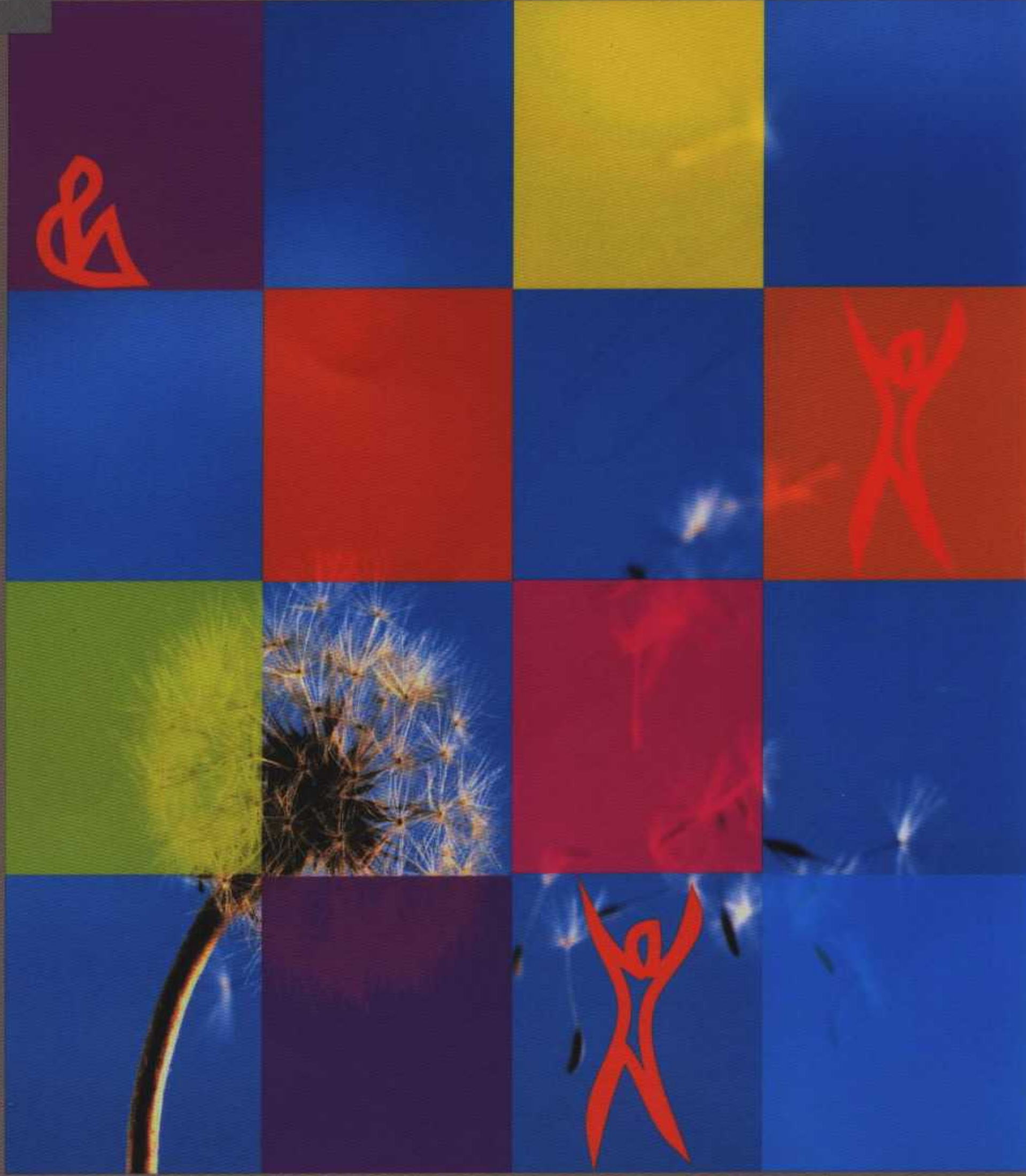


l'observatoire

Revue d'action sociale & médico-sociale, a.s.b.l.
Trimestriel • n° 51-52/2006 • parution février 2007 •



