apprendre des pages entières de leçons. Les capacités cognitives de l'adolescent ne demanderont qu'à être mises à l'épreuve. Les jeux d'énigme, de réflexion, de stratégies représentent autant d'opportunité. Pour ce type de

jeu, il est extrêmement rare d'observer des dépendances. La limite est en général fixée par l'individu lui-même, puisqu'il finira par préférer aux stimulations intellectuelles des sollicitations plus émotionnelles.

Cependant, on sait aujourd'hui qu'une stimulation purement intellectuelle, sans émotions, n'apporte rien en termes de développement cérébral. Pour apprendre et progresser, il faut aller à l'école, à la rencontre des autres, et non rester seul devant son écran. Selon certains auteurs, les parents dont les adolescents jouent aux jeux vidéo de façon excessive rapportent une baisse des résultats scolaires [7]. Afin de progresser dans le jeu, de découvrir de nouvelles aventures et de développer de nouvelles habiletés, les enfants vont investir de plus en plus de temps dans le jeu, hypothéquant les autres activités : scolaires, familiales, extra-scolaires [8]. Plus que la perte de temps, c'est la perte de contrôle face aux écrans qui engendra les troubles. La passion consistera à jouer beaucoup mais bien, l'addiction perturbera de manière involontaire l'avenir du joueur.

### L'ESSENTIEL

■ **En France, environ 13 millions de joueurs pratiquent au moins une fois par mois un jeu vidéo, dont 3,8 millions quotidiennement. Les prévalences de jeu problématique varient, selon les études, de 0,7 % à 11,9 %.**

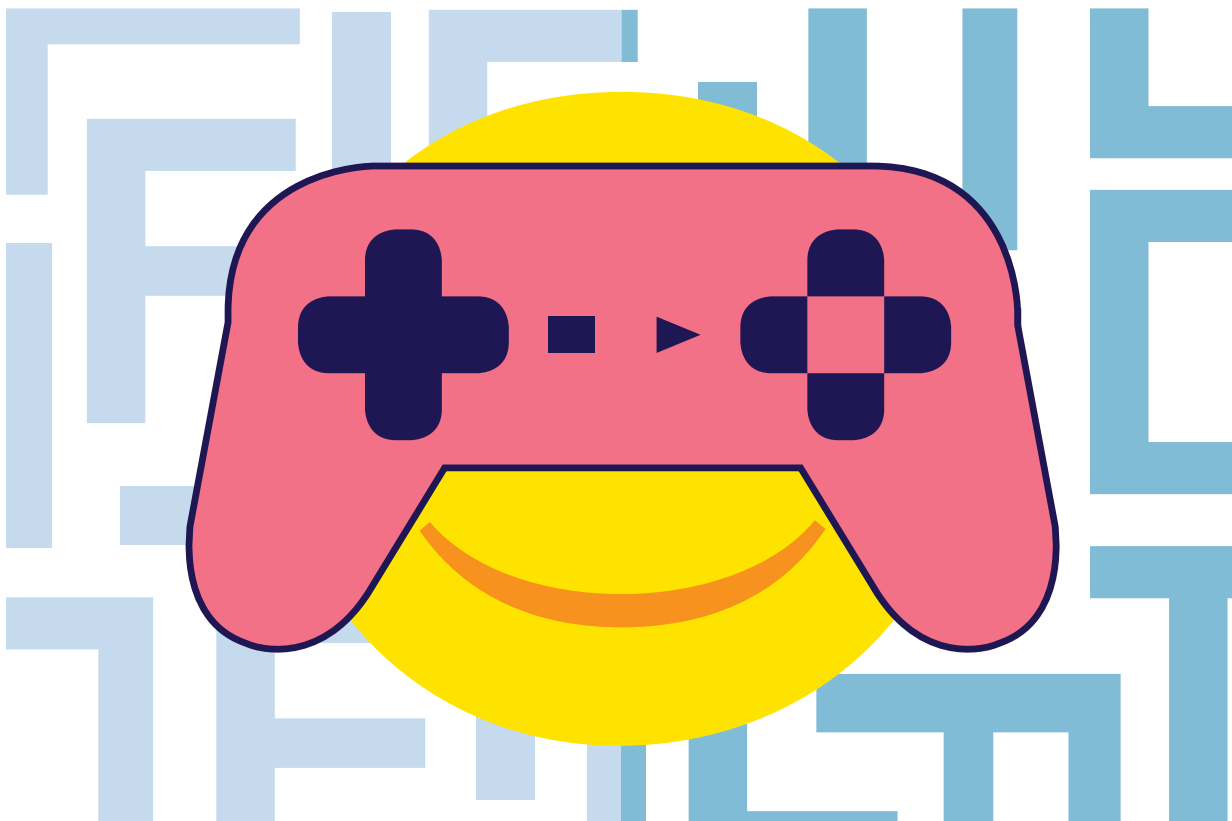
■ **Ainsi, dans la majorité des cas, le jeu vidéo n'occasionne aucun dommage mais donne au joueur un espace de détente.**

■ **À travers les jeux vidéo, notamment les jeux de rôle multi-joueurs, l'adolescent trouve un moyen d'exprimer sa personnalité, de s'identifier au sein d'un groupe, tout en contrôlant son image.**

■ **Face aux difficultés de leur existence, certains adolescents voient dans les jeux de stratégie un espace dans lequel ils ont une deuxième chance de réussir dans la vie.**

■ **En l'absence de limites personnelles et surtout parentales, la perte de contrôle face aux écrans peut engendrer des troubles et entraver le bon développement.**

■ **L'attitude qui vise à diaboliser le jeu est, vis-à-vis des joueurs problématiques, contre-productive car elle empêche l'« alliance thérapeutique » préalable *sine qua non* à toute prise en charge.**



### **La stratégie pour la perpétuation de l'espèce**

Les jeux de stratégie existent depuis très longtemps ; ainsi, les jeux d'échecs seraient apparus en Inde entre 500 et 700 avant J.C., à l'ère où des castes guerrières commençaient à assurer leur domination en combattant pour défendre et protéger les cultures, assurer l'ordre à l'intérieur de la cité, voire en attaquant le voisin pour agrandir leur territoire. Ce qui se joue sur l'échiquier de manière « virtuelle », c'est ce que doit/devra affronter le prince soldat dans la vie réelle : savoir déplacer ses pions de manière à mettre son adversaire échec et mat. La popularité des échecs s'est perpétuée jusqu'à nos jours notamment au sein des classes dominantes. En effet, se joue dans le jeu ce qui est l'objectif, l'angoisse, l'existence même de cette classe.

Aujourd'hui, la technologie des ordinateurs permet de mettre à disposition du joueur des armées capables de se mouvoir en temps réel dans des jeux que l'on nomme les RTS (*Real Time Strategy*). Il en existe toutes les variantes possibles : guerres du Moyen Âge (*Age of Empire*) ou guerres d'indépendance (*American Conquest*). Un jeu est actuellement particulièrement apprécié des adolescents : LOL (*League of Legends*). Ce jeu, dérivé de la thématique du fantastique et de la science-fiction, associe à la fois stratégie, jeux en groupe et compétition. Comme pour les échecs, l'adolescent va pouvoir « jouer sans risques dans le virtuel » ce qui est angoissant dans le monde réel. La lutte pour la survie, le maintien de son emploi, la concurrence feront partie du quotidien de ce futur adulte. Ce dernier devra constamment se préparer, se maintenir à niveau, établir des stratégies pour exister face aux entreprises adverses. C'est exactement ce que le joueur doit accomplir, de façon virtuelle devant son jeu.

Les usagers de jeux vidéo dépendants ont un fort sentiment d'appartenance sociale dans la vie virtuelle, mais faible dans la vie réelle, une faible qualité des relations familiales et un fort sentiment de solitude, comparés aux joueurs non dépendants [9]. D'autres études ont montré une association entre utilisation problématique

d'Internet et symptômes dépressifs [10]. Face aux difficultés de leur existence, certains adolescents verront dans le jeu un refuge, un espace dans lequel ils ont une deuxième chance de réussir dans la vie. Même si le jeu apporte une satisfaction immédiate, les compétences acquises dans le jeu n'en demeurent pas moins le plus souvent virtuelles.

### **La lutte pour la survie immédiate**

Le meilleur moyen de provoquer un pic d'adrénaline chez une personne est de provoquer une situation de danger imminent, de lui faire croire qu'elle est sur le point d'être tuée, afin que cette dernière réagisse de manière violente pour contrecarrer la menace. Les jeux qui ont le plus de succès auprès des jeunes sont ceux de la série *Call of Duty*, les FPS (*First Person Shooter*). Le premier de la série reprend la thématique du film *Il faut sauver le soldat Ryan*. Dans ce film, Steven Spielberg nous place dans la peau d'un soldat débarquant sur les côtes normandes durant la Seconde Guerre mondiale. Celui qui regarde le film n'est pas dans la position du spectateur qui assiste au spectacle des hommes se faisant tuer à distance, il est au milieu des soldats et ressent les mêmes émotions.

