

d é p e n d a n c e s

décembre 98 / no 6

3

Editorial

Michel Graf

4

**Un fil d'Ariane ou des ailes
de Dédale pour sortir du
labyrinthe des définitions
en rapport avec la santé**

Jean-Daniel Boegli

8

**La promotion de la santé
selon la Charte d'Ottawa:
une approche applicable
en Suisse?**

*Mary-Josée Burnier
Mäthé Busslinger
Christophe Dunand*

12

**Vous avez dit
prévention secondaire ?**

Pierre-Alain Porchet

15

**Peut-on rire
de l'alcoolisme ?**

Jean-Marie Grand

19

**Prévention et politique:
un couple indissociable**

Richard Müller

22

**Panorama des
outils de prévention**

Guylaine Dubois

27

**Objectif Grandir: de la
controverse d'une méthode
pédagogique à la réduction
d'un concept de prévention**

Jacques Challandes

31

**Manifestations
Brèves**

Impressum

Adresse des éditeurs:

Institut suisse de prévention de
l'alcoolisme et autres toxicoma-
nies, ISPA,
Ruchonnet 14,
case postale 870, 1001 Lausanne

Groupement romand d'études sur
l'alcoolisme et les toxicomanies,
GREAT, Pêcheurs 8, case postale 20,
1401 Yverdon-les-Bains

Rédaction:

Rédacteurs:
Michel Graf, ISPA
Gérald Progin, GREAT

Comité de rédaction:

Pierre-Yves Aubert
éducateur, Genève
Étienne Maffli
psychologue, Lausanne
Jean-Dominique Michel
socio-anthropologue, Genève
Louis-Pierre Roy
enseignant EESP, Lausanne

Administration et abonnements:

ISPA, case postale 870,
1001 Lausanne, tél. 021/321 29 85,
fax 021/321 29 40

Parution: 3 fois par an

Abonnement:

Frs. 45.- par an

Les articles signés n'engagent que
leur auteur

Les titres et sous-titres sont de la
rédaction

La reproduction des textes est
autorisée sous réserve de la men-
tion de leur provenance et de l'en-
voi d'un justificatif à la rédaction

Graphisme:

Christine Matthey, Lausanne

Michel Graf,
directeur-adjoint de l'ISPA,
Co-rédacteur

LA PRÉVENTION: à l'instar de M. Jourdain, tout le monde en fait sans le savoir. Cependant, de l'empirique au professionnalisme, la démarche se complexifie, s'enrichit de nouvelles terminologies, de nouveaux enjeux, de regards différenciés. Selon qu'on pratique la prévention en tant que médecin, travailleur social, psychologue, pédagogue, parent, personnalité politique, l'action prend un sens différent. Prévenir, c'est tour à tour anticiper, prévoir, informer, mettre en garde, sensibiliser, moraliser, normaliser, empêcher, apprendre à gérer, dépister, prendre en charge, etc. A l'heure où la prévention cherche à acquérir ses lettres de noblesse en même temps qu'elle semble quelque peu récupérée par des milieux politiques en mal d'actions positives, il nous paraît nécessaire de consacrer un numéro de "dépendances" à cette thématique. Une fois de plus, impossible en une trentaine de pages de tout dire, ni même d'en rester à l'essentiel... Nous avons dès lors choisi de laisser s'exprimer des professionnels qui pratiquent la prévention, afin qu'ils nous en donnent un éclairage pragmatique, directement transposable par d'autres dans leurs activités. La réflexion est néanmoins toujours présente, démontrant à l'évidence que ce domaine est en constante évolution, qu'aucune recette miracle n'existe vraiment. Quelles que soient les approches préventives présentées, toutes, après avoir mis l'individu au centre des préoccupations, orientent une part de leur action sur son environnement social, culturel, politique, économique. Chacun constate alors qu'il y aurait beaucoup à faire dans ce domaine pour améliorer la qualité de vie des individus. Et c'est là que le bât blesse! Notre société porte en elle de nombreux facteurs de risques, de fragilisation, de déstabilisation, toutes choses qui peuvent pousser des personnes à entrer dans des comportements de consommation de substances psychotropes. Si les milieux politiques voulaient vraiment prendre des mesures de prévention efficaces, c'est ici qu'ils devraient investir: dans une politique sociale soutenant les familles, dans une politique scolaire qui évite la compétition, en militant pour un monde professionnel qui vise aussi à la qualité de vie au travail et pas seulement au profit, dans une politique de protection de la jeunesse cohérente, dans... Arrêtons là l'utopie! regardons froidement la réalité et poursuivons nos efforts pour donner à chacun les moyens de faire face à une société qui ne fait pas de cadeaux aux plus faibles, pour renforcer les individus, les soutenir. Prévention sparadrap donc, pour une société qui a mal à son éthique.

Un fil d'Ariane ou des ailes de Dédale pour sortir du labyrinthe des définitions en rapport avec la santé

Jean-Daniel Boegli, enseignant, délégué cantonal à l'éducation pour la santé du canton de Vaud

Enseignant, œuvrant depuis plus de dix ans à la mise en place d'équipes interdisciplinaires de santé dans les établissements scolaires vaudois, il m'arrive, devant la difficulté de cette tâche, de faire occasionnellement mienne cette réflexion qui veut que pour bloquer toute discussion au sein d'un groupe, il suffit de demander aux membres qui le composent de tenter de se mettre d'accord sur une définition.

Le labyrinthe des concepts

Que l'on parle de pluridisciplinarité, d'interdisciplinarité ou de transdisciplinarité, je me pose parfois très sérieusement la question de savoir si ces subtiles nuances concernant le travail en équipe ne servent pas prioritairement à l'épanouissement des circonvolutions cérébrales de théoriciens en manque de jouissance corticale; aucune ne résiste pleinement à l'épreuve du terrain, foi de praticien.

Tentons toutefois quelques avancées dans cet imbroglio.

La santé

De 1946 (définition de l'OMS: "[...état de bien être complet physique, mental et social et [...] pas seulement [...] une absence de maladie...]"¹) à nos jours, on peut relever le passage d'un aspect statique, absolu, idéaliste à une version contemporaine qui prend en compte les aspects évolutif (bien-être jamais acquis), dynamique (essai d'équilibre), temporel (ressource de la vie quotidienne), individuel et collectif (constitution génétique et comportement social acquis notamment par l'éducation), voire responsabilisant (compétences sociales).

La santé communautaire

Née dans les années 70, principalement au Québec, cette approche passe par l'indispensable appropriation de l'action et la participation à toutes les phases du processus (élaboration, réalisation et évaluation) de l'ensemble

des acteurs concernés². Si on peut travailler en santé publique indépendamment des préoccupations de la population, la santé communautaire ne peut se faire sans les usagers eux-mêmes³. Historiquement, les modèles de santé ont évolué d'une approche négative et passive à une conception positive et participative.

La prévention

L'évolution va des définitions "classiques" visant à éviter ou à réduire maladies et accidents aux "modernes" tendant à promouvoir la santé et à responsabiliser l'individu face à celle-ci. Séduisante est la formule qui consiste à présenter la prévention comme la tentative de ne pas ajouter des fractions d'années à la vie mais de la vie aux années.

A relever que si un accord se fait sur l'étymologie du mot qui consiste à, d'une part "devancer, aller au devant de" et, d'autre part "avertir", le consensus se réalise moins facilement dès qu'il s'agit de préciser ce qu'on veut éviter ou ce sur quoi on veut porter l'attention⁴.

La prévention revêt trois formes:

- **primaire** (éviter l'apparition d'un comportement autodommageable ou d'une maladie),
- **secondaire** (par un dépistage précoce, enrayer ou diminuer l'aggravation d'une situation déjà détériorée),
- **tertiaire** (par des mesures thérapeutiques ou judiciaires, empêcher un ancrage ou une rechute).

La prévention implique pour le sujet des **degrés de participation**:

- **passive** (domaine de la législation / par exemple, interdire de fumer),
- **semi-active** (domaine de l'éducation pour la santé / par exemple, recommander de ne pas fumer),
- **active** (domaine de l'individu / par exemple, s'abstenir de fumer dans certains locaux).