P.P. 4970 STAVELOT 9/30

Autorisation de fermeture
STAVELOT 9/56

Bureau de dépôt : 4970 STAVELOT

P302035

Prévention des assuétudes

SOMMAIRE

DOSSIER

La politique des drogues en Belgique. Pour situer la prévention (C. Leclercq)	25
La politique de la drogue de la Confédération suisse: le modèle des quatre piliers (C. L)	33
La prévention des assuétudes au Québec. Unis dans l'action (M.-Cl. Paquette, R. Faulkner)	37
Réponse au phénomène des drogues en Europe: vue d'ensemble en matière de prévention	41
Aperçu de la prévention des assuétudes en Communauté française de Belgique (B. Charles)	44
Témoignage (A. Memmi)	46
Quelles préventions? Le choix d'un chemin aux creux des champs (Prospective Jeunesse)	47
Réflexion pour une prévention professionnelle (A. Therrien)	53
Repères pour une anthropologie de la prévention (B. Cohen)	56
La prévention ne rime plus avec exclusion... (N. du Bled, F. Gigandet)	62
Prévention des conduites addictives. Education, lois & interdits (A. Morel)	65
Du bon usage des études scientifiques dans la prévention des assuétudes (D. Biétheres, S. Gilis)	76
Faut-il une seule stratégie de prévention pour toutes les addictions? (M. Graf)	79
De la prévention spécifique des addictions à la promotion de la santé (R. Zaslowsky)	83
La prévention primordiale, un concept à actualiser (N. Stenuit)	85
La gestion expérientielle (A. Therrien)	88
Drogues, mythes & dépendance. Comment en parler avec nos enfants? (L. Beauchesne)	93
De la recherche d'outils à l'élaboration d'un projet institutionnel (N. Stenuit)	95
"Diabolo-Manques", un outil pour une exploration à la découverte de soi (S. Etienne)	98
Quel temps fait-il à l'école? Le climat scolaire, facteur de protection (G. Pauwels, I. Dumont)	101
Cannabis et école. Rôle de l'enseignant & collaboration avec le réseau santé-social (J.-Ch. Rielle, P. Bouvier)	106
Le cannabis dans la vie de l'adolescent normal, un invité encombrant? (A. Malchair)	109
L'écoute, outil de prévention (A. Boucher)	114
L'aide en milieu ouvert, charnière entre prévention et promotion de la santé (V. Detaille)	117
«Rien ne va plus», la prévention du jeu excessif: un nouveau défi de société (Y. Liebkind)	119
Le défi brestois: trois jours sans alcool. (L. Durouchoux, P. Bodénez)	121
Les professionnels de la petite enfance, «acteurs cachés» de la prévention (J.-F. Valette, D. Fontaine)	126
Diabolo-Manques: le fruit d'un partenariat Province de Liège & Associations de terrain (D. Biétheres)	131
La prévention dans les passerelles avec les soins (M. Bounab)	133
La prévention en milieu rural: articulation entre secteur public et associatif (A. Wouters)	135
L'évaluation des projets de prévention des assuétudes (Article collectif)	139
Evidence based: une base solide pour tendre vers l'excellence dans la pratique de prévention ((M. Geirnaert)	146
Témoignage (C. Lamarche)	151
En guise de conclusion (propos recueillis par C. Leclercq)	152

Edito *rial*

Les données épidémiologiques laissent voir une augmentation de la consommation de produits licites et illicites chez les jeunes mais également au sein d'une population adulte plus hétéroclite et moins marginalisée que ce que nous porterait à croire nos habituelles représentations. Ainsi, les assuétudes gagnent du terrain malgré les interdits, les mises en garde, les messages préventifs que ceux-ci jouent sur le registre de la dissuasion et de la peur, ou sur celui de la promotion de la santé et du bien-être. Ainsi, les assuétudes interpellent, questionnent, et la manière de les appréhender, approcher, considérer est aujourd'hui au coeur de débats qui dépassent le champ de la santé ou de la sécurité publique car ils concernent notre vision du monde, nos manières de vivre chacun et de construire ensemble la société.