La montée d'adrénaline provoquée par le vécu « virtuel » d'un danger de mort imminente réveille l'instinct le plus fort et le plus profond chez l'homme : l'instinct de survie. On retrouve en cela ce qui avait été décrit dans l'ordalie par Marc Valleur. Mettre son destin dans les mains de Dieu pour voir si sa vie à un sens. Les conduites ordaliques s'observent de façon claire pour les jeux de hasard et d'argent. De par leur nature pécuniaire, ils peuvent mettre matériellement en péril. La situation pour les jeux vidéo est différente. Hormis la question du temps le jeu vidéo ne peut mettre directement en péril. Il est cependant vraisemblable que certains joueurs, notamment ceux qui associent jeux vidéo et jeux d'argent, soient dans des conduites ordaliques.

De nombreuses études expérimentales, corrélationnelles et longitudinales montrent que l'exposition à des jeux

violents peut entraîner ou augmenter les conduites agressives. Ainsi, une étude récente a mis en évidence les liens entre jeux violents de type FPS [11], cognitions agressives et comportements violents. Cependant, selon d'autres auteurs [12], les effets néfastes des jeux vidéo ont été exagérés, et il serait intéressant de relativiser ces effets délétères en fonction des prédispositions des individus. Les jeux violents augmentent l'agressivité de l'adolescent mais le passage à la délinquance dépendrait d'autres facteurs environnementaux.

### **Le lien avec les pairs**

Les jeux de rôle sur ordinateur de type MMORPG (jeux de rôle en ligne multi-joueurs), dont le chef de file est *WOW (World of Warcraft)*, ont connu un succès planétaire sans précédent. Ces jeux peuvent se comparer à un théâtre de marionnettes. Chaque participant choisit la ou les sienne(s) et pare son avatar du costume de son choix, en respectant la conformité aux décors proposés. Comme le marionnettiste tire les fils de sa marionnette, le joueur va pouvoir, grâce à son clavier et à sa souris, faire bouger son personnage dans un décor fantastique où se meuvent d'autres « marionnettes ». Celles-ci participent, de par leur apparence, à ce décor féérique. À travers les épreuves que le joueur devra affronter, la « marionnette » va acquérir de plus en plus de compétences, la rendant puissante et invincible. Lorsque le joueur quitte le jeu, la marionnette reste sur la scène. Il n'y a pas de rupture due à l'arrêt du jeu. Le joueur peut donc penser à elle, s'attacher à elle, et

**« LE JEU DE RÔLE MASSIVEMENT MULTI-JOUEURS RÉUNIT TOUT CE QUI PEUT ÊTRE ATTRACTIF DANS LE JEU : DÉCOUVERTE, AVENTURE, DÉFI, COMBAT ET JEU EN GROUPE. C'EST CE TYPE DE JEU QUI A AMENÉ NOMBRE DE JOUEURS ET DE PARENTS DANS LES CONSULTATIONS D'ADDICTOLOGIE. »**

avoir le plaisir de la retrouver lorsqu'il reprend le jeu. Parallèlement au monde réel qui peut être souvent morne et triste, l'adolescent aura la possibilité de faire évoluer sa marionnette librement dans un monde imaginaire, nouveau et féérique. L'adolescent et sa marionnette n'évoluent pas seuls. Ils ont la possibilité, au sein du jeu, de rencontrer et de s'associer à d'autres duos marionnette/joueur pour échanger des informations, des expériences, des armes, etc. ; pour progresser dans le jeu, les duos devront s'associer entre eux : ils formeront ainsi une guilde.

À travers le jeu, l'adolescent va trouver un moyen d'exprimer sa personnalité et de s'identifier au sein d'un groupe. Il aura un contrôle de son image. L'échange avec l'autre ne sera pas inhibé par la crainte d'être jugé pour son apparence physique. Le monde qu'il fréquente ainsi n'en demeure pas moins virtuel. L'usage simple de l'aspect virtuel permet des expériences bénéfiques pour l'adolescent tant sur un plan individuel que sur ses capacités, d'imagination, de stratégies. Il favorise le partage d'expérience, de connaissances, et l'appartenance à un groupe. Des rencontres dans la vraie vie entre membres d'une même guilde sont possibles. C'est ce que l'on appelle les « *meetings in real life* ».

Les MMORPG ont été pointés comme potentiellement très « addictogènes ». Dans une étude menée au Royaume-Uni sur 1 420 joueurs de MMORPG, entre 3,6 % et 4 % présentaient les critères d'addiction [13]. Le jeu de rôle massivement multi-joueurs réunit toutes les caractéristiques de ce qui peut être attractif dans le jeu : la découverte, l'aventure, le défi, le combat et le jeu en groupe. C'est ce type de jeu qui a amené nombre de joueurs et de parents dans les consultations d'addictologie.

### Une action pouvant être thérapeutique

Certain jeux ont été développés afin de renforcer les compétences psychosociales des enfants : les « *serious games* ». Ces pratiques encadrées, à travers une médiation entre adultes et enfants, permettent d'avoir un impact sur le comportement et sur

les maladies chroniques comme le diabète, l'obésité et les douleurs chroniques [14].

### Conclusion

Les jeux vidéo ont considérablement enrichi et démocratisé les possibilités ludiques. Ils offrent un moyen de se détendre, de faire face à une réalité parfois bien triste. Cette mise à disposition des jeux s'est faite aussi chez les adolescents les plus fragiles qui s'y sont engouffrés pour essayer de résoudre leur mal-être. Dans cette population, le jeu masque plus la symp-

tomatologie qu'il ne la résout. Cependant, l'attitude qui viserait à diaboliser le jeu est contre-productive. Elle empêche d'entrer en contact avec les jeunes qui pourtant auraient le plus besoin d'aide. Dans notre consultation, comme dans beaucoup d'autres, tous les thérapeutes sont aussi des joueurs. Leur connaissance des jeux permet l'alliance thérapeutique avec le jeune présentant une problématique par rapport au jeu vidéo. Leurs compétences en psychopathologie offrent à cet adolescent et à sa famille l'aide dont ils ont besoin. ■

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Callois R. *Les jeux et les hommes*. Paris : Gallimard, 1992 (1<sup>ère</sup> éd. 1957) : 374 p.
- [2] Minotte P., Donnay J.-Y. *Les usages problématiques d'Internet et des jeux vidéo. Synthèse, regard critique et recommandations*. Namur : Institut wallon pour la santé mentale, 2010 : 144 p. En ligne : [http://www.iwsm.be/pdf\\_dir/UPTIC.pdf](http://www.iwsm.be/pdf_dir/UPTIC.pdf)
- [3] Phan O., Bastard N. *Jeux vidéo et Ados. Ne pas diaboliser, pour mieux les accompagner*. Paris : éditions Pascal, 2009 : 128 p.
- [4] Leger D., Beck F., Richard J.-B., Godeau E. Total sleep time severely drops during adolescence. Findings from the HBSC study on a nationally representative sample of 11 to 15 year old students. *PLoS ONE*, 2012, vol. 7, n° 10 : e45204.
- [5] Rehbein F., Psych G., Kleimann M., Mediasci G., Mössle T. Prevalence and risk factors of video game dependency in adolescence: Results of a German nationwide survey. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 2010, vol. 13, n° 3 : p. 269-277.
- [6] Suris J.-C., Akre C., Berchtold A., Fleury-Schubert A., Michaud P.-A., Zimmermann G. *Ado@Internet.ch. Usage d'Internet chez les adolescents vaudois*. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Raisons de santé 208, 2012 : 61 p. En ligne : [http://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds208\\_fr.pdf](http://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds208_fr.pdf)
- [7] Gentile D.A., Choo H., Liau A., Sim T., Li D., Fung D., et al. Pathological video game use among youths: A two-year longitudinal study. *Pediatrics*, 2011, vol. 127, n° 2 : e319-e329. En ligne : <http://pediatrics.aappublications.org/content/127/2/e319.full.pdf>
- [8] Romo L., Bioulac S., Kern L., Michel G. *La dépendance aux jeux vidéo et à l'Internet*. Paris : Dunod, coll. Psychothérapies, 2012 : 224 p.
- [9] Schmit S., Chauchard E., Chabrol H., Sejourne N. Evaluation of the characteristics of addiction to online video games among adolescents and young adults. *L'Encéphale*, 2011, vol. 37, n° 3 : p. 217-223.
- [10] Tortolero S.R., Peskin M.F., Baumler E.R., Cuccaro P.M., Elliott M.N., Davies S.L., et al. Daily violent video game playing and depression in pre-adolescent youth. *Cyberpsychology Behavior and Social Networking*, 2014, Juil 9.
- [11] Gentile D.A., Dongdong L., Angeline K., Prot S., Anderson C.A. Mediators and moderators of long-term effects of violent video games on aggressive behaviour. Practice, thinking, and action. *JAMA Pediatrics*, 2014, vol. 168, n° 5 : p. 450-457. En ligne : [archpedi.jamanetwork.com/data/Journals/PEDS/930077/doi140003.pdf?resultClick=3](http://archpedi.jamanetwork.com/data/Journals/PEDS/930077/doi140003.pdf?resultClick=3)
- [12] Ferguson C.J., Rueda S.M. The Hitman study: Violent video game exposure effects on aggressive behavior, hostile feelings, and depression. *European Psychologist*, 2010, vol. 15, n° 2 : p. 99-108. En ligne : <http://www.christopherjferguson.com/hitman.pdf>
- [13] Hussain Z., Griffiths M.D., Baguley T. Online gaming addiction: Classification, prédiction and associated risk factors. *Addiction Research and Therapy*, 2012, vol. 20, n° 5 : p. 359-371.
- [14] Thompson D., Baranowski T., Buday R., Baranowski J., Thompson V., Jago R., et al. Serious Video Games for Health How Behavioral Science Guided the Development of a Serious Video Game. *Simulation & Gaming*, 2010, vol. 41, n° 4 : p. 587-606.