La prévention repose sur des **stratégies**:

- **spécifique** (s'attaquer directement au comportement à renforcer ou à combattre/par exemple, importance du petit déjeuner),
- **globale** (exercer une action indirecte sur l'individu ou le groupe/par exemple, développer des compétences éducatives et sociales).

Une mise en oeuvre

Qu'il s'agisse des formes, des degrés de participation ou des stratégies de prévention, l'efficacité passe par la mise en oeuvre conjuguée de ces différents éléments.

La promotion de la santé

"La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci [...]. La promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire: elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être⁵". Si la définition de la santé de l'OMS (1946) reste, quoique obsolète, un passage obligé, la Charte d'Ottawa (1986) est la référence incontournable pour la promotion de la santé. Plus de dix ans après la parution des textes officiels, la promotion de la santé reste encore marginale peut-être parce que, ambitieuse dans ses buts, elle demande des compétences, implique des pratiques difficiles à maîtriser.

Alors que la prévention définit la santé en négatif, la promotion de la santé positive la démarche⁶. Si les frontières entre prévention et promotion de la santé sont floues en pratique, l'objet de la seconde est le bien-être et non plus le risque⁷.

La promotion de la santé vise, entre autres, la réduction des inégalités sociales et une plus grande accessibilité aux ressources à disposition.

La promotion de la santé tend à permettre aux individus ou aux groupes d'exercer un meilleur contrôle, des interactions efficaces⁸ face à leur environnement, leurs relations sociales ou leurs habitudes de vie⁹.

La promotion de la santé marque l'aboutissement d'une évolution récente qui a entraîné un déplacement des responsabilités allant de l'Etat aux professionnels de santé et, enfin, aux individus.

L'éducation pour la santé (EPS)

L'EPS est incluse dans la prévention primaire et dans la promotion de la santé dont elle constitue l'axe pédagogique¹⁰. Classiquement, l'EPS enseigne des comportements favorables à la santé permettant une plus grande liberté de choix dans le mode de vie des individus; ses objectifs visent à développer des savoirs, des savoir-faire (aptitudes) et des savoir-être (attitudes, comportements) afin de donner aux individus des moyens d'agir. Dans une version plus contemporaine donc plus promotionnelle, l'EPS tend aux mêmes objectifs mais en cherchant l'appropriation de ceux-ci par l'individu lui-même. L'écart entre ces deux versions tient au passage de la parole à l'écoute¹¹.

Une EPS axée uniquement sur des connaissances n'entraîne que rarement un changement d'opinion encore moins de comportement; la modification des habitudes de vie passe par des échanges suscités par des méthodes actives impliquantes. Une pédagogie active en EPS vise à développer les potentialités de chacun, à mobiliser les participants en donnant la possibilité d'exprimer son opinion et de la confronter à celle des autres. Le sujet intègre les éléments "confluctuels" issus des échanges avec d'autres partenaires et donc progresse. Au travers

d'un réseau de communications, chacun est partie prenante de sa formation¹².

Un **changement de comportement** a lieu graduellement; il s'agit d'un processus qui comprend:

- la décision de changer (motiver)
- les premiers changements actifs (offrir des programmes, des moyens; favoriser le développement des compétences)
- la persévérance dans le nouveau comportement (utiliser des réseaux sociaux utiles, prioritairement les amis, pour neutraliser la diminution du bien-être¹³).

Le travail des professionnels se limite donc à favoriser l'indépendance de l'individu en s'effaçant le plus possible¹³. Augmenter l'autonomie de chacun par l'EPS, c'est accepter de partager le savoir et surtout le pouvoir¹⁴.

La santé scolaire

Les années 1960 à 1970 ont vu une notable évolution des idées et des faits. Ainsi les services de santé scolaire se sont retrouvés libérés d'un grand nombre de leurs tâches traditionnelles puisque la morbidité somatique des enfants a, dans les pays développés tout au moins, fortement diminué. De nombreuses études révèlent que le médecin scolaire dépiste peu de choses qui ne soient connues du médecin de famille. Aux côtés des contrôles sanitaires préventifs indispensables, une politique de santé scolaire doit aujourd'hui s'articuler autour d'activités complémentaires qui sont d'une part l'EPS et la promotion de la santé, l'écoute et le soutien d'autre part.

Les principaux changements qui mènent de la médecine scolaire à la santé scolaire peuvent être synthétisés ainsi:

Trois générations d'interventions d'EPS en milieu scolaire se sont succédé ces quinze

	Médecine scolaire	Santé scolaire
Objectif pédagogique	amélioration des connaissances sanitaires	actions de santé, développement des compétences éducatives et sociales
Méthode pédagogique	prescriptions, peu d'explications	écoute, dialogue, interactivité
Champ d'action	prévention secondaire (dépistage)	prévention primaire (éducation)
Type d'actions	spécifiques et ponctuelles	globales et récurrentes
Type d'interventions	imposées, essentiellement	à la demande, de préférence
Fonctionnement	autarcique	communautaire, promotionnel
Intervenant	monopole professionnel	partage interdisciplinaire

dernières années dans l'école vaudoise:

- *interventions sur un thème spécifique*: trop souvent ponctuelles et imposées. Ainsi, les expositions réalisées par les élèves ne reflètent pas nécessairement leurs préoccupations. Leurs représentations, leurs opinions n'ont pas forcément été prises en compte. On en reste à une démarche où l'on demande à l'élève de chercher des renseignements à transmettre aux pairs ou aux parents mais qui ne reflètent que le savoir théorique des spécialistes¹⁵.
- *Interventions globales*: à partir d'un sujet général (par exemple, l'adolescence) et en tenant compte des réflexions du public-cible, on débouche sur des problèmes plus spécifiques (par exemple, anorexie / boulimie, petit déjeuner).
- *Interventions sur le développement des compétences éducatives et sociales*: il est peu profitable d'intervenir dans le cadre d'actions spécifiques ou globales si l'élève n'a pas été amené préalablement à développer une série de compétences lui permettant par exemple de s'affirmer, de faire des choix, de refuser...

Si une évolution se manifeste entre ces types d'interventions de même qu'entre la médecine scolaire et la santé scolaire (*Supra*: p 5), elles restent complémentaires et n'ont de valeur que si elles se combinent entre elles.

Un bilan récent¹⁶ des activités en médecine et santé scolaire dans le canton de Vaud a conclu à la nécessité de mieux structurer les activités actuellement trop disparates, insuffisamment coordonnées en termes de contenu et d'organisation. Un groupe de conduite pluridisciplinaire de la santé scolaire est chargé de présenter une proposition de structure et d'établir un programme de santé pour les élèves, conçu globalement, intégré dans la dynamique propre aux établissements scolaires et dans la communauté, en fonction de ses contextes particuliers.

Un résumé historique

En conclusion, quatre étapes historiques sont identifiables^{15 17}:

- *du milieu du 19e siècle à la Seconde guerre mondiale*: **approche comportementaliste et normative**; maladies infectieuses et alcoolisme provo-

quent un absentéisme au travail et représentent, pour des pays en voie d'industrialisation, un problème majeur: les motivations sont donc économiques; le taux d'illettrisme chez les adultes étant élevé, les élèves sont de bons relais pour transmettre à leurs parents les prescriptions sanitaires.

- *l'après-guerre*: **approche pédagogique et humaniste** où les efforts sont centrés sur le développement personnel; l'environnement n'est toujours pas pris en considération; le **modèle biomédical** est à son **apogée** induit par les importants progrès de la médecine; l'EPS s'applique à vulgariser le savoir des spécialistes; l'hypothèse implicite est qu'il suffit de savoir et de comprendre qu'un comportement nuit à la santé pour y renoncer.
- *dès les années 70*: **approche communautaire et participative**; les dimensions du **cadre de vie** sont enfin prises en considération aux côtés des dimensions affectives et biologiques
- *dès les années 80*: **approche promotionnelle** où individus et groupes deviennent acteurs de leur santé.