Ce dossier se propose d'interroger les pratiques de prévention développées en Belgique, en France, en Suisse, au Québec et présentées lors du premier Congrès international de la Francophonie en Prévention des assuétudes. Organisé à Liège, en mai dernier, par la Province de Liège et la Communauté française Wallonie-Bruxelles, ce congrès a permis un brassage d'idées qui touchent tant aux concepts qui sous-tendent la prévention qu'aux stratégies, programmes, actions, outils qui en sont la mise en oeuvre. Des quelques 120 contributions qui ont émaillé les trois journées qu'a duré ce congrès, une trentaine ont été retenues pour constituer ce dossier qui compte 136 pages, soit le double de ce qu'il en compte d'ordinaire.

Côté concepts, on remarquera le pluriel traduisant d'une part l'évolution des mentalités et des approches et donc, somme toute, une constante remise en question, et d'autre part, leur juxtaposition persistante. Ainsi plutôt que de parler d'assuétudes ou d'addictions, on parle de dépendances que l'on invite à considérer autrement, avec un éclairage différent, moins froid, moins cru, plus humain avec des 'moins' mais aussi avec des 'plus' car la dépendance renvoie à une condition essentielle de l'humanité: la nécessité, le besoin de se relier aux autres. Cependant, suivant l'endroit d'où on pense, d'où on parle, d'où on agit, suivant les objectifs visés, avoués ou tacites, l'éclairage prend des nuances très différentes, tantôt santé, tantôt sécurité, tantôt éducation, tantôt répression. Que vise-t-on en fin de compte? La prévention, la réduction des risques, la bonne santé, la responsabilisation, la sanction... La juxtaposition semble de mise partout en Francophonie et, invariablement, elle crée, çà et là, des conflits, des malentendus, des blocages...

Côté stratégies, les questions ne manquent pas non plus. Faut-il une seule stratégie pour toutes les addictions, y compris celles sans substances, comme par exemple, le jeu? Ou encore faut-il une seule stratégie pour tous les publics? Ici non plus, les réponses ne sont pas una-



nimes mais il est clair que tant pour les approches globales que pour les approches ciblées, des études doivent être menées pour éviter qu'elles ne produisent des effets inverses ou des effets pervers tels que repérage, stigmatisation, dérapage...

Côté outils, il en est une panoplie mais nous avons surtout retenu qu'ils doivent être pensés dans le prolongement des questions qui sont à se poser en amont: quels sont nos référentiels, quels nos objectifs, quels nos moyens... Parmi ceux-ci, nous voudrions relever celui qui consiste à créer des partenariats car il génère des moyens supplémentaires et des économies d'échelle mais aussi parce qu'il oblige à mettre à plat les représentations de chacun, à dissiper les malentendus, à créer de la cohérence transversale et/ ou verticale... Nous voudrions enfin évoquer le fait qu'il est peut-être aussi des outils à inventer ou à améliorer, à savoir des outils de mesure, d'évaluation, d'accompagnement qui permettraient à chaque projet de grandir, d'évoluer, éventuellement de passer la main... Evaluer la prévention n'est jamais chose aisée puisqu'il s'agit de prendre la mesure de ce qui n'a pas été. Il semble cependant que la question soit plus compliquée encore en matière d'assuétudes, sans doute se heurte-t-elle à des conflits, des divergences conceptuelles mais aussi à la réalité très concrète dans laquelle se meut la prévention, celle d'un manque de moyens et de reconnaissance.

Colette Leclercq

Cannabis et école

Rôle de l'enseignant & Collaboration avec le réseau santé-social

Les consommations de cannabis ou d'alcool par les adolescent(e)s augmentent, et leurs effets négatifs sur la santé, sur la scolarité et les apprentissages nous sont mieux connus¹. Ce problème n'est pas du seul ressort des professionnels de la santé mais concerne directement les enseignant(e)s. L'école doit pouvoir gérer de façon cohérente les problèmes de consommation de produits psychotropes dans le cadre scolaire.