# Défis et prises de risque : du « *Binge Drinking* » à la « *Necknomination* »

**David Mourgues,**  
anthropologue, Toulouse.

En pleine nuit, en ville, un garçon de 17 ans est étendu sur le macadam en pleine rue. Il est ivre. Interpellé par la police, il termine au commissariat ; son père viendra le chercher un peu plus tard. Cette scène ne se déroule pas en 2014, mais en 1955. Le jeune homme s'appelle Jim (James Dean) dans le film de Nicholas Ray *La Fureur de vivre* dont le titre original donne tout son sens au propos « *Rebel without a cause* ». En effet, dans ce film, il est question de la jeunesse, de ce moment mal balisé, dans lequel il s'agit de passer d'un monde à l'autre, celui de l'enfance à l'âge adulte. Plus avant dans le film, Jim sera mis au défi par le chef d'une bande de jeunes :

la course de voiture, côte à côte (*Chicken Run*) avec, au bout, une falaise. Les membres de la bande, filles et garçons, sont les témoins de cette scène. Le dernier à s'extraire du véhicule avant sa chute sera le leader, figure héroïque, ayant fait preuve de sa bravoure. Il devient ainsi le prétendant évident pour Judy (Natalie Wood). Ce film concentre à lui seul la plupart des questions relatives à la jeunesse : les usages de substances psychoactives, les conduites à risques, le groupe de pairs, le défi, le flirt et la sexualité, le rôle des parents, la tentative de s'ajuster au monde.

Et tout cela continue aujourd'hui, avec quelques évolutions.

## Les usages d'alcool des jeunes : tendances et comportements

Les consommations quotidiennes d'alcool des jeunes sont en baisse en France. En 2011, elles concernent moins

de 1 % des jeunes de 17 ans et l'âge moyen de la première ivresse se situe à 15 ans, chiffre stable depuis dix ans [1]. En revanche, les consommations occasionnelles et excessives sont en augmentation et les contextes festifs constituent l'essentiel de ces usages.

À partir de 2005, le « *Binge Drinking* » (terme d'origine anglo-saxonne) traduit par « biture express » s'impose comme un nouveau phénomène : une consommation excessive d'alcool dans un temps court. Plus précisément, il s'agissait de sept doses d'alcool ou plus pour les garçons et six pour les filles, en moins de deux heures. Cette expression est aujourd'hui la plus communément utilisée, voire banalisée, alors même que les acteurs de la santé publique en France lui préfèrent la notion « d'alcoolisation ponctuelle importante » (API), soit cinq verres (cinq doses d'alcool) ou plus en une occasion [2]. Les jeunes Français se situent au 12<sup>e</sup> rang européen concernant les API (sur trente-trois pays). La part des jeunes de 17 ans ayant été ivres au moins trois fois dans l'année est en augmentation entre 2008 et 2011, passant de 25,6 % à 27,8 %. De même le taux d'ivresses régulières (dix fois ou plus dans l'année) est passé de 8,6 % à 10,5 % entre 2008 et 2011 [3]. À l'âge adulte, les épisodes d'ivresse sont nettement moins fréquents. L'expérimentation de l'ivresse a donc à voir avec le fait de « faire sa jeunesse », et l'excès et le débordement ne sont pas nouveaux. Honoré de Balzac l'évoque dans son *Traité des excitants modernes* en 1839 [4]. Une substance est utilisée pour les sensations qu'elle procure, pour une personne donnée, dans un contexte et une époque donnée : le plaisir, le soulagement, l'excitation, etc.

Le plus souvent, pour les jeunes, les substances psychoactives dont l'alcool, sont utilisées comme pratiques initiatiques et intégratives pour répondre

aux normes du groupe, faire comme les autres [5], mais aussi parfois comme « automédication » face à des problèmes personnels et des angoisses, qui peuvent donner lieu à des usages plus problématiques. Le risque peut alors servir à se sentir exister à travers des conduites ordaliques [6].

## « *Necknomination* » de l'anglais « *to neck a drink* » (boire cul sec)

Cette pratique observée, en France, à partir des années 2010 consiste à se filmer en consommant de l'alcool, puis publier ensuite la vidéo sur Internet *via* les réseaux sociaux (*Facebook* en particulier) et désigner (*nomination*) deux ou trois autres personnes afin qu'elles fassent de même, sous la forme d'un « défi », pour consommer de l'alcool en quantité importante. Les jeunes peuvent s'exposer à des risques importants par une consommation excessive.

Actuellement, les défis *via* les réseaux sociaux sont en développement, du plus futile à celui qui peut être risqué, entre jeu idiot et conduite à risques. Là encore, ce n'est pas nouveau : la série *Jackass* diffusée entre 2000 et 2002 sur MTV aux États-Unis en avait fait le cœur de son programme. Avec Internet, c'est le média qui change. Il est classique que les garçons se lancent des défis pour boire de l'alcool dans une soirée, une fête, voire à l'initiative des aînés dans certains contextes professionnels, quand boire et reprendre le travail contribuent à la construction de la virilité.

La réponse au défi par le groupe de pairs, le réseau amical, devient prépondérante dans un lien virtuel sur le web qui trouve à se concrétiser : si tu es vraiment mon ami, fais-le. L'épreuve devient la preuve. Mondialisation des modes de consommation et des modes de vie, mais aussi des usages de subs-

## L'ESSENTIEL

▣ Les influences psychosociales semblent déterminantes dans les usages et les conduites à risques des jeunes.

▣ Les jeunes consomment à l'excès pour tester leurs limites, les limites du corps social, mais aussi réguler les tensions sociales et les angoisses.

▣ Face à cette situation, une voie privilégiée : renforcer les compétences psychosociales des jeunes.

tances psychoactives à travers l'ubiquité offerte par le web. Le défi à boire peut alors se dérouler partout, y compris dans la solitude de l'espace privé.

### Des facteurs socio-économiques et scolaires : la question sociale

Les consommations d'alcool débute lors des fêtes familiales pour se poursuivre à l'extérieur de la famille. Elles accompagnent donc la relation au social.

Les jeunes de milieux socio-économiques favorisés sont plus expérimentateurs d'alcool (et de cannabis). Pourtant, ce sont les jeunes issus de familles au faible niveau socio-économique (faibles revenus, profession peu qualifiée) et au parcours scolaire difficile qui sont plus concernés par des usages problématiques et des abus de substances psychoactives [1].

Les influences psychosociales semblent donc déterminantes dans les usages et les conduites à risques des jeunes : la famille, le groupe de pairs, les difficultés scolaires, sociales, le milieu professionnel, mais aussi la publicité et les stratégies des marques qui n'ont jamais autant investi pour conquérir la « cible jeune ».

### Façons de faire : les garçons et les filles

À 17 ans, 59 % des garçons et des filles ont déjà connu l'ivresse. Les alcoolisations ponctuelles importantes concernent plus les garçons que les filles (59 % contre 46 %).

Les garçons sont davantage consommateurs de boissons alcoolisées que les filles, notamment dans les comportements d'excès ; cependant, les écarts se resserrent dans une société qui prône l'égalité. Au titre de l'émancipation, les filles revendiquent des usages en miroir des garçons, et ce d'autant plus en fonction de leur position sociale. Lorsqu'ils occupent des positions plus favorables, les garçons tendent à adopter des comportements d'usages plus raisonnables, tandis qu'à l'inverse, les filles ont tendance à « masculiniser » leurs comportements [7].

Mais le socle des comportements évolue peu : les garçons veulent être les meilleurs et les filles veulent être uniques. Les garçons sont donc plus enclins à se lancer des défis, prendre des risques « vers le monde » (risque routier, bagarre, braver les hauteurs,

etc.) quand les filles prennent des risques vers elles-mêmes (anorexie, boulimie, scarifications, etc.) [8].

### « Faire la fête » : des fonctions sociales

La fête constitue un contexte d'inversion et de transgression, fondé sur la recherche de l'intensité et du plaisir, une rupture avec l'ordre du quotidien qui favorise les usages de substances psychoactives en particulier pour « faire sa jeunesse ».

La fête constitue le temps propice pour « marquer un passage » vers l'indépendance, la socialisation, tester ses limites et les limites du social, expérimenter la nuit, la sexualité, mais aussi réguler les tensions sociales et les angoisses. Un temps de désordre, de « charivari » dans lequel l'usage d'alcool et le système des tournées que chacun « remet » constituent la concrétisation d'une réciprocité de l'échange (don et contre don), acte fondateur des sociétés humaines [9]. L'excès devient la norme, comme rupture avec l'enfance, un procédé de déliaison vis-à-vis de la famille pour aller vers les autres, l'autre sexe (ou pas) vers un « lien social sexuel » [10].

Les usages de substances psychoactives deviennent ainsi des médiateurs : inviter à prendre un verre symbolise plus que le fait de boire de l'alcool, de même pour une invitation à « prendre un dernier verre ». L'alcoolisation des jeunes repose sur une quête du plaisir, de l'ivresse, tandis que la recherche de la « défonce » est plus rare. En revanche, les poly-consommations de différentes substances tendent à se banaliser en fonction des contextes festifs et de leurs spécificités.