Réflexions pour obsédés textuels

Pertinentes sont les deux interrogations suivantes posées par Brigitte Sandrin-Berthon¹⁵:

- au travers de l'EPS se dessine le projet d'aider l'autre à s'épanouir, à devenir autonome. Pourtant, paradoxe, le fait d'avoir un projet d'éducation pour autrui est-il exempt du risque de créer une dépendance, d'imposer des normes de professionnel ou des valeurs propres à une classe sociale particulière? Eviter ce piège, c'est laisser la place à l'expression d'un désaccord voire d'un rejet du public-cible. Les professionnels de la santé ou de l'enseignement sont-ils prêts, formés à accepter une telle remise en question?
- autre, et non moindre question: l'EPS, scolaire ou non, est-elle nécessaire? Admettre que la santé, c'est la vie, c'est se demander si une EPS a vraiment lieu d'exister et si, en définitive, tout ne se poserait pas simplement en terme d'éducation comprise comme une approche de la citoyenneté. A ce propos, relevons que les

départements jurassien et valaisan de l'instruction parlent, pour le premier, d'éducation générale et sociale (EGS) et, pour l'autre, d'éducation générale et promotion de la santé (EGPS).

Références bibliographiques

Pour l'essentiel, cet article reprend les développements d'une partie de l'ouvrage: Ecole en santé; quelques clefs, Boegli, J.-D., LEP, Le Mont-sur Lausanne, 1996

1. Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, article premier, 1946
2. Morel, J., Actualité du concept de santé communautaire, in: Education Santé, 128, 1998, 4-5
3. Bantuelle, M., de Henau, P.-A., Lahaye, T., Morel, J., Tréfois, P., Produire de la santé par la pratique communautaire, in: Education Santé, 128, 1998, 6-7
4. Lascoumes, P., Prévention et contrôle social; les contradictions du travail social, Genève, Médecine et Hygiène, Masson, coll. Déviations et société, 1977
5. Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé, OMS, 1986
6. Sandrin-Berthon, B., Lestage, A., Baudier, F., Monnot, A. (sous la direction de), 1, 2, 3... santé; Education pour la santé en milieu scolaire, Vanves, CFES, 1994
7. Veret, J.-L., Contribution à l'étude de l'état sanitaire et des priorités pour l'action sanitaire, Thèse pour le doctorat en médecine, Université de Caen, 1988
8. Pame, P., Evaluation et promotion de la santé, in: Education Santé, 102, 1995, 3-5
9. Rochon, A., L'éducation pour la santé: un guide F.A.C.I.L.E pour réaliser un projet, 2, Montréal, Les Editions Agence d'Arc, 1991
10. Cordonier, D., Evénements quotidiens et bien-être à l'adolescence; vers de nouvelles stratégies d'éducation pour la santé, Genève, Médecine et Hygiène, 1995
11. Deschamps, J.-P., Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé, in: Revue du praticien, tome 34, 11, 1984, 485-497
12. Erba, M., Lévy, M., Méthodes actives d'éducation pour la santé (dossier), Fribourg, Centre d'éducation à la santé de la Croix-Rouge suisse, section fribourgeoise, 1993 (2e édition)
13. Maes, S., séminaire donné au cours de psychologie de la santé (notes), Université de Lausanne, Faculté de psychologie, 1993
14. Bury, J.-A., Education pour la santé: concepts, enjeux, planifications, Bruxelles, de Boeck Université, coll. Savoirs et santé, 1988
15. Sandrin-Berthon, B., Apprendre la santé à l'école, Paris, ESF éditeur, coll. Pratiques et enjeux pédagogiques, 1997
16. Groupe de conduite de la santé scolaire (sous la coordination de Masserey, E.), Santé scolaire; quelle structure?, document interne, 1998
17. Houioux, G., Brève histoire de l'éducation pour la santé et de ses approches, in: Education Santé, 100, 1995, 3-4

CARREFOUR

PREVENTION®

présente

j'



les non-fumeurs


CIPRET
PREVENTION TABAGISME
GENÈVE



**Bourré de talent,
pas d'alcool.**

fegpa
PREVENTION DE L'ALCOOLISME

association

Fourchette
verte

**MAÎTRISE
STRESS**

Antenne des diététiciens genevois

ADiGe

Permanence de l'Adige tous les mercredis de 17h à 19h

Carrefour Prévention
Rue Henri-Christiné 5
CP 567
CH-1211 GENÈVE 4

Heures d'ouverture de l'arcade
Lundi - jeudi 9.00-17.00
Vendredi 9.00-13.00
Tél. 022/321 00 11 - Fax 022/329 11 27

Internet Swissweb «<http://www.prevention.ch>»

E-mail «carprev@iprolink.ch»

La promotion de la santé selon la Charte d'Ottawa: une approche applicable en Suisse?

Mary-Josée Burnier, enseignante à l'Institut Universitaire d'Etudes du Développement (IUED) et coordinatrice de programme à l'Institut de Médecine sociale et préventive (IMSP), Genève

Maïthé Busslinger, coordinatrice pour la Suisse romande, RADIX-Promotion de la santé, Lausanne

Christophe Dunand, directeur de l'association Réalise, enseignant à l'IUED, Genève

Depuis 1986, qu'a-t-on fait en Suisse du concept de promotion de la santé? Définition, recentrage et perspectives devraient inciter les professionnels de la prévention à revisiter cette approche pour la développer et l'appliquer. (réd.)

La Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé date de 1986 et la Fondation suisse pour la Promotion de la Santé a été fondée en 1990. Bien que nombre de projets de prévention en Suisse portent la mention "promotion de la santé", un atelier organisé en septembre et octobre derniers par RADIX et l'IUED et destiné à des responsables de projets de promotion de la santé a montré d'une part, que l'approche prônée par la Charte d'Ottawa reste très mal connue et que, d'autre part, il n'y a pas eu de réflexion sur la manière d'en adapter les principes au contexte suisse.

La Promotion de la santé selon la Charte d'Ottawa

Vers la fin des années 70, au niveau international, alors que les limites des systèmes de santé centrés sur les soins curatifs et sur l'individu apparaissent de plus en plus clairement, une évolution a lieu qui met l'accent plus sur la santé, la prévention et sur le rôle de la communauté. L'Organisation Mondiale de la Santé joue alors un rôle de leader et organise la conférence qui aura pour résultat, en 1978, la Déclaration d'Alma-Ata sur les Soins de Santé Primaires (SSP). Même si les SSP n'ont véritablement été appliqués que dans les pays du Sud, ils ont commencé à influencer la vision de la santé et de la maladie au Nord également. La complexification des problèmes de santé a amené de plus en plus de responsables à repenser

les approches traditionnelles de santé publique. On a commencé à prendre en considération les conditions de vie et la qualité de la vie dans l'environnement urbain. On a constaté l'émergence de problèmes de santé nouveaux, qui ont des causes autant physiques que psycho-sociales. On a mieux pris en compte le fait que les problèmes de santé les plus courants ne peuvent être résolus durablement et à l'échelle d'une population qu'avec des médicaments et des structures de soins sophistiquées mais avant tout grâce à de meilleures conditions de vie (alimentation, habitat, éducation, etc.). Et améliorer ses propres conditions de vie est le rôle de chacun et de l'ensemble de la société. Mais, pour avoir une influence à large échelle et compte-tenu de la complexité des problèmes et le manque de ressources dévolues à la prévention des maladies et à la promotion de la santé, il s'agissait de redonner aux gens le contrôle et les moyens d'influencer les facteurs déterminants de leur propre santé.

Il fallait aussi sortir de la tendance à "blâmer les victimes", c'est-à-dire à agir seulement sur les comportements individuels plutôt que d'influencer les décisions d'ordre socio-économique et politique.

Ce sont ces conditions qui ont abouti en 1986 à la Charte d'Ottawa de promotion de la santé, portée d'abord par les Canadiens qui l'ont présentée comme une "nouvelle santé publique", puis adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Promotion de la santé?