Pas une «école sans drogue...»

En 1998, à Genève, des écoles privées ont voulu introduire un dépistage urinaire non volontaire de drogues. Il existe en effet des tests simples d'usage, détectant la présence de différentes substances. Nous avons analysé cette approche sous l'angle technique, médical, de santé publique, pédagogique, juridique et éthique, et conclut que, sur tous ces plans, cette approche est néfaste, inutile et inacceptable². Ce dépistage est imprécis, il a des effets négatifs sur le climat scolaire, compromet la relation pédagogique, ne prévient pas les consommations et conduit à la stigmatisation, à des exclusions injustes et à d'autres dérives éthiques. Sur cette base, le SSJ a interdit la pratique de ces tests à Genève.

... mais des réponses cohérentes et par étapes

Cette position claire a permis de développer des collaborations avec les écoles sur des bases saines. L'approche proposée est celle de la santé au travail développée en entreprise³. Elle s'appuie sur l'aptitude au travail en classe et sur le comportement de l'élève. L'adulte qui constate un état d'inaptitude ou un comportement transgressif doit donner suite et adresse l'élève à la direction de l'école. Dans tous les cas, une réponse est donnée, selon une approche progressive et par objectifs.

La réponse porte sur le rappel des règles, l'application des sanctions prévues et sur une proposition de soutien et de prise en charge médicale et sociale. Cette démarche met ainsi en collaboration les différents acteurs de façon bien articulée: l'enseignant(e), la direction, les professionnels médicaux et sociaux dans l'école et les institutions de soin. Chacun joue son rôle, dans un cadre clair et une démarche cohérente sur le plan de la santé, de la scolarité et des règles institutionnelles. La diffusion en 2004 de la brochure «École et cannabis»⁴ a permis de développer cette approche dans les écoles secondaires.

Conduites à risque, anorexie, suicide: pas de retour au dépistage!

Certaines écoles ont rapidement mis en œuvre un protocole interne en cas de problème de cannabis; d'autres au contraire hésitent encore. C'est que cela ne va pas de soi. Un tel protocole suppose une implication concrète des enseignant(e)s pour le bien-être des élèves. Or, derrière une inaptitude au travail ou une somnolence en classe peut se dévoiler une problématique complexe: situation psychologique lourde, état dépressif, violence, abus, anorexie ou autres troubles du comportement. Ainsi une démarche de l'école pour répondre aux consommations de cannabis, pose la question globale du bien-être et de la santé de l'élève.

Poursuivant dans cette voie, l'Office fédéral suisse de la santé publique (OFSP) a lancé en 2006 un programme national pour accompagner les écoles dans la mise en œuvre d'une démarche «Ecole et cannabis»⁵. Ce programme intitulé «Détection et intervention précoce» évolue vers une approche plus large. Il veut donner aux enseignant(e)s des compétences pour reconnaître divers troubles du comportement et des conduites à risque chez les adolescent(e)s. L'intention est plus que louable, mais attention aux dérives éthiques dans ce domaine! Il est indispensable de préciser les bases de travail,

Ainsi une démarche de l'école pour répondre aux consommations de cannabis, pose la question globale du bien-être et de la santé de l'élève.

1. MICHAUD P.A., CHOSSIS I., «Usage de cannabis et adolescents: ce que l'on sait et ce que l'on ne sait pas encore...», *Dépendances* 2005, n° 27, pp.2-6.

2. BOUVIER P. «Dépistages non volontaires de drogues à l'école: sont-ils utiles, sont-ils acceptables? A propos de l'introduction de dépistages dans des écoles privées de Suisse romande», *Médecine et Hygiène*, 1998, n° 56, pp. 2282-2290.