### Prévenir et réduire les risques

Comme pour toute substance psychoactive, les usages favorisent des risques : coma éthylique, accidents, rapports sexuels non protégés, non désirés, déshydratation, violences, dépendance, etc.

Il y aura toujours des risques, des substances, des usages, mais il s'agit de donner des repères crédibles pour prévenir et réduire les risques, renforcer les compétences psychosociales des jeunes. Donner à chacun les moyens et la capacité de réduire les risques pour continuer à « bien faire la fête » par des interventions en milieu festif (intervenants, matériels, informations),

des actions et des informations plus ciblées (jeunes, filles/garçons, contextes, etc.), avec une adaptation pour le web et les smartphones. Il s'agit aussi d'impliquer, de former et de soutenir les adultes au contact des jeunes (personnels et enseignants, maîtres d'apprentissage, acteurs de l'entreprise, professionnels de la nuit, etc.) ainsi que les parents. Sans oublier, les élus des territoires urbains, péri-urbains et ruraux. Il s'agit de rendre possible et opportun, tant pour les jeunes que pour les adultes, de parler des usages de substances psychoactives afin de développer une culture de prévention et de réduction des risques qui ne soit pas de simples pièces rapportées au processus éducatif mais intégrées à celui-ci. Depuis toujours, c'est la culture qui augmente notre humanité. ■

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). *Drogues et addictions, données essentielles*. Saint-Denis : OFDT, 2013 : 399 p. En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/da13com.pdf>

[2] Beck F., Richard J.-B. La consommation d'alcool en France. *La Presse Médicale*, 2014 [sous presse].

[3] Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). *Drogues, Chiffres clés*. Saint-Denis : OFDT, 2013 : 8 p. En ligne : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/dce/dcc13.html>

[4] de Balzac H. *Traité des excitants modernes*. Paris : 1839.

[5] Freyssinet-Dominjon J., Wagner A.-C. *L'Alcool en fête. Manières de boire de la nouvelle jeunesse étudiante*. Paris : L'Harmattan, coll. Logiques sociales, 2004 : 274 p.

[6] Le Breton D. *En souffrance. Adolescence et entrée dans la vie*. Paris : Métailié, 2007 : 368 p.

[7] Beck F., Legleye S., Maillachon F., de Peretti G. La question du genre dans l'analyse des pratiques addictives à travers le Baromètre santé, France, 2005. *BEH*, 2009, n° 10-11 : p. 90-93. En ligne : [http://www.invs.sante.fr/beh/2009/10\\_11/beh\\_10\\_11\\_2009.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2009/10_11/beh_10_11_2009.pdf)

[8] Fabre D. La Voie des oiseaux. Sur quelques récits d'apprentissage. *L'Homme*, 1986, vol. 26, n° 99 : p. 7-40.

[9] Mauss M. *Essai sur le don*. Paris : Puf, coll. Quadrige, [1<sup>er</sup> éd. *L'Année Sociologique, seconde série, 1923-1924*], 2012 : 264 p.

[10] Nahoum-Grappe V. *Vertige de l'ivresse. Alcool et lien social*. Paris : Descartes & Cie, 2010 : 252 p.



la santé des enfants et des adolescents, et inscrits dans un partenariat institutionnel renforcé avec l'ensemble des acteurs de la politique publique parmi lesquels les consultations jeunes consommateurs (CJC), le tissu associatif local et les forces de sécurité.

L'Éducation nationale s'est rapidement emparée de ces dispositions. La circulaire de rentrée 2014 stipule, en effet, que dans le cadre du parcours de santé, les équipes éducatives veillent à intégrer la prévention des conduites addictives dans les projets d'école et d'établissement en prenant appui sur les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc). De la même manière, l'enseignement supérieur s'est mobilisé, dix-sept universités ont déjà passé une convention avec la Mildeca dans l'objectif de renforcer l'action des étudiants relais en santé et la prévention des alcoolisations ponctuelles importantes.

Ces actions prennent enfin tout leur sens dans le cadre d'une application plus stricte des lois protégeant les mineurs. Ainsi, le renforcement des contrôles relatifs à l'interdiction de vente de tabac et d'alcool est-il prévu. La réflexion sur les conditions de promotion de l'alcool sera prochainement engagée.

### **Du repérage précoce aux consultations jeunes consommateurs**

Prévenir, c'est aussi repérer et apporter, le plus précocement possible, une réponse adaptée aux consommations des jeunes.

Pour cette raison, la mise en œuvre du plan gouvernemental s'appuie sur un vaste plan de sensibilisation et de formation aux problématiques inhérentes aux conduites addictives, qui

**« PRÉVENIR, C'EST AUSSI REPÉRER ET APPORTER, LE PLUS PRÉCOCEMENT POSSIBLE, UNE RÉPONSE ADAPTÉE AUX CONSOMMATIONS DES JEUNES. »**

doit permettre une meilleure orientation vers les dispositifs d'accompagnement et de prise en charge.

Cette formation, c'est celle notamment des acteurs de la prévention dont il faut favoriser le partage des cultures professionnelles. La Mildeca va expérimenter le déploiement dans plusieurs régions de formations communes, dites formations sur site, s'adressant à l'ensemble des acteurs locaux concernés par la prévention des conduites à risque et des addictions : professionnels de l'éducatif, du social, de la santé, de l'insertion, mais aussi de la police, de la justice ou encore de décideurs locaux.

C'est également la formation des professionnels de santé de premier recours. Il est impératif d'intervenir au plus tôt par une formation systématisée à l'utilisation des outils du repérage précoce. Il s'agit d'interventions simples qui permettent d'aider à réduire une consommation excessive. Cette réduction ne nécessite pas pour ces professionnels une spécialisation en addictologie mais le suivi d'une formation minimale.

En relais du repérage précoce, le recours aux CJC est conforté. Pour asseoir leur positionnement dans l'offre de soins et créer le « réflexe CJC » parmi les professionnels de la jeunesse, la Mildeca soutient ces structures dans la construction de leur réseau partenarial local. Pour améliorer leur connaissance par le grand public, une campagne de communication nationale, portée par le ministère de la Santé (Inpes) et la Mildeca, sera déployée dans les médias traditionnels et sur Internet dans l'objectif d'améliorer la visibilité des CJC et d'en favoriser le recours auprès des parents d'adolescents.

Le renforcement des compétences des professionnels des CJC est également engagé par la Fédération Addiction, avec le soutien financier de la mission interministérielle. La publication du manuel relatif au Processus d'accompagnement et d'alliance pour le changement thérapeutique (PAACT) s'inscrit dans cette démarche de qualité de l'accompagnement proposé partout sur le territoire aux jeunes et aux familles qui en ont besoin. Pour les adolescents les plus en difficulté avec leur consommation de cannabis,

## **L'ESSENTIEL**

- **Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites 2013-2017 met l'accent sur la prévention, l'accompagnement et la prise en charge des jeunes.**
- **La Mildeca soutient le déploiement de programmes de prévention, notamment par les pairs, l'appui à la parentalité et la promotion de la santé des enfants et des adolescents.**
- **La formation des différents acteurs de la prévention et des professionnels de santé de premier recours va être développée.**
- **Enfin, une communication destinée à promouvoir le recours aux consultations jeunes consommateurs sera mise en place.**

notamment ceux présentant des comorbidités psychiatriques, le recours à la thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT) sera à terme facilité par son déploiement à partir de quelques CJC distribuées sur le territoire. Le plan de formation à la méthode MDFT fait actuellement l'objet de travaux communs à l'ensemble des partenaires de cette action.

### **Une connaissance toujours plus fine des addictions des jeunes**

Le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 a été intégralement établi au regard des données scientifiques les plus récentes. Il fait du soutien à la recherche et à l'évaluation la priorité méthodologique en termes d'action publique. Les études visant la compréhension des effets des substances et des pratiques excessives à l'adolescence comme celles offrant une meilleure connaissance des motivations à la consommation sont, en effet, essentielles à l'amélioration continue des réponses préventives, d'accompagnement et de soin proposées aux plus jeunes, justifiant ainsi le soutien financier de la Mildeca à de nombreux programmes de recherche. ■

# Addictions en scène : quand les jeunes eux-mêmes créent leur outil de prévention

**Claire Pailharey**, chargée de mission Santé-animatrice Réseada, Bureau de la vie scolaire, étudiante et de l'insertion, Direction générale de l'enseignement et de la recherche, ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt, Paris.  
**Fabienne Lemonnier**, chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé, direction de l'animation des territoires et des réseaux, Inpes.

À l'adolescence, le plus souvent, la consommation de produits signifie une expérimentation : goûter, essayer, agir comme les autres. Le Réseau d'éducation pour la santé, l'écoute et le développement de l'adolescent (Réseada) accompagne les équipes pédagogiques et les élèves de l'enseignement agricole dans la mise en œuvre de projets de prévention et de promotion de la santé.

La prévention des comportements d'entrée dans les addictions s'inscrit dans les axes d'action du réseau depuis plusieurs années. Depuis trois ans, la prévention des risques liés aux nouvelles technologies (Internet, réseaux sociaux, téléphones portables) a rejoint la prévention « plus classique » des consommations de produits psychoactifs.

Accompagner ou impulser des initiatives et des actions en faveur de la promotion de la santé, du bien-être et du mieux vivre ensemble au travers d'appels à participation et concours, c'est la stratégie adoptée par le réseau, avec l'exigence de mettre les adolescents en action, en s'appuyant sur leurs préoccupations et en privilégiant leurs modes d'expression.