Prendre soin de la vie

Les facteurs déterminants de la santé sont non seulement le système de soins et les facteurs biologiques, mais aussi l'environnement pris au sens large (physique, économique, politique, social et psychologique) et les modes de vie. La promotion de la santé est une approche novatrice de santé publique qui est en fait un processus visant à rendre l'individu et la collectivité capables d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé et, de ce fait, de créer ou de maintenir les conditions qui vont permettre une bonne santé. La promotion de la santé part de la santé et non de la maladie, dans une perspective sociale où non seulement l'individu et sa communauté mais également les politiciens et autres décideurs partagent, à côté des professionnels de la santé, la responsabilité du maintien ou de l'amélioration de la santé.

La participation de la population

Promouvoir la santé signifie créer les conditions qui permettront une santé satisfaisante. L'objectif global est une amélioration de la qualité de la vie avec pour résultat une meilleure santé, et non pas seulement de réparer par des mesures palliatives les conséquences de mauvaises conditions de vie sur la santé.

La promotion de la santé allie choix personnel et responsabilité sociale afin de créer un futur plus favorable à la santé. Elle engage la société civile entière dans le contexte de la vie quotidienne. L'essentiel est la participation effective de la population à la définition des problèmes, à la prise de décision et aux activités mises en oeuvre pour modifier et améliorer les facteurs déterminants de la santé. La promotion de la santé est une approche à la fois politique - qui vise les décisions à tous les niveaux-

et technique puisqu'elle vise à changer les modes de vie, à organiser l'action communautaire et à réorienter les services de santé.

Les 5 domaines d'action de la promotion de la santé:

- l'action sur les politiques publiques
- l'action sur l'environnement (au sens large)
- le renforcement des activités communautaires
- le développement des compétences individuelles
- la réorientation des services de santé vers la communauté.

Des conditions sociales

L'équité est au coeur du concept de promotion de la santé, en partant de la constatation qu'il y a un lien direct entre mauvaise santé, maladie, et inégalités et pauvreté.

Les groupes économiquement défavorisés ont une espérance de vie moindre que les groupes à revenus élevés et une espérance de vie sans incapacité plus courte. De plus, les gens à faibles revenus risquent davantage de mourir par suite d'accidents ou de maladies.

En promotion de la santé, les efforts doivent tendre vers une amélioration des conditions dans lesquelles vivent les gens afin que ces conditions soient globalement plus favorables à la santé. La population concernée doit être au coeur de l'action et les intervenants (professionnels de la santé, mais aussi animateurs, gestionnaires du projets et spécialistes d'autres disciplines) doivent avoir un rôle non plus de "porteurs de l'action" mais de "facilitateurs".

Dans les pays anglo-saxons, on parle d'"empowerment", terme difficile qui fait référence, sur le plan individuel, à la capacité à être autonome et à se prendre en charge tandis que sur le plan collectif, il se traduit par la mobilisation de groupes ou d'associations pour défendre des droits, un projet ou influencer des décisions politiques concernant la communauté.

Ensuite, un élément fondamental de la création de conditions favorables à la santé est probablement l'**élaboration et la mise en oeuvre de politiques publiques favorables à la santé**. L'action sur les politiques publiques, même à un niveau très local permet de provoquer des changements importants, touchant beaucoup de gens et avec relativement peu d'efforts. Agir sur les politiques publiques signifie, concrètement, inter-

pellier les autorités politiques. Par exemple, le fait de se mobiliser avec d'autres parents pour interpellier les autorités communales pour régler la vitesse et réduire le trafic dans un village ou un quartier. Ce type d'action aura plus d'effets sur la qualité de vie et sur la santé que n'importe quelle campagne d'éducation des conducteurs. Ce qui ne veut pas dire que les mesures de prévention classiques et l'éducation sanitaire sont inutiles. Mais, chaque fois que c'est possible, une approche plus globale du problème permet d'obtenir des effets importants, qui peuvent être complétés par des mesures d'éducation et de prévention.

Un environnement adéquat

Le corollaire de l'action sur les politiques publiques est la **création de milieux favorables à la santé**, c'est-à-dire que l'espace physique et social dans lequel vit l'être humain devrait lui permettre de maintenir une qualité de vie compatible avec un bon état de santé. Une ville sans lieux de rassemblement communautaires et culturels, un village traversé par de grands axes routiers, un quartier avec de nombreux jeunes au chômage, une usine avec des conditions de travail ne respectant pas les normes sont, par exemple, des milieux défavorables à la santé.

Le renforcement des communautés ainsi que le développement des ressources personnelles sont des moyens collectifs et individuels complémentaires à l'action sur les politiques publiques et à la création de milieux favorables à la santé. Le renforcement des communautés vise à associer les collectivités à l'intervention de promotion de la santé, en fonction non seulement de leurs besoins mais aussi de leurs ressources propres. Le renforcement des réseaux sociaux est un élément-clé pour la santé d'une collectivité. Celle-ci pourra créer des conditions de vie favorables à la santé d'autant plus efficacement qu'elle est solidaire et organisée, même si c'est pour une action ponctuelle. Ce peut être une association de parents qui se mobilise pour maintenir des activités sportives à l'école, un groupe de femmes qui décident d'agir contre l'extension de la toxicomanie dans leur quartier ou les personnes âgées d'un centre de jour qui s'organisent pour avoir leur mot à dire dans le choix et la préparation des menus quotidiens.

La promotion de la santé:

- travaille **avec** les gens et non pas seulement **pour** eux
- s'intéresse autant à l'individu qu'au milieu
- touche tous les secteurs de la société, y compris l'environnement
- souligne les dimensions positives de la santé
- s'attaque aussi bien aux causes sous-jacentes de la santé et de la maladie qu'à leurs causes immédiates.

(D. Nutbeam, *Health Promotion*, Oxford University Press, 1986)



Photo Interfoto

Des structures au service des gens

Le développement des aptitudes personnelles peut être fait par l'individu lui-même ou avec l'aide de professionnels du domaine socio-sanitaire et éducatif. La plupart des personnes savent très bien faire face aux problèmes qui surgissent dans leur vie mais, parfois, elles sont dépassées comme par ex. en période de crise personnelle (adolescence, séparation, maladie), familiale (deuil, divorce, etc.) ou plus générale (crise économique, chômage, insécurité). Dès lors, au lieu de faire à la place des gens, il s'agit de les aider à développer les ressources personnelles qui vont leur permettre de gérer leurs problèmes. Par exemple, cela veut dire apprendre à des adolescentes à négocier l'usage du préservatif, à en discuter entre elles, à créer un groupe de soutien avec l'appui d'une professionnelle de la santé, ou bien aider des femmes divorcées et sans formation professionnelle à faire le point de leurs compétences, chercher un emploi, trouver des solutions de garde des enfants, faire un budget du ménage, se soutenir entre elles.

Au service du public

La réorientation des services de santé vers les gens signifie mettre les structures publiques, notamment, au service des gens auxquels elles s'adressent.

Organiser les heures d'ouverture et l'accessibilité géographique d'un service en fonction des personnes que l'on veut toucher, éviter la multiplication d'actions non coordonnées organisées par des professionnels complémentaires mais qui ne travaillent pas ensemble. Réorienter les services de santé, c'est interpellier les institutions de façon à ce que leur offre soit réellement au service des gens qui en ont besoin.

Il est évident que tous ces domaines d'action demandent des approches différentes de celles dont on a l'habitude:

- le **plaidoyer** est nécessaire pour démontrer à ceux qui sont dans des positions de décisions les avantages à ce que des changements aient lieu. Le plaidoyer s'apparente un peu au lobbying.
- la **médiation** vise à mettre ensemble des partenaires potentiels qui se méconnaissent et à utiliser dans un but de promotion de la santé les décideurs de domaines qui ont une influence sur la santé comme l'économie, l'environnement, le travail ou l'habitat.
- l'établissement d'**alliances et de partenariats**, afin de rassembler les forces nécessaires pour avoir plus d'influence sur les conditions du changement. Il est révolu le temps où les moyens suffisants et l'absence d'une politique de santé claire per-

mettaient à chaque organisme de travailler seul et selon ses objectifs propres. Il s'agit de créer des synergies entre organismes similaires ou complémentaires, de rechercher le partenariat avec ceux qui ont un autre réseau de contacts, plus de pouvoir ou d'expérience.