3. KÜNZI G, RIELLE J.C. «Manager la santé dans l'entreprise - petit guide à l'usage des chefs d'entreprise, des cadres, des responsables des ressources humaines, des professionnels de la santé et du domaine psychosocial, et de tout collaborateur soucieux de "ménager" sa santé», Genève, Collection duo, Ed. Carrefour Prévention, 2000, 213 p.

4. *Ecole et cannabis*. OFSP / ISPA, Lausanne, 2004, 35 p. <http://www.sfa-ispa.ch/>

5. Office fédéral de la santé publique. «Détection et intervention précoces dans le champ scolaire et de la formation», Berne, 2005.

Nous vous proposons ci-dessous un schéma de cadre d'intervention quant à l'incapacité temporaire de suivre un cours par un(e) jeune, avec les différentes étapes à respecter par les différent(e)s professionnel(le)s (membre de la direction de l'établissement, enseignant(e), infirmier(ère), travailleur(euse) social(e), etc.) :

AVIS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE À SUIVRE UN COURS	
Il n'est pas demandé aux enseignant-es d'établir la cause de l'incapacité à suivre le cours. Pour le bien des élèves, il faut que l'ensemble du corps enseignant s'engage dans ce sens.	
ETAPE 1	Attitude incompatible avec le suivi d'un cours: rappel des règles à l'élève
<ul style="list-style-type: none"> • Mesures appropriées (sécurité...) • Signalement par écrit 	
ETAPE 2	Premier avis à maitre-esse de classe ou doyen-ne
<ul style="list-style-type: none"> • Prise de connaissance et mise au dossier • Si nouvelle incapacité de travail, convocation à un entretien et discussion 	
ETAPE 3	Plusieurs avis d'inaptitude
<ul style="list-style-type: none"> • Entretien (discussion, contrat, mesures...) • Compte-rendu au dossier et copie élève • Information aux parents • Selon degré gravité, l'employeur (si apprenti) est informé (sécurité...) 	
ETAPE 4	Après entretien, nouveaux avis d'inaptitude
<ul style="list-style-type: none"> • Dans certains cas, directement à étape 5 • Sinon, réunion avec élève et ses parents • Répétition du premier entretien et mise en garde • Décision conjointement d'une mesure d'accompagnement 	
ETAPE 5	Après réunion de l'Etape 4, nouveaux avis d'inaptitude
<ul style="list-style-type: none"> • Transmission du dossier au médecin et à l'infirmier-ère du Service de santé de la jeunesse pour convocation avec copie au travailleur-euse social-e • Collaboration avec le-la maître-esse de classe ou le-la doyenne • La direction de l'école est saisie 	
Mesures d'accompagnement éducatif et de soutien	
<ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement éducatif (réparation, travail d'intérêt général, réflexion, séminaire, travail personnel...) • Soutien personnel (réunion avec infirmier-ère et/ou travailleur-euse social-e...) • Signalement à la Direction (sanction et/ou info aux parents...) • Autres mesures... sanction disciplinaire selon Règlement, dénonciation à l'autorité compétente (trafic...) 	

la responsabilité sanitaire et le cadre éthique et institutionnel d'une telle démarche. Il n'est pas anodin en effet d'aborder avec des adolescent(e)s ce type de problématiques.

Certaines régions envisagent l'utilisation par les enseignant(e)s de grilles de dépistage de la dépression ou du suicide. Ceci est fort discutable, et potentiellement inquiétant. De même, d'autres souhaitent confier

aux enseignant(e)s un rôle actif pour la détection de divers problèmes et troubles des conduites, et pour adresser les adolescent(e)s concerné(e)s vers des structures de soin. De telles initiatives soulèvent des résistances chez des enseignant(e)s, qui voudraient pouvoir se consacrer à leur mission pédagogique et laisser aux spécialistes les questions de santé. Une grande prudence est donc de rigueur dans l'approche du dépistage et des conduites à risque.

Favoriser la résilience...