## Message de prévention pour les pairs

Le projet « Addictions en scène », lancé au début de l'année scolaire 2013-2014, a permis aux jeunes

(15-17 ans) de cinq établissements d'enseignement agricole (*voir ci-après*) d'utiliser les médias artistiques et plus particulièrement l'art vivant pour concevoir et délivrer un message de prévention destiné à leurs pairs.

### Le public destinataire de l'action

- 5 établissements d'enseignement agricole, répartis sur le territoire national, ont été concernés ;
- 125 adolescents de 15 à 17 ans, élèves dans des lycées agricoles ont été impliqués dans le projet :
  - 5 classes de différents niveaux (environ 25 élèves par classe) ;
  - 2 classes de Capa (Certificat d'aptitude professionnelle agricole) ;
  - 3 classes de seconde ;
- Plus de 600 personnes ont bénéficié des spectacles de prévention ;
- De 80 et jusqu'à 250 spectateurs (public constitué par d'autres élèves de l'établissement et des familles des élèves acteurs du projet) ont pu être accueillis dans chaque établissement.

### Le dispositif

- Un temps de réflexion et d'apprentissage sur les addictions, proposé par l'équipe éducative de l'établissement et animé par des professionnels des structures locales de prévention.
- Un challenge créatif conduit avec des artistes intervenants. Une humoriste, un slameur, une compagnie de danse, un auteur compositeur interprète et une compagnie de marionnettistes, accueillis dans les établissements pour aider les jeunes à monter un spectacle porteur d'un message de prévention pour leurs pairs.
- Un vidéo-reportage pour relater les différentes démarches de projets conduites avec les artistes préventeurs,

leurs conditions de mise en œuvre et capter les retours sur ces expériences des différents acteurs et partenaires impliqués (professionnels de santé, artistes, équipes pédagogiques, élèves acteurs, élèves spectateurs, etc.).

Les cinq projets ont été pilotés par différents acteurs des équipes éducatives (2 infirmières scolaires, 1 proviseur adjoint, 2 enseignantes d'éducation socio-culturelle), autour desquels se sont constituées des équipes pluridisciplinaires.

### Les partenaires et intervenants

Les établissements impliqués étaient invités à travailler en amont avec les réseaux locaux de santé. Différents partenaires et professionnels de santé ont été sollicités (Ireps<sup>1</sup>, PFAD<sup>2</sup>, Anpa<sup>3</sup>, Csapa<sup>4</sup>, Bureau info jeunesse, Maison des adolescents, Point d'accueil Écoute Jeunes, MSA<sup>5</sup>, etc.) sur des temps d'apprentissage, de documentation et de réflexion sur les addictions (entre 4 et 8 heures d'intervention, suivant les projets). Les intervenants santé ont également accompagné l'animation des échanges et des débats qui ont suivi chaque spectacle.

Chaque artiste impliqué a travaillé pendant trois à quatre journées avec les élèves à la réalisation d'un spectacle qui a été proposé aux familles et aux autres élèves de l'établissement.

### Sur le terrain

À Saint-Pouange en Champagne-Ardenne, différents sketches ont été écrits et mis en scène par les jeunes sur les conseils de l'humoriste Esta Webster. À Carpentras, en Provence-Alpes-Côte d'Azur, une classe de seconde professionnelle « Service aux personnes et aux territoires » s'est



emparée de ce projet pour créer un spectacle de marionnettes sur les addictions aux téléphones portables et aux écrans, accompagnée par la Compagnie de la Cour Singulière. En Poitou-Charentes, les jeunes du lycée agricole de Saintes ont écrit une chanson et mis en scène « les addictions » dans une pièce de théâtre et un clip. À Alençon, en Basse-Normandie, les jeunes ont interprété un spectacle de prévention dansé. En région Nord-Pas-de-Calais, une classe de Capa du lycée professionnel agricole de Dunkerque s'est impliquée dans ce challenge au côté du musicien Vincent Legrand. Le projet a été piloté par une enseignante d'éducation socio-culturelle. Les élèves ont imaginé et écrit une chanson et le script d'un clip sur le sujet du Carnaval, un événement local et culturel incontournable, et une fête propice à de « potentiels » débordements.

### Premiers enseignements de l'évaluation

Les premiers résultats d'une évaluation en cours (via des questionnaires en ligne auprès des encadrants et des élèves impliqués et acteurs du projet) permettent de relever les atouts d'une telle démarche d'éducation comme le plaisir et l'utilité perçus par les élèves, dans un contexte de convivialité ainsi décrit par un jeune : « *l'ambiance était géniale et ça a permis de faire rire sur ce sujet qu'est la prévention* ». Autre constat : le renforcement des échanges entre les élèves « *a soudé la classe et montré que nous pouvions être solidaires* ». Ces initiatives semblent également avoir contribué au renforcement de l'estime de soi et du sentiment de confiance, ainsi exprimés par l'un d'entre eux : « *Ça m'a donné confiance en moi* ». Les coordinateurs de l'action, le plus souvent les enseignant(e)s et infirmières scolaires, soulignent l'investissement particulier des élèves dans ce « challenge créatif » qui s'est traduit au fil du projet par un changement de comportement et une motivation bien visibles. Les encadrants soulignent également la richesse des échanges et des apprentissages : ceci résulte de la démarche de projet mais aussi de la médiation d'un intervenant extérieur, porteur d'un regard et d'un savoir-faire artistiques.

### L'ESSENTIEL

■ **À l'initiative du Réseada, les élèves de cinq établissements scolaires ont conçu, avec des professionnels, des messages de prévention sous forme de pièces de théâtre, chansons et sketches.**

### Démarche éducative et réseaux sociaux

L'impact de ces messages de prévention – créés et interprétés par les élèves – sur un public de spectateurs constitué par leur famille et les élèves de leur lycée est en cours d'évaluation. À souligner qu'à Dunkerque, la diffusion sur Internet hors du contexte pédagogique du clip « *S'écarter c'est bien* », réalisé par les élèves, a montré une limite de l'exercice (risque d'interprétation erronée sur la démarche de prévention de ces élèves et de leurs encadrants). Cet avatar a eu malgré tout un effet positif en invitant à une réflexion plus large sur les messages entre les pairs via l'usage des réseaux sociaux.

La définition et la délimitation d'un public cible de « spectateurs », l'accompagnement et la valorisation de ces « messages de prévention entre pairs » dans un cadre de diffusion spécifique apparaissent, en effet, indispensables pour en saisir le sens et les enjeux.

Enfin, les vidéo-reportages<sup>6</sup> qui témoignent de ces expériences de prévention particulières pourront être utilisés par les professionnels comme supports de formation à ce type de démarche. ■

1. Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé.

2. Policiers formateurs anti-drogue.

3. Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie.

4. Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

5. Mutualité sociale agricole.

6. Vidéo-reportage de l'action menée à Dunkerque. En ligne : [http://asso-lamule.fr/download/horticole/reportage\\_v2.mp4](http://asso-lamule.fr/download/horticole/reportage_v2.mp4)

## THÉÂTRE : MOBILISER LES AFFECTS, L'HUMOUR ET L'INTERACTIVITÉ

Au-delà de cet exemple concret, quelle est la place du théâtre comme outil dans la prévention des addictions ?

Dans le cadre d'une mission d'appui aux chefs de projet Mildeca (anciennement Mildt) de Dordogne et Gironde, le Dispositif d'appui aquitain drogues et dépendances (DaAdd) a été sollicité pour évaluer cet outil théâtre.

En voici un extrait éclairant l'intérêt du théâtre comme outil d'appropriation de la prévention des addictions par les jeunes : « *La prévention des conduites addictives recouvre aujourd'hui un panel très large d'outils et d'interventions. Parmi eux, le théâtre est de plus en plus utilisé dans les établissements scolaires. Par son originalité, il évite la routine en aiguisant la curiosité des jeunes, en regard des interventions « classiques » qui leur sont habituellement proposées* ».

Un témoignage cité dans l'évaluation souligne l'aspect non scolaire de l'abord par le théâtre : « *Il est plus intéressant, pour les jeunes, de participer à un théâtre interactif où on leur donne le moyen de s'exprimer oralement par le jeu et la mise en scène (aspect ludique et participatif), plutôt que de les mettre dans une salle de cours à écouter assis l'intervenant (aspect informatif et passif)* ».

L'évaluation poursuit : « *La mobilisation des affects, le jeu des acteurs, l'humour et l'interactivité sont les points forts de l'attractivité de l'outil qui favorise l'authenticité du discours et l'expression personnelle et collective* ».

Yves Géry

Le dernier dossier de la revue traitant de la question des consommations à risque des jeunes date de novembre-décembre 2006. On retrouvera ce dossier sur le site de l'Inpes : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/sommaires/386.asp>

La bibliographie présentée dans cette rubrique indique les sources de données actuelles sur les comportements de consommation, puis propose des références de documents traitant des aspects psychosociologiques des prises de substances psychoactives et de la prise de risque chez les jeunes. Des documents spécifiquement destinés aux parents ou traitant du rôle de l'entourage dans la prévention sont ensuite proposés. Puis sont recensées les recommandations, analyses de programmes de prévention ou de pratiques professionnelles, données probantes. Enfin, quelques dossiers ou numéros spéciaux de revues complètent cette bibliographie.