Une vision globale

L'atelier organisé par RADIX et l'IUED a montré, à travers l'analyse des projets, que la promotion de la santé ouvre des perspectives novatrices et intéressantes pour autant qu'on prenne la peine d'y réfléchir et d'en adapter les principes aux particularités de son projet, de son institution, de sa région, du public visé. La promotion de la santé permet de s'adapter au contexte actuel qui a souvent changé plus rapidement que les pratiques de prévention des institutions. Elle ouvre la voie à une meilleure utilisation des différents moyens dont une commune ou une collectivité dispose, dans le but de rendre les conditions de la vie quotidienne plus favorables à la santé.

En résumé, l'approche de promotion de la santé permet de travailler en ayant une vision globale des causes et conséquences du problème sur lequel on veut agir, de chercher les collaborations et les complémentarités nécessaires, de replacer les problèmes de santé dans leur environnement, de provoquer le débat dans le domaine politique quand c'est nécessaire et de favoriser l'autonomie des personnes concernées. En cela, la promotion de la santé est une petite révolution tout à fait dans "l'air du temps", bienvenue pour renouveler les pratiques, en particulier en prévention et en éducation pour la santé.

Bibliographie

- OMS, Charte d'Ottawa de promotion de la Santé, 1986.
- Question Santé, Agir en promotion de la santé: un peu de méthode..., Bruxelles-santé, numéro spécial 1997.
- Santé et Société, La promotion de la Santé: une perspective, une pratique, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 1988.

Pour aider à s'en sortir.

Jusqu'ici, les traitements médicaux ainsi que les concepts de thérapies psychosociales menaient trop rarement au succès lors d'une alcoolodépendance. Une situation désastreuse – pour les patients comme pour les médecins!

Un soutien dans la réhabilitation à long terme des alcooliques est maintenant fourni par

Campral® (acamprosate)

- le premier alcool-addictolytique. Campral®, nouvelle substance dotée d'un principe d'action nouveau, est conçu comme une thérapie spécifique accompagnant le traitement moderne de l'alcoolisme. De vastes programmes d'études européens montrent que Campral®:
 - peut doubler le taux d'abstinence
 - retarde nettement la première rechute
 - diminue le besoin lancinant (craving) de consommer de l'alcool
- réduit la fréquence et la gravité des rechutes
- augmente la discipline thérapeutique du patient vis-à-vis du plan de traitement
- soutient les thérapies psychosociales.

 **Campral®**
le soutien
de l'abstinence.

Pour de plus amples informations sur la composition, les indications, la posologie, les effets secondaires et les mesures de précaution, voir le Compendium Suisse des Médicaments.

GROUPE  LIPHA

*Remboursé par
les caisses-maladie*

Lipha Pharma AG, Rüchligstrasse 20,
8953 Dietikon, Tél. 01/745 13 33

Campral® (acamprosate): Liste B. Indication: Dépendance à l'alcool: pour le maintien de l'abstinence après un traitement de sevrage réussi, en combinaison avec d'autres mesures thérapeutiques (psychothérapeutiques, psychosociales, médicamenteuses). Posologie: 2 comprimés à 333 mg, 3 fois par jour. Contre-indications: Hypersensibilité au principe actif, insuffisance rénale, grossesse, allaitement. Effets secondaires indésirables: Les effets secondaires qui se manifestent sont la diarrhée, la nausée, les douleurs abdominales, les démangeaisons, un érythème et, très rarement, un urticaire avec un oedème de Quincke. Interactions: Il n'a été observé aucune interaction avec l'alcool, le disulfirame, les benzodiazépines et d'autres médicaments psychotropes. Pour de plus amples informations, consulter le Compendium Suisse des Médicaments.

Lipha Pharma AG, 8953 Dietikon.

Vous avez dit prévention secondaire ?

Pierre-Alain Porchet, médecin directeur du Drop-In, Neuchâtel

Plutôt que de reprendre des considérations théoriques en matière de prévention secondaire des conduites addictives, l'auteur parle ici des choix faits pour l'aborder au Drop-In de Neuchâtel, en accord avec l'identité institutionnelle du lieu, de son approche des phénomènes liés à la toxicomanie des jeunes et, bien sûr, des moyens dont ils peuvent disposer.(réd.)

La notion de prévention secondaire est bien définie par l'OMS: *la prévention secondaire est la prise en charge du problème au tout début de l'apparition du trouble qui peut ainsi être enrayé.*

En est-il de même de la notion "toxicomanie"? Il me semble difficile de faire l'économie de citer ici quelques considérations théoriques qui définissent notre approche des phénomènes liés à l'addiction des jeunes: elles éclairent les choix que nous avons faits en ce qui concerne la prévention secondaire.

Les phénomènes liés à la toxicomanie ne se définissent pas par les produits utilisés mais par les caractéristiques et la personnalité de celui qui les consomme.

La toxicomanie, l'usage abusif et compulsif de produits psychotropes puissants, est en fait, souvent inconsciemment, la découverte d'un plaisir fait de soulagement, d'une "automédication" pour une souffrance engendrée par une pathologie complexe: faite souvent de troubles du développement psychologique et affectif, exacerbés par les difficultés du moment, le plus souvent à l'adolescence.

La toxicomanie n'est donc pas une maladie, ou plutôt elle ne porte pas ce nom-là: elle est le symptôme d'une pathologie sous-jacente spécifique: psychiatrique, psychologique et souvent psychosociale. Il s'agit d'en faire le diagnostic et d'élaborer des stratégies thérapeutiques adéquates.

La toxicomanie n'est donc pas une "pulsion de mort" comme on peut le lire souvent mais une tentative, souvent désespérée, de vivre!

Il en résulte que l'abstinence, elle aussi, est une notion complexe: ce n'est pas et ne doit pas être le retour à la situation précédant les conduites addictives. Cette situation est caractérisée par la pathologie qui a conduit à la toxicomanie.

L'abstinence marque la possibilité de ne plus "s'automédiquer" avec des produits psychotropes puissants et de fonctionner avec "sa propre tête", avec une économie psychique restaurée.

L'abstinence est aussi un symptôme: celui que le traitement porte ses fruits, qu'une "médication" et une prise en charge adéquate ont pu être trouvées et se poursuivent pour déboucher sur la meilleure compensation possible.

Il est important d'entrer en contact le plus tôt possible avec la population des personnes toxicomanes et de pouvoir s'en occuper, quel que soit le stade de leur trajectoire.

Il y a "une continuité" naturelle entre l'aide à la survie, la limitation des dommages, la gestion de la consommation et le traitement qui peut déboucher sur l'abandon de "l'automédication" par l'utilisation de produits psychotropes puissants au profit d'une abstinence signifiant un mieux-être et un mieux vivre, "la guérison" ou la bonne compensation d'une pathologie.

En amont, il y a la prévention secondaire: elle doit participer de la même "continuité". Au Drop-In de Neuchâtel, nous avons créé au niveau de la prévention secondaire, principalement deux outils:

- La consultation d'aide aux parents.
- Le "Râteau Ivre" (amalgame du "Bateau Ivre" de Rimbaud) et de la ruelle du Râteau où se trouvent les locaux).

La consultation d'aide aux parents

Beaucoup de jeunes en difficultés ne peuvent ou ne veulent pas consulter. Ils vivent souvent une période de rupture et rejettent massivement tout ce qui provient du "monde des adultes". L'aide et le soutien des parents sont alors souvent la seule manière de les atteindre, de les aider... et de pratiquer une prévention secondaire souvent déjà, hélas, à forte coloration tertiaire.

Les demandes des parents sont généralement focalisées sur l'objet "drogue", et nécessitent un décodage minutieux pour une représentation et une appréciation de la gravité de la problématique concernée.

Il s'agit d'accueillir ces parents fortement chargés d'angoisse, de honte très souvent, parfois déprimés, et de leur permettre de mieux se représenter la réalité des difficultés qu'ils projettent sur "la drogue", même s'il s'agit souvent à ce niveau de consommations épisodiques de dérivés du cannabis.