Pourtant, de nombreux enseignant(e)s constatent qu'ils jouent souvent un rôle essentiel auprès d'élèves en difficulté. De fait, les travaux sur la résilience indiquent que c'est souvent un(e) enseignant(e) qui joue un rôle positif pour un enfant ou un(e) adolescent(e) en difficulté! De nombreux témoignages soulignent le rôle déterminant d'un(e) enseignant(e) humain(e) et attentif(ve) à l'élève. On sait l'importance d'un regard positif posé sur le(la) jeune, d'une écoute, d'un accompagnement et d'un soutien donné à un moment difficile ou dans la durée.

... plutôt que de dépister les risques!

Ce rôle positif de tout(e) professionnel(le) dans l'école doit être valorisé. Il convient cependant de le distinguer d'un rôle centré sur la détection des problèmes et des facteurs de risque. L'application d'une grille de dépistage de troubles du comportement conduit à un changement de regard, centré sur les risques et les problèmes. La résilience, au contraire, nous invite à inverser la question de la prévention. Plutôt que de se focaliser sur la détection précoce de problèmes et le dépistage des facteurs de risque, elle se

6. LECOMTE J., *Guérir de son enfance*, Paris: Odile Jacob, 2004, 382 p.

focalise sur les aptitudes et les ressources, et s'appuie sur le soutien, l'encouragement et l'accompagnement que toute personne, dans l'école, peut proposer à un(e) jeune en difficultés. La détection et l'intervention précoces sont importantes. Elles doivent se faire par une attitude bienveillante envers le(la) jeune, une écoute attentive et une attention au comportement, et une orientation vers un(e) professionnel(le) sanitaire ou social(e) compétent(e).

Il faut renoncer à toute forme de dépistage actif de problèmes, que ce soit par des tests urinaires ou des grilles psychosociales. Il est essentiel par contre de renforcer le réseau médical et psychosocial dans l'école et les liens avec les services sanitaires et sociaux

Des professionnels relais dans l'école...

En premier lieu, renforcer les structures de santé scolaire et d'appui social. Les infirmier(ière)s scolaires, les médecins répondants des écoles et les conseiller(ère)s sociaux(ales) connaissent l'importance de leur rôle. Par leurs compétences spécifiques et leur cadre de travail confidentiel, au service de l'adolescent(e), ces professionnel(le)s ont un rôle de relais, et renforcent l'action des services spécialisés par des collaborations étroites.

Il est important de souligner la profonde mutation opérée par la santé scolaire, à Genève, dès les années 1998. Traditionnellement en effet, le dépistage médical était une activité centrale de la santé scolaire⁷. Dès 1998, le SSJ a abandonné les visites médicales systématiques, pour ne garder que les dépistages réguliers de la vue et de l'ouïe dont le rôle est confirmé. En effet, le dépistage médical systématique n'est pas nécessairement efficace⁸, et peut poser des problèmes éthiques⁹. Actuellement, le dépistage de

maladies ou de troubles du développement de l'enfant se fait de préférence par le pédiatre de référence de l'enfant, et dans son cabinet.

Ainsi, à Genève, la médecine scolaire a connu une mutation importante à la fin des années 90, en supprimant les bilans médicaux scolaires réguliers, et en les remplaçant par des visites de santé systématiques par les infirmier(ière)s scolaires. Le but de ces visites n'est pas de faire une détection active de problèmes mais bien d'établir un dialogue avec l'adolescent(e) sur sa santé et sa vie scolaire. Il ne s'agit pas de mesurer, tester et diagnostiquer mais de se mettre en disponibilité pour le(la) jeune et sa santé, répondre à ses demandes, lui offrir des conseils et l'orienter vers des services adaptés si nécessaire. Le cadre éthique est clair, respectant le secret médical et la confidentialité.