**Olivier Delmer,**  
documentaliste à l'Inpes.

### DONNÉES SUR LES JEUNES ET LEURS CONSOMMATIONS

• **Décret n° 2014-394 du 31 mars 2014 portant création du Commissariat général à l'égalité des territoires.** *JORF* n°0078, 2 avril 2014, texte n° 6. *En ligne* : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028814381&categorieLien=id>

• **Amsellem-Mainguy Y., Timoteo J.** *Atlas des jeunes en France. Les 15-30 ans, une génération en marche.* Paris : Autrement, coll. Atlas/Monde, 2012 : 96 p.

• **Beck F., Brugiroux M.-F., Cerf N.** *Les conduites addictives des adolescents polynésiens. Enquête Ecaap 2009.* Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé, 2011 : 195 p. *En ligne* : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1341>

• **Beck F., Godeau E., Legleye S., Spilka S.** *Les usages de drogues des plus jeunes adolescents. 1. données épidémiologiques.* *Médecine/sciences*, 2007, vol. 23, n° 12 : p. 1162-1168.

• **Beck F., Guignard R., Léon C., Richard J.-B.** *Atlas des usages de substances psychoactives 2010. Analyses régionales du Baromètre santé de l'Inpes.* Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé - Territoires, 2013 : 104 p. *En ligne* : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1479>

• **Beck F., Legleye S., Spilka S.** *Les consommations de drogues des jeunes Franciliens. Exploitation régionale et infrarégionale de l'enquête Escapad 2002-2003.* Saint-Denis : OFDT, 2005 : 88 p. *En ligne* : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap05/epfxfbk4.html>

• **Beck F., Richard J.-B.** *Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010.* Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2013 : 344 p. *En ligne* : <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-sante-jeunes/index.asp>

### L'OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES

Qui consomme ? Quels produits ? Que sait-on des usages problématiques ? Quelles sont les opinions sur les drogues ? Quelles réponses sont apportées au phénomène ? Comment évoluent les marchés ? En répondant, depuis 1993, à toutes ces questions, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) éclaire les pouvoirs publics, les professionnels et le grand public sur les drogues et les addictions. Ce groupement d'intérêt public rassemble des spécialistes issus de différentes disciplines (démographie, épidémiologie, économie, médecine, sociologie, statistique, etc.). Via son dispositif permanent d'observation et d'enquêtes

et les informations provenant de sources différentes et scientifiquement validées sur les substances licites comme illicites, il permet la description du phénomène et de ses évolutions. Il est par ailleurs en mesure d'apporter un concours méthodologique en matière d'évaluation des dispositifs mis en œuvre.

L'OFDT est le relais français de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), agence de l'Union européenne basée à Lisbonne, qui a pour mission de fournir des informations objectives fiables et comparables au niveau européen sur les drogues illicites. Les travaux et enquêtes de l'OFDT, de même que plusieurs bases de données (base législative, cartographie régionale, etc.) sont valorisés par des publications et des analyses notamment accessibles depuis son site Internet : [www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr)

• **Embersin C., Chardon B.** *Jeunes en Île-de-France : activités physiques, surpoids et conduites à risque. Exploitation régionale du Baromètre santé 2005.* Paris : ORS Île-de-France (Orsif), 2007 : 224 p. En ligne : <http://www.ors-idf.org/dmdocuments/RapportBarometre2005.pdf>

• **Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A., et al.** *The 2011 ESPAD report. Substance use among students in 36 European countries.* Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 2012 : 390 p. En ligne : <http://www.espad.org/en/Reports--Documents/ESPAD-Reports/>

• **Labadie F., dir.** *Inégalités entre jeunes sur fond de crise. Rapport de l'Observatoire de la jeunesse 2012.* Paris : La Documentation française, 2012 : 240 p.

• **Legleye S., Beck F., Spilka S., Le Nezet O.** *Drogues à l'adolescence en 2005 : niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France. Résultats de la cinquième enquête nationale Escapad.* Saint-Denis : OFDT, 2007 : 77 p. En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxsln5.pdf>

• **Muscat R., Bjarnason T., Beck F., Peretti-Watel P., Groupe Pompidou.** *Les facteurs de risque dans l'usage de drogues par les adolescents : résultats des enquêtes scolaires et utilisation par les politiques.* Strasbourg : Conseil de l'Europe, 2007 : 147 p.

• **Spilka S., Le Nézet O., Tovar M.-L.** *Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête Escapad 2011.* *Tendances*, 2012, n° 79 : p. 1-4. En ligne : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend79.html>

## CONSOMMATION À RISQUE : ASPECTS PSYCHOSOCIOLOGIQUES

• **Aubertin M.-X., Morel T.** *Chronique ordinaire d'une alcoolisation festive. Les 16-21 ans : No-Nos limit(es) !* Paris : Haut-Commissaire à la jeunesse, DJEPVA, École des Parents et des Éducateurs Île-de-France, 2010 : 85 p. En ligne : [http://www.injep.fr/IMG/pdf/alcoolisation\\_festive\\_djepva.pdf](http://www.injep.fr/IMG/pdf/alcoolisation_festive_djepva.pdf)

• **Bailly D.** *Alcool, drogues chez les jeunes : agissons.* Paris : Odile Jacob, 2009 : 288 p.

• **Baudry P., Neira R., Couteron J.-P., Hachet P., Joubert M.** *Mieux comprendre les conduites à risques.* Saint-Denis : Professions banlieue, 2002 : 174 p.

• **Beck F., Legleye S.** *Sociologie et épidémiologie des consommations de substances psychoactives de l'adolescent.* *L'encéphale*, 2009, vol. 35, suppl. 6 : p. S190-S201.

• **Beck F., Maillochon F., Obradovic I.** *Adolescences ?* Paris : Belin, 2014 : 96 p.

• **Beck F., Obradovic I., Jauffret-Roustide M., Legleye S.** *Regards sur les addictions des jeunes en France.* *Sociologie*, 2010, vol. 1, n° 4 : p. 517-535.

• **Cadet-Taïrou A., Dambele S.** *Nouveaux modes de socialisation des jeunes publics adultes en espaces ouverts autour de consommations d'alcool. Observations dans différents lieux de rassemblement parisiens. Une extension du dispositif TREND à Paris.* Saint-Denis : OFDT, 2014 : 80 p. En ligne : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap14/epfxacu3.html>

• **Chobeaux F., Aubertin M.-X.** *Jeunes en errance et addictions. Recherche pour la Direction générale de la santé.* Paris : Ceméa, 2013 : 110 p. En ligne : [http://www.cemea.asso.fr/IMG/pdf/jeune\\_errance\\_2013-2.pdf](http://www.cemea.asso.fr/IMG/pdf/jeune_errance_2013-2.pdf)

• **Descamps L., Hayez C. coord.** *Génération cannabis. Paroles de jeunes, paroles d'experts.* Paris : L'Harmattan, coll. Educateurs et préventions, 2005 : 300 p.

• **Gardien F.** *L'alcoolisme adolescent. En finir avec le déni.* Paris : L'Harmattan, 2007 : 352 p.

• **Hachet P.** *Histoires de fumeurs de joints. Un psy à l'écoute des jeunes.* Paris : In Press, 2005 : 163 p.

• **Huerre P., Marty F. dir.** *Alcool et adolescence. Jeunes en quête d'ivresse.* Paris : Albin Michel, 2007 : 416 p.

• **Jeffrey D., Le Breton D., Lévy J.-J.** *Jeunesse à risque : rite et passage.* Québec : Presses de l'Université Laval, 2005 : 176 p.

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

• **Le Breton D., dir.** *L'adolescence à risque.* Paris : Hachette Littératures & Autrement, 2003 : 248 p.

• **Michel G.** *La prise de risque à l'adolescence. Pratiques sportives et usage de substances psychoactives.* Paris : Masson, coll. Les âges de la vie, 2001 : 217 p.



• Moreau C., Sauvage A. *La fête et les jeunes. Espaces publics incertains*. Rennes : Apogée, 2007 : 223 p.

• Rufo M., Choquet M. *Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité*. Paris : Anne Carrière, 2007 : 514 p.

## RÔLE DE L'ENTOURAGE

• Assailly J.-P. *Jeunes en danger : les familles face aux conduites à risques*. Paris : Imago, 2007 : 245 p.

• Gaudet E. *Drogues et adolescence. Réponses aux questions des parents*. Montréal : éditions de l'Hôpital Sainte-Justine, 2009 (2<sup>e</sup> éd.) : 121 p.

• Matysiak J.-C. *L'effet cacahuète. Questions-réponses sur les drogues et les autres dépendances à l'usage des adolescents et des parents*. Paris : Pascal, 2005 : 126 p.

• Collectif REACTIM. *Parents : repères éducatifs. Guide de prévention des addictions : tabac, alcool, drogues*. Paris : Mildt, 2009 : 32 p. En ligne : <http://www.drogues.gouv.fr/etre-aide/agir-ou-reagir/documents-utiles/selection-doutils-a-destination-des-parents/index.html>

## PRÉVENTION : PROGRAMMES, RECOMMANDATIONS, PRATIQUES PROFESSIONNELLES, DONNÉES PROBANTES

• AIRDDS, Benec'h G. *Les jeunes et l'alcool. Prévenir les conduites à risques, agir sur les comportements individuels, articuler les interventions*. Paris : Dunod, coll. Aide-mémoire, 2011 : 168 p.