L'éventail rencontré est des plus larges: cela peut aller d'une problématique relationnelle "parents - adolescents" relativement courante (où les quelques consultations données semblent rapidement remplir leur rôle), jusqu'à des tableaux cliniques inquiétants.

Il s'agit dans ces cas-là de créer une alliance suffisante pour permettre à une demande thérapeutique d'émerger, qu'elle concerne les parents et/ou leurs fils ou filles.

Cette entreprise s'avère souvent difficile, fluctuant avec le type d'organisation interne de ces parents et le degré de leurs difficultés psychiques.

La souvent faible capacité de ces parents à assumer une responsabilité parentale dans leur réalité quotidienne les pousse souvent, au moment où leurs fils ou leurs filles commencent un traitement, à souhaiter s'en décharger sur le "système de soins" et à établir avec les différents professionnels une relation de type "instrumental".

Cette difficulté est apparente dans les consultations avec la psychothérapeute qui s'en occupe: soutenir ces parents, les soulager sans leur permettre de se dégager de leurs responsabilités, mais au contraire travailler à renforcer leur possibilité d'y faire face reste le but vers lequel il faut tendre avec eux.

Des propositions de travail psychologique en ce sens sont fréquemment émises; ici aussi, l'écart entre notre perception

externe du besoin qu'ont ces parents à se faire aider et leurs possibilités psychiques réelles d'en bénéficier peut s'avérer trop grand pour permettre autre chose qu'une rencontre épisodique.

Ce travail, prenant plus souvent la forme d'une "guidance parentale" est aussi divers que les personnalités et les situations rencontrées.

Le Râteau Ivre

Le Râteau Ivre est une structure spécifique du Drop-In de Neuchâtel destinée à accueillir depuis 1989 une population de jeunes entre 12 et 18 ans.

Cette structure est issue du secteur "éducateur de rue" du Drop-In qui existe depuis 1982, de sa décision de se centrer sur la prévention secondaire auprès d'adolescents "à risques" en 1989.

La création d'un lieu spécifique qu'ils peuvent identifier comme le leur s'est avérée une bonne idée, permettant d'atteindre un beaucoup plus grand nombre de jeunes concernés que leur rencontre épisodique dans les différents lieux de la ville.

La population qui fréquente le Râteau Ivre est multinationale et multiculturelle, mais il s'avère que les jeunes de la deuxième génération immigrée sont nettement sur-représentés.

Le Râteau Ivre est tenu par les travailleurs sociaux du Drop-In, il est ouvert de 15h30 à 18h30 du mardi au vendredi.

La "loi" appliquée au Râteau Ivre: Pas d'alcool, pas de drogue, pas de violence, permet à la population des 12-18 ans, dès le moment des premières sorties, de faire l'apprentissage de la convivialité dans de bonnes conditions (prévention primaire).

La confrontation à la "loi" des lieux et l'écoute attentive des éducateurs génèrent un processus aboutissant sur une réelle prévention secondaire.

Prévention primaire

A la puberté, la fréquentation du Râteau Ivre permet aux jeunes d'aborder et de partager les préoccupations principales de leur âge avec des professionnels: inquiétudes liées aux changements corporels, aux modifications des relations parentales et sociales, à la vie affective, à la sexualité et ses risques, à la vie scolaire et au stress qu'implique la confrontation des choix professionnels.

C'est également dans ce contexte qu'est abordée et verbalisée la problématique

qu'implique la confrontation obligée aux "drogues": il s'agit de permettre à cette population de mieux comprendre les phénomènes liés à la consommation, même récréative, et aux risques encourus.

Une information non moralisante et ne stimulant pas la transgression doit permettre à un adolescent de comprendre, de se déterminer et de valoriser la possibilité de dire non.

Prévention secondaire

Une des fonctions essentielles du Râteau Ivre est bien sûr d'accueillir également, et peut-être surtout, des adolescents "à risques".

L'adolescence est, en tant que telle, une période "à risques".

Il s'agit d'une période où les phénomènes nécessaires d'individualisation et d'indépendantisation réactualisent souvent des problématiques plus anciennes, ce qui peut déboucher sur des ruptures de communication familiale, sur l'isolement, sur le repli sur soi, sur un état de déprime plus ou moins grave pouvant conduire à des idées suicidaires ou à des "prises de risques" inconsidérées.

Dans le cadre de "ces prises de risques", la rencontre avec des produits psychotropes potentiellement puissants, principalement le haschich à cet âge-là, peut amener, comme nous l'avons vu plus haut, une solution à l'inconfort d'affronter la problématique du moment. Le plaisir, fait d'un soulagement que l'on peut reproduire encore et encore en consommant un produit qu'on a l'illusion de pouvoir maîtriser, peut ouvrir la voie aux conduites addictives.

Si la prévention primaire et secondaire que nous venons de décrire ont été la vocation première du Râteau Ivre ces dernières années, nous avons été confrontés en 1997 à la nécessité de la prévention tertiaire (définition de l'OMS: *la prévention tertiaire consiste à donner des soins, à prévenir la rechute et à favoriser la réinsertion*).

Un groupe particulier

L'année 1997 fut marquée par l'appropriation du Râteau Ivre par une bande d'adolescents "rappeurs", relativement âgés (17 ans). Ce groupe était constitué par un "noyau dur" caractérisé par une mauvaise intégration, voire une désinsertion scolaire et sociale. Déjà gros consommateurs de produits psychotropes, principalement de haschich et d'alcool, ils ne pouvaient déjà plus, pour



Photo Interfoto

Quelle image à l'adolescence?

beaucoup d'entre eux, correspondre à la définition de "l'usager récréatif".

Autour de ce noyau dur gravitaient principalement une bande de filles et quelques garçons. Les filles étaient généralement "les petites amies", d'autres étaient présentes à titre plus individuel. Généralement, la situation sociale, scolaire et professionnelle de ces filles était nettement meilleure.

Cette bande a pris l'habitude de se rencontrer tous les après-midi au Râteau Ivre autour de leur leader.

Les occupations de leur après-midi au Râteau Ivre étaient régulièrement ponctuées par des sorties vers un proche jardin public afin de sacrifier au "rituel du joint". La majorité des filles et certains garçons ne participaient pas et restaient à l'intérieur du Râteau Ivre. Il est par ailleurs intéressant de signaler que les filles avaient une certaine autonomie par rapport à la vie de la bande. Elles s'autorisaient des tours en ville, du shopping et d'autres activités sans les garçons. Si les après-midi elles ne s'intégraient au groupe qu'à certains moments, en soirée et lors de week-ends elles participaient nettement plus à la vie de la bande, sans pour autant en partager toutes les pratiques.

Le "noyau dur" des "rappeurs" a rapidement mobilisé la plus grande partie de l'espace du Râteau Ivre. Une de leurs premières actions a été de prendre possession de la cabine de disc-jockey afin que la seule musique représentée soit du "rap" et du "hip-hop". Ils ont également rapidement mobilisé le bistro tentant d'imposer leur loi à tous les adolescents présents et même aux travailleurs sociaux.

Limites?

Durant plusieurs mois, ce groupe a cherché les limites et s'est constamment confronté aux règles inhérentes au fonctionnement

du Râteau Ivre, multipliant les provocations envers les travailleurs sociaux par des consommations d'haschisch et d'alcool, des paroles et des attitudes irrespectueuses, pour aboutir à des vols de matériel, des tags, des graffitis, etc.

A la fin de l'année 1997, la bande a éclaté et le groupe s'est progressivement dissout. Si la raison principale est vraisemblablement le placement du leader dans un foyer d'accueil, si la désertion de plusieurs filles et de quelques garçons lassés par l'ambiance qu'apportaient ces transgressions répétitives n'ont pas été sans importance, le maintien de la "loi" par des travailleurs sociaux fonctionnant comme des adultes cohérents en a aussi été une des raisons déterminantes.

A la fin de l'année 1997, les locaux du Râteau Ivre sont quasiment vides, la disparition de la bande des "rappeurs" soulignant encore l'absence des autres adolescents qu'ils avaient progressivement chassés.