Les médecins scolaires interviennent en deuxième ligne, pour des situations particulières, notamment de médecins-conseils des Directions scolaires, en matière de santé des enfants, adolescent(e)s et jeunes

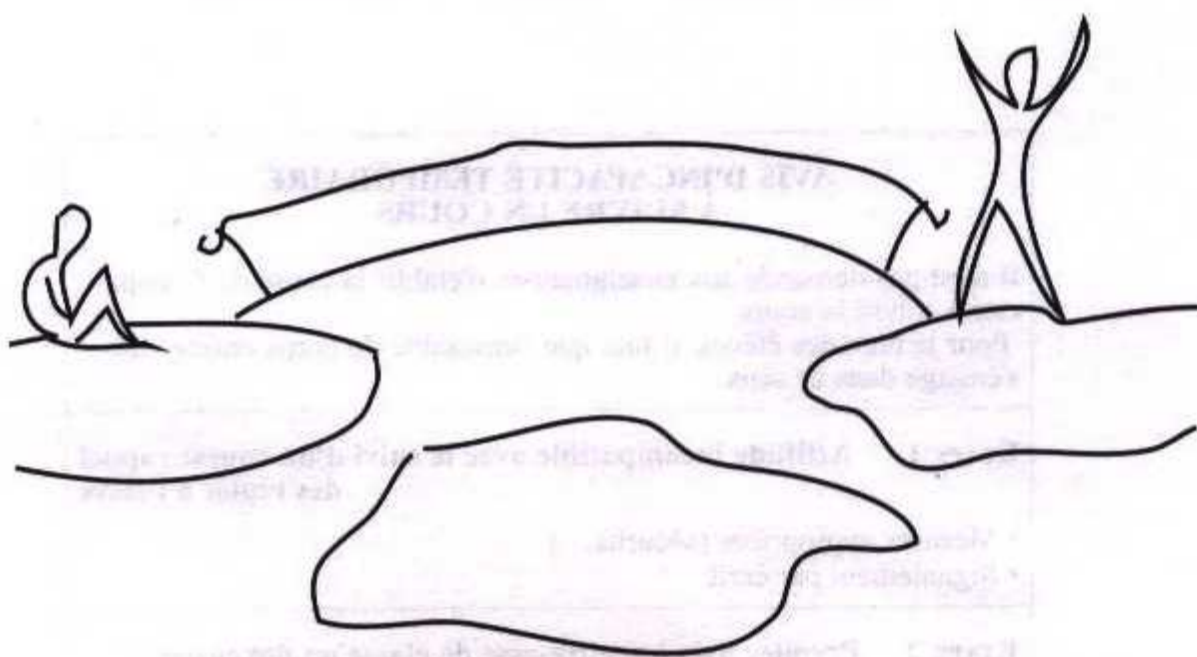
adultes. Cette nouvelle orientation de la santé scolaire a renforcé son rôle dans des domaines prioritaires tels que la maltraitance, les abus, les maladies chroniques et les conduites à risque.

... ou des enseignants médiateurs?

Les enseignant(e)s peuvent jouer un rôle déterminant pour des élèves en difficulté. Plusieurs cantons romands ont établi une fonction d'enseignant médiateur social et santé, qui reçoivent une formation et un encadrement. Bénéficiant ainsi d'une structure adaptée, les enseignant(e)s peuvent jouer un rôle important dans la détection précoce de problèmes d'adaptation et de comportement de l'adolescence.

Dr Jean-Charles RIELLE
Service de santé de la jeunesse (SSJ) et Centre d'information pour la prévention du tabagisme (CIPRET), Genève - Suisse.

Dr Paul BOUVIER
Service de santé de la jeunesse (SSJ) et Institut de médecine sociale et préventive (IMSP) Genève - Suisse.



7. BOUVIER P., Postface, in ZOTTOS E., "Santé, jeunesse: Histoire de la médecine scolaire à Genève: 1884-2004", Genève, Service de santé de la jeunesse, 2004, 221 p.

8. BOUVIER P, JEANNERET O., «Dépistage et pédiatrie: aspects psychosociaux et approches éthiques», Médecine et hygiène, 1998, pp. 317-325.

9. BOUVIER P., DOUCET H., JEANNERET O, RAYMOND L, STRASSER T., «Aspects éthiques du dépistage: réflexions à partir de l'exemple du cancer du sein», Cahiers médico-sociaux, 1994, n° 38, pp. 5-87.