• Arwidson P., Lamboy B. coord. *Interventions de prévention auprès des jeunes : état des connaissances scientifiques*. *Santé publique*, 2013, vol. 25, n° 1 Suppl. : 76 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.

• Beck F., Legleye S., Obradovic I., Cohen B., Mutatayi C., Karila L. *Les plus jeunes adolescents face aux drogues. Repérage des usages problématiques et éléments de réponse institutionnelle en France*. *Médecine/sciences*, 2008, vol. 24, n° 8 : p. 758-767.

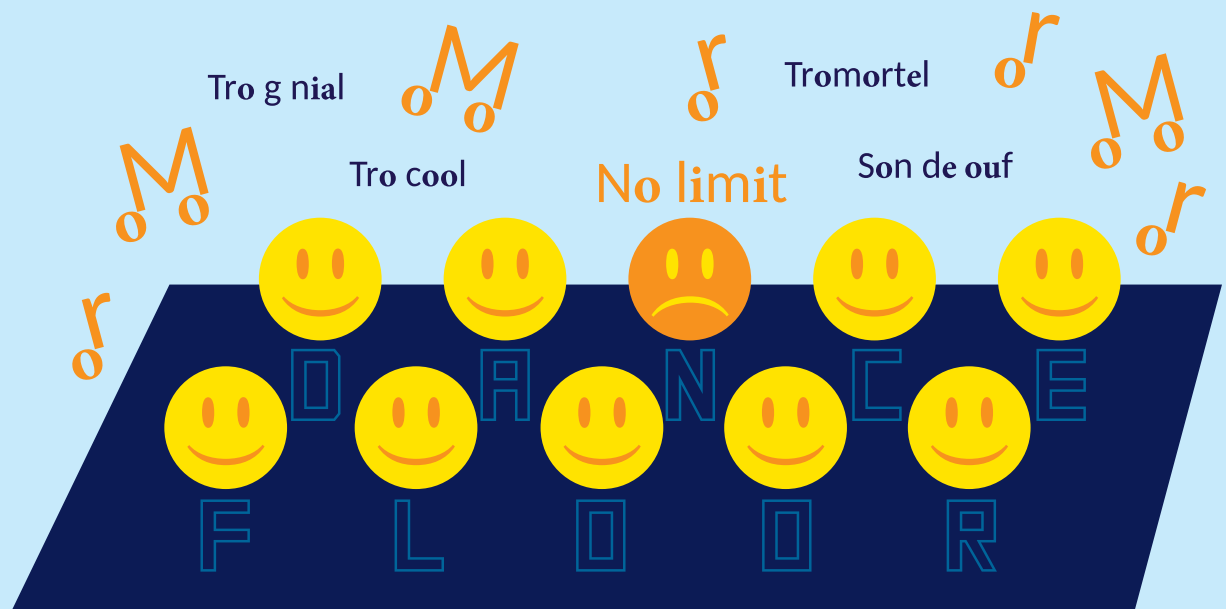
• Beck F., Dervaux A., du Roscoët E., Gallopel-Morvan K., Grall-Bronnec M., Kern L., et al. *Conduites addictives chez les adolescents : usages, prévention et accompagnement*. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2014 : 482 p.

• Camous R. *Ados et prises de risques : quelles actions de communication pour les sensibiliser aux dangers du tabac, de l'alcool, de la route, etc. ?* Cormelles-le-Royal : EMS-Management & Société, 2011 : 204 p.

• Courtois R. *Les conduites à risque à l'adolescence : repérer, prévenir et prendre en charge*. Paris : Dunod, coll. Psychothérapies, 2011 : 352 p.

• Dessez P., de la Vaissière H. dir. *Adolescents et conduites à risque : prévention et écoute*. Rueil-Malmaison : ASH, 2007 : 268 p.

• Direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative, *Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Alcool, tabac,*



**cannabis... Quelle prévention pour les jeunes en espace de loisirs ?** Marly-le-Roi : Injep, 2009 : 111 p. En ligne : [http://www.jeunesse-vie-associative.gouv.fr/IMG/pdf/Alcolol\\_tabac\\_cannabis.pdf](http://www.jeunesse-vie-associative.gouv.fr/IMG/pdf/Alcolol_tabac_cannabis.pdf)

• **Fédération addiction. Les pratiques professionnelles dans les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC). De l'analyse des pratiques d'un réseau à l'élaboration de recommandations partagées.** Paris : Fédération addiction, 2012 : 75 p. En ligne : <http://www.federationaddiction.fr/cjc-le-guide-est-en-ligne/?aid=4209&sa=0>

• **Fédération addiction. Addictions, familles et entourage : prévenir/éduquer/accompagner.** Paris : Fédération addiction, 2012 : 72 p. En ligne : <http://www.federationaddiction.fr/addictions-familles-et-entourage-parution-du-guide/?aid=6306&sa=0>

• **Hadj-Slimane F., Lécailier D., Michaud P. ROC-ADO : Repérer, Orienter, Conseiller les ADOlescents consommateurs de substances psychoactives en médecine scolaire. Rapport d'étude menée par l'Ippsa.** Clichy-la-Garenne : Ippsa, 2009 : 97 p. En ligne : <http://www.ippsa.fr/recherches/publications/rapports-detudes/>

• **Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Santé des enfants et des adolescents : propositions pour la préserver. Expertise opérationnelle.** Paris : Inserm, 2<sup>e</sup> édition, 2009 : 211 p. En ligne : [http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/89/expcol\\_2009\\_santeenf2.pdf?sequence=1](http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/89/expcol_2009_santeenf2.pdf?sequence=1)

• **Jeammet P., dir. Adolescence. Repères pour les parents et les professionnels.** Paris : La Découverte, coll. Hors collection Social, 2012 : 240 p.

• **Laventure M., Boisvert K., Besnard T. Programmes de prévention universelle et ciblée de la toxicomanie à l'adolescence : recension des facteurs prédictifs de l'efficacité.** *Drogues, santé et société*, 2010, vol. 9, n° 1 : p. 121-164. En ligne : [http://drogues.whc.ca/wp-content/uploads/2012/10/vol9\\_no1\\_3.pdf](http://drogues.whc.ca/wp-content/uploads/2012/10/vol9_no1_3.pdf)

• **Ministère de l'Éducation nationale, Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Prévention des conduites addictives : Guide d'intervention en milieu scolaire.** Poitiers : Scérén-CNDP, coll. Repères Vie scolaire, 2010 : 109 p. En ligne : [http://www.adresslr.cndp.fr/fileadmin/user\\_upload/Revues\\_et\\_documentation/Documentation/Prevention\\_des\\_conduites\\_addictives\\_-\\_guide\\_d\\_intervention\\_en\\_milieu\\_scolaire\\_-\\_DGESCO\\_2011\\_.pdf](http://www.adresslr.cndp.fr/fileadmin/user_upload/Revues_et_documentation/Documentation/Prevention_des_conduites_addictives_-_guide_d_intervention_en_milieu_scolaire_-_DGESCO_2011_.pdf)

• **Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt). Drogues, alcool, tabac chez les 11-14 ans : en savoir plus pour mieux prévenir. Colloque Mildt, Paris, 3 et 4 avril 2012.** Paris : Mildt, 2012 : 58 p. En ligne : [http://www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user\\_upload/site-pro/04\\_actions\\_mesures/04-Recherche-Observation-Formation/Colloques/mildt\\_2012\\_04/Synthese\\_-\\_Colloque\\_MILDT\\_3\\_et\\_4\\_Avril\\_2012.pdf](http://www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user_upload/site-pro/04_actions_mesures/04-Recherche-Observation-Formation/Colloques/mildt_2012_04/Synthese_-_Colloque_MILDT_3_et_4_Avril_2012.pdf)

• **Obradovic I. Guide pratique des principaux outils de repérage de l'usage problématique de cannabis chez les adolescents.** Saint-Denis : OFDT, 2013 : 118 p. En ligne : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/posters/methodo.html>

• **Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC). Guide pour l'élaboration et l'amélioration de programmes participatifs de prévention de l'abus des drogues chez les jeunes : Vade-mecum pour le développement et le perfectionnement.** Vienne : ONUDC, 2003 : 68 p. En ligne : [https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/F\\_handbook.pdf](https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/F_handbook.pdf)

• **Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC). Initiative de l'UNODC pour les jeunes : Guide de discussion.** Vienne : ONUDC, 2012 : 40 p. En ligne : [http://www.unodc.org/documents/prevention/Youth\\_Initiative\\_French\\_eBook\\_2012.pdf](http://www.unodc.org/documents/prevention/Youth_Initiative_French_eBook_2012.pdf)

• **Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC), Organisation mondiale de la santé (OMS). Suivi et évaluation des programmes de prévention de l'abus de drogues chez les jeunes.** Vienne : ONUDC, 2006 : 82 p. En ligne : [http://www.unodc.org/pdf/youthnet/action/planning/m&e\\_F.pdf](http://www.unodc.org/pdf/youthnet/action/planning/m&e_F.pdf)

• **Plantet J., Dreano G. préf. Risque et pratiques éducatives. Enjeux et réponses.** Paris : Dunod, 2001 : 144 p.

• **Poole A., Groupe Pompidou. Participation des jeunes aux programmes de prévention.** Strasbourg : Conseil de l'Europe, 2005 : 36 p. En ligne : <https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=1297513&Site=COE>

• **Venisse J.-L., Bailly D., Reynaud M. Conduites addictives, conduites à risques : quels liens, quelle prévention ?** Paris : Masson, 2002 : 274 p.