L'expérience de l'année 1997 a été riche en enseignements.

Elle nous a démontré la difficulté de faire cohabiter dans les mêmes locaux des populations d'adolescents et de jeunes susceptibles de bénéficier de la prévention primaire et secondaire, qui est traditionnellement offerte, avec une population plus désinsérée, déjà souvent marginalisée et caractérisée par des conduites à risques et des consommations de produits psychotropes très fréquentes.

De nombreuses crises ont pu être "étalées", des entretiens individuels ont eu lieu et ont certainement pu avoir une action préventive, principalement auprès des filles et des garçons les moins intégrés à la bande.

Le temps et l'énergie qui doivent être consacrés à un nombre relativement restreint d'adolescents et de jeunes adultes pouvant bénéficier d'un type de prévention se situant vraisemblablement déjà plus dans le tertiaire que dans le secondaire, la constatation que la plupart des garçons appartenant au "noyau dur" de la bande étaient déjà pris en charge ou, du moins, connus par d'autres organismes comme l'Office des Mineurs ou l'AEMO (Action Educatrice en Milieu Ouvert) nous amènent naturellement à une réflexion quant à l'avenir du Râteau Ivre et au travail de prévention en général.

Des pôles complémentaires

Nous avons dit l'importance d'intervenir le plus rapidement possible dans la trajec-

toire d'une personne toxicomane ce qui souligne bien l'attention que nous devons porter au type de population de jeunes et d'adolescents que nous venons de décrire. Nous savons aussi l'importance de pouvoir s'occuper, en amont, de jeunes encore moins perturbés dans cette période "à hauts risques" qu'est l'adolescence où il est souvent fondamental d'aider à consolider un équilibre qui peut devenir précaire et de favoriser des processus identitaires permettant le choix de ses dépendances.

Ces deux pôles fondamentaux de la prévention des addictions peuvent-ils coexister? Nous avons tendance, au vu de l'expérience 1997, à penser que cela est difficile dans le même lieu et peut probablement être contre-productif.

Les choix doivent être faits en fonction de l'urgence et/ou de la perception du moment.

La meilleure solution serait certainement d'obtenir les moyens de la création de deux lieux spécifiques : l'un destiné à une population pouvant bénéficier des importants services plus centrés sur une prévention à coloration primaire et l'autre destiné à une population déjà plus marginalisée qu'il est d'autant plus important de pouvoir "accompagner".

La prévention secondaire s'inscrit donc dans cette "continuité" d'approches qui doivent permettre, dans la mesure du possible, de ne pas abandonner un jeune en difficulté, quel que soit le stade de sa trajectoire: avant ou après le début des conduites addictives.

Il reste cependant fondamental de rester conscient que les véritables enjeux et les véritables questions se situent beaucoup plus dans la protection d'une partie de la jeunesse contre un usage abusif et compulsif d'un "mauvais médicament".

La toxicomanie ne doit plus être un des modes d'expression privilégiés de la fragilité et de la souffrance d'une partie des adolescents et des jeunes adultes.

S'il s'agit d'une responsabilité nécessitant un engagement de la société à tous les niveaux, il faut tenir compte que la famille reste la principale voie de transmission des valeurs et du sentiment de sécurité : ses compétences doivent être favorisées, développées et soutenues.

Les solutions sont à chercher dans la direction d'une réflexion globale sur une véritable politique de la jeunesse, devant aboutir à un nouveau "contrat social" avec elle, "contrat social" fait de reconnaissance, d'intégration et aussi de propositions de choix, de valeurs et d'idéaux susceptibles de donner un "sens à la vie".

Peut-on rire de l'alcoolisme ?

Jean-Marie Grand, publicitaire, Sierre

En charge de la communication de la Villa Flora à Sierre, nous (le nous associe ici l'ensemble de l'agence à cette contribution) avons reçu "carte blanche" de M. Michel Graf pour développer, sans contraintes, un message lié à la dépendance.

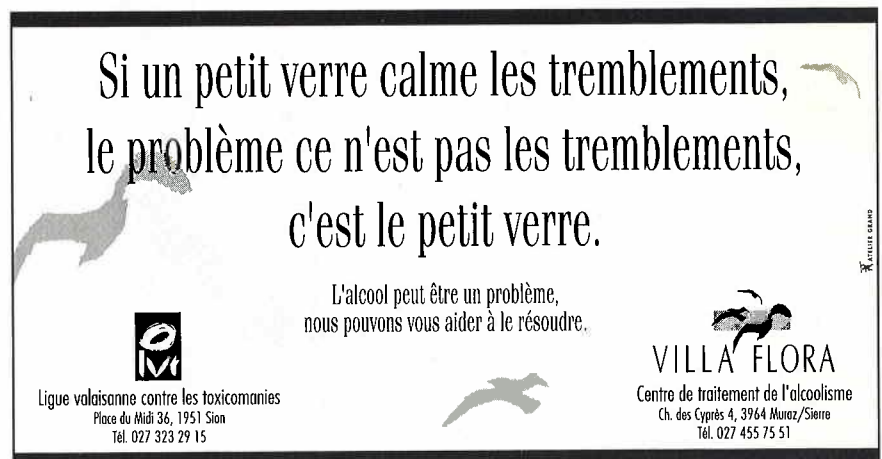
Que faire lorsqu'on a le champ libre? Que dire que nous ne disons lorsqu'il s'agit d'un travail réel? Voyons.

La Villa Flora, institut de désintoxication pour alcooliques, cherche des clients. Elle nous a confié cette mission et l'analyse des messages qu'elle diffuse nous permet d'explicitier notre démarche.

Le message pour être pertinent doit s'adresser aux clients potentiels de manière à ce qu'ils s'y reconnaissent. Diffusés dans des supports grand public (le Nouvelliste qui touche le 70 % des ménages du Valais romand), ils peuvent déconcerter certaines personnes qui ne les décrypteraient pas.


Ce n'est pas important. Si l'on n'a pas besoin d'alcool pour calmer les tremblements, il n'est pas nécessaire de connaître la Villa Flora.


Philippe Mottet, directeur de la Villa Flora, nous laisse également "carte blanche". Aussi le message que nous développons dans la double page suivante ne s'écarte-t-il pas de la philosophie de communication de l'institut. Il le fait simplement avec plus de moyens sur plus d'espace.



Si un petit verre calme les tremblements,
le problème ce n'est pas les tremblements,
c'est le petit verre.

L'alcool peut être un problème,
nous pouvons vous aider à le résoudre.


Ligue valaisanne contre les toxicomanies
Place du Midi 36, 1951 Sion
Tél. 027 323 29 15