## DANS LES REVUES : DOSSIERS ET NUMÉROS SPÉCIAUX

• **Cytrynowicz J., L'Huillier A. coord. Prévenir les consommations à risque chez les jeunes [dossier].** *La Santé de l'homme*, 2006, n° 386 : p. 15-54. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/sommaires/386.asp>

• **Jeammet P., Beck F., Legleye S., Guilbert P., Peretti-Watel P., Phan O., et al. Les conduites de consommation à l'adolescence [dossier].** *Psychotropes*, 2005, vol. 11, n° 3-4 : 142 p.

• **Morel A., Poloméni P., Gayraud P. coord. Prévenir les addictions [dossier].** *Actualité et dossier en santé publique*, 2007, n° 60 : p. 17-84.

• **Peretti-Watel P. Les comportements à risque [dossier].** *Problèmes politiques et sociaux*, 2005, n° 919 : 119 p.

Les liens hypertextes ont été consultés le 20 août 2014.

## A-Z of health promotion

Glenn Laverack



*Determinants of health, Empowerment, Evaluation, Evidence-based practice, Health literacy, Lobbying, Social marketing, etc.* : ce glossaire propose soixante-douze notions emblématiques de la promotion de la santé.

Écrit en anglais, dans un style accessible, ce format court invite le lecteur, professionnel ou étudiant, à explorer les principes directeurs, les modèles théoriques et les différentes approches du champ. Chaque définition renvoie vers une sélection de textes de référence et vers d'autres articles, facilitant ainsi la mise en relation des concepts.

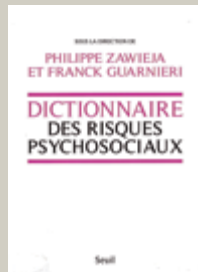
L'auteur, Glenn Laverack, est consultant en santé publique, spécialiste de l'*empowerment*. Il a notamment été chargé de recherches à la *Flinders University* (Australie) et coordinateur *Tropical Disease Research* (TDR) à l'Organisation mondiale de la santé.

**Céline Deroche**

New York : Palgrave Macmillan, 2014, 212 p., 18,50 €.

## Dictionnaire des risques psychosociaux

Sous la direction de Philippe Zawieja et Franck Guarnieri



Rédigé par deux cent cinquante et un contributeurs, le *Dictionnaire des risques psychosociaux* propose 314 entrées sur le champ de la souffrance au travail : psychologie et sociologie du travail et des organisations, médecine et droit du travail, instances représentatives du personnel, outils de l'audit des risques psychosociaux, etc. Y sont détaillés les principaux concepts, notions, méthodes,

théories et outils ayant cours dans l'étude des risques psychosociaux, mais aussi certaines professions emblématiques (infirmières, travailleurs sociaux, agriculteurs, vétérinaires, etc.). Chaque entrée du dictionnaire est accompagnée de sa traduction anglaise, de sa définition et d'une sélection bibliographique complémentaire.

Cet ouvrage s'adresse aux différentes parties prenantes de la santé au travail : représentants des salariés (CHSCT, délégués du personnel, organisations syndicales), professionnels des ressources humaines, chefs d'entreprise, inspecteurs du travail, services de santé au travail, juristes, conseillers prud'homaux, ergonomes, intervenants en prévention des risques professionnels, mais aussi aux professionnels de la santé psychique amenés à prendre en charge les personnes en souffrance.

La rédaction de ce dictionnaire a été conduite sous la direction de Philippe Zawieja, chercheur associé, et de Franck Guarnieri, directeur, du Centre de recherche sur les risques et les crises (Mines ParisTech).

**Laetitia Haroutunian**

Paris : Seuil, 2014, 882 p., 49 €.



## Prévention et promotion de la santé mentale : une alliance transfrontalière innovante

Sous la direction de Laurence Fond-Harmant

Les auteurs de cet ouvrage collectif dirigé par Laurence Fond-Harmant\* présentent des expériences pilotes menées en France, Belgique, Allemagne et au Grand-Duché du Luxembourg. Pendant trois ans, dans le cadre d'un Programme de prévention et de promotion de la santé mentale (PPSM), ils ont conçu et fédéré des travaux de recherche et des interventions dans une démarche participative et communautaire. Ce programme consiste à réaliser des études, des recherches interventionnelles dans le domaine de la prévention et de la promotion la santé mentale.

La première partie de l'ouvrage est dédiée aux réalisations scientifiques du programme ; la deuxième partie présente les actions de promotion de la santé mentale. Un chapitre discute de la notion d'*empowerment* individuel et collectif. Le recueil s'achève par les résultats de l'évaluation du projet des actions-pilotes, qui prend la forme d'une recherche-action. Ces analyses illustrent les enjeux actuels de la promotion de la santé mentale dans un contexte international. Elles posent notamment la question de la participation des usagers des services dans l'organisation des soins et de la prévention, de la lutte contre la stigmatisation, de l'articulation et de l'évaluation des pratiques et des connaissances issues de différents pays.

**Sandra Kerzanet**

Paris : L'Harmattan, 2014, 236 p., 29 €.

\* Laurence Fond-Harmant est membre du comité de rédaction de La Santé en action.



## Développement du pouvoir d'agir : une nouvelle approche de l'intervention sociale

Sous la direction de Claire Jouffray

Cet ouvrage, destiné à tous les acteurs de l'intervention sociale (travailleurs sociaux, étudiants, dirigeants de structure sociale),

présente l'approche d'intervention centrée sur le « développement du pouvoir d'agir » (DPA).

L'introduction de l'ouvrage présente une réflexion sur les évolutions du métier de travailleur social, et notamment sur les difficultés liées à la crise économique : hausse de la précarité pour certaines populations et, dans le même temps, baisse de moyens alloués au travail social de façon générale. Ces difficultés entraînent potentiellement un besoin de repenser la « posture » du travailleur social, souvent confronté à une situation d'épuisement professionnel. Trois parties composent l'ouvrage : la première introduit l'approche « DPA », la notion de « posture » de l'expert en travail social. La deuxième, réalisée par des acteurs du social engagés dans une pratique concrète de DPA, présente les différentes significations que peut représenter ce type d'approche (interrogations, réflexions sur les pratiques). Enfin, la troisième partie présente huit exemples d'interventions utilisant l'approche DPA, et en soulignent l'intérêt pour les personnes accompagnées et plus largement pour les structures.

**L. H.**

Rennes : EHESP, 2014, 230 p., 23 €.

# Promotion de la santé en milieu pénitentiaire

## Référentiel d'intervention

Ce référentiel que vient de publier l'Inpes s'adresse à tous les professionnels et autres intervenants qui souhaitent développer en univers carcéral leurs actions dans une approche globale de promotion de santé.

Fruit d'une collaboration avec l'ensemble des acteurs institutionnels et associatifs, il a été rédigé par un groupe de travail pluriprofessionnel. Partant du constat que les acteurs de terrain ont engagé depuis longtemps des actions de prévention et d'éducation à la santé dans les établissements pénitentiaires, ce référentiel est un outil pratique qui poursuit quatre objectifs :

- informer sur le cadre juridique et institutionnel de la prise en charge des personnes détenues ;
- porter la réflexion sur les concepts de promotion de la santé et leur déclinaison dans des lieux de privation de liberté ;
- outiller les intervenants par une méthodologie pour la mise en œuvre d'actions ou de programmes de promotion de la santé ;
- alimenter les actions de terrain à partir de cas concrets répertoriés.

Il est disponible, sur commande, en format papier, et intégralement accessible en version numérique : [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)



Chemlal K., Echard-Bezault P., Deutsch P. *Promotion de la santé en milieu pénitentiaire. Référentiel d'intervention*. Saint-Denis : Inpes, coll. La Santé en action, 2014 : 228 p.

## équilibres

[www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)  
**inpes**

**Tous les mois, recevez Équilibres, la newsletter de l'Inpes.**

- ➔ Chaque numéro offre un tour d'horizon de l'actualité de l'Institut : derniers supports édités et études réalisées, nouvelles campagnes de communication et actions de prévention...
- ➔ Un panorama riche en informations et en initiatives.
- ➔ *Équilibres* s'adresse aux professionnels mais aussi à tous ceux qui s'intéressent à la prévention, à la promotion et à l'éducation pour la santé : institutions, collectivités, associations, porteurs de projet...

**Nous contacter : [equilibres@inpes.sante.fr](mailto:equilibres@inpes.sante.fr)**

## Les Ireps vous accompagnent

**Vous souhaitez développer un projet de promotion de la santé ? Les Ireps, Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé, mettent à votre disposition leur expertise et savoir-faire.**

- ➔ Conseil méthodologique
- ➔ Évaluation
- ➔ Formation
- ➔ Documentation et outils
- ➔ Contribution aux politiques de santé publique

**Retrouvez leurs coordonnées sur le site de leur fédération : [www.fnes.fr](http://www.fnes.fr)**



# MILLE FAÇONS D'ARRÊTER, UN SEUL NUMÉRO.



Au **39 89\***, les tabacologues de Tabac info service vous donnent des conseils concrets pour arrêter de fumer et vous proposent un suivi personnalisé dans la durée.

\* Un numéro unique, ouvert du lundi au samedi de 9h à 20h, 39 89.



**tabac-info-service.fr**  
**39 89** 0.15€/min.  
depuis un poste fixe, hors surcoût éventuel de l'opérateur.