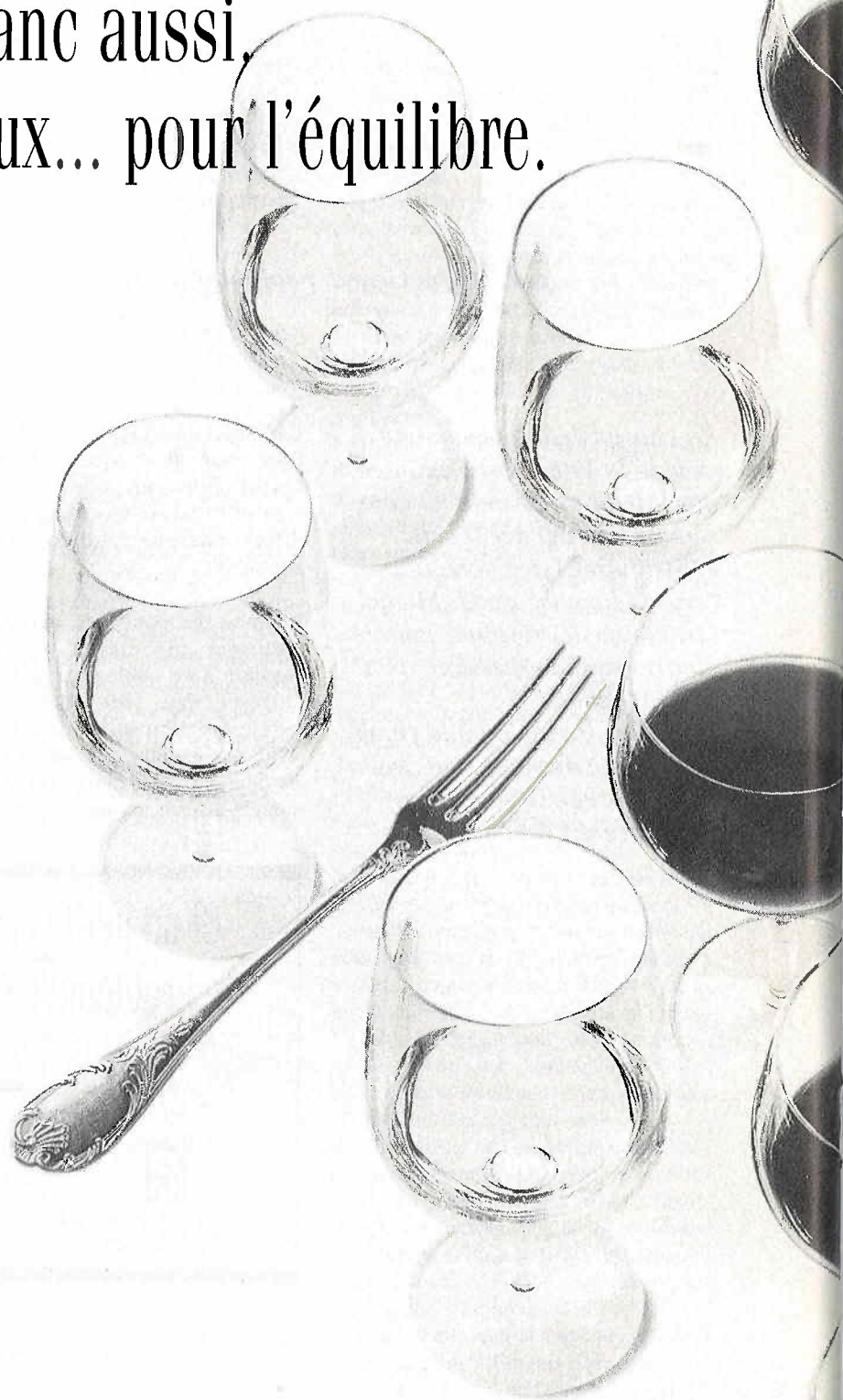

VILLA FLORA
Centre de traitement de l'alcoolisme
Ch. des Cyprès 4, 3964 Muzz/Sierre
Tél. 027 455 75 51

J. MARIE GRAND

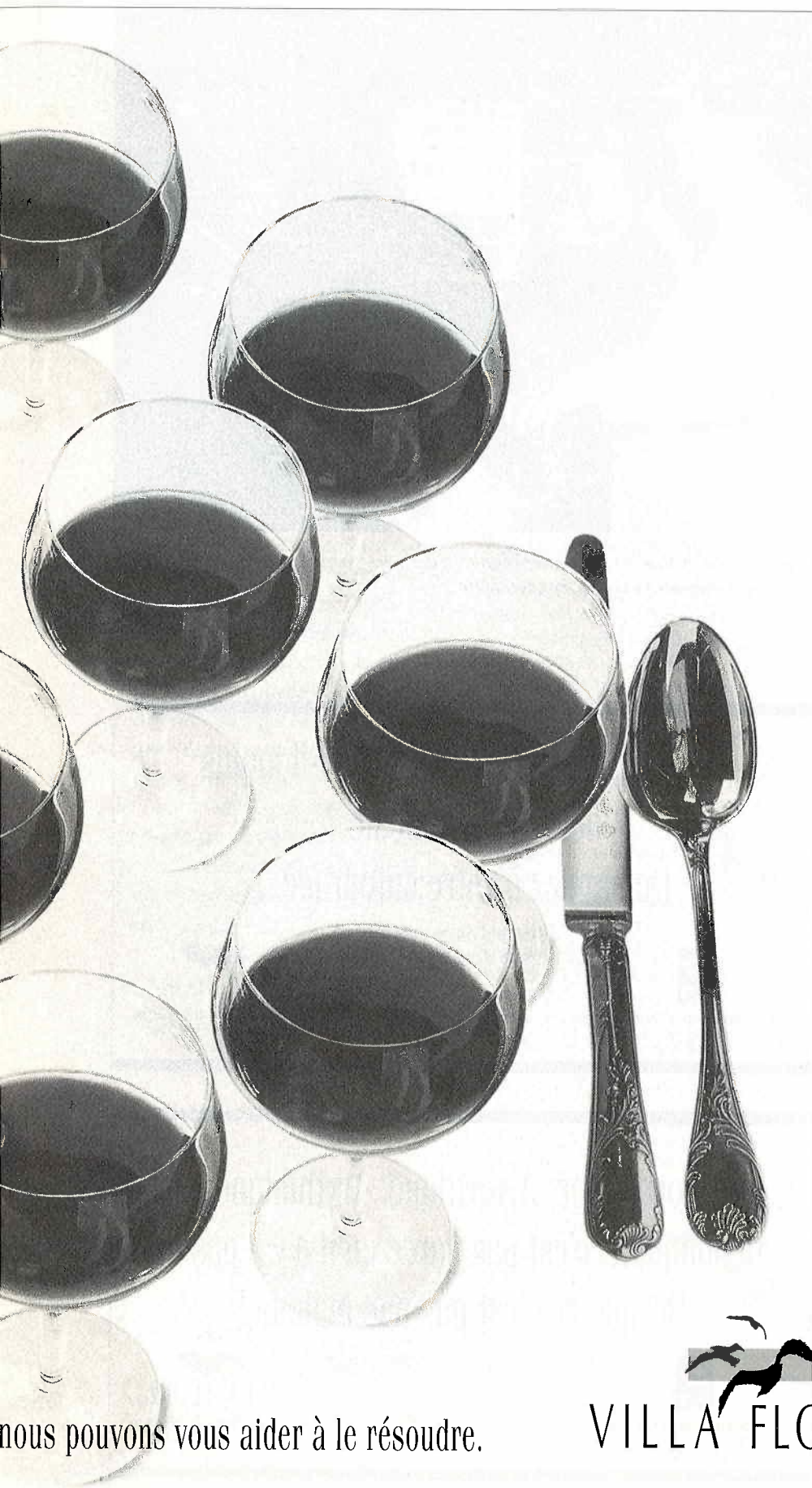
Et vous ne mangez que du rouge ?

Non, du blanc aussi.

Oui, c'est mieux... pour l'équilibre.



L'alcool peut être un problème.



ous pouvons vous aider à le résoudre.


VILLA FLORA

Centre de traitement de l'alcoolisme
Sierre 027 455 75 51

Les éléments qui constituent l'annonce de la double page précédente peuvent paraître choquants ou incongrus. Il nous semble qu'ils s'adaptent à notre temps et permettent d'impliquer les personnes concernées par le message diffusé.

Se nourrir d'alcool peut sembler aberrant à certains?

Pas aux clients de M. Mottet. La formulation sous forme de dialogue? Parce que même les cas les plus graves doivent savoir que l'on peut encore parler de leur problème.

"Pour l'équilibre?" Une touche d'humour qui laisse entendre qu'il y a de l'espoir de s'en sortir. Un brin de dérision qui dit, puisque l'on en rit, que tout n'est pas définitivement noir.

La photo? Elle renforce le texte et permet de visualiser le côté affolant de certains comportements alcooliques.


Le base line et la signature? Sérieux, sobre et serein tel que veut se montrer la Villa Flora.




La prévention évolue. Photo prise pendant la dernière guerre et tirée de l'ouvrage d'Alphonse Boudard «Le vin au quotidien».

Un petit verre à 9 heures rend-il moins nerveux qu'un café ?
Demandez à votre entourage...


L'alcool peut être un problème, nous pouvons vous aider à le résoudre.



Ligue valaisanne contre les toxicomanies
Place du Midi 36, 1951 Sion
Tél. 027 323 29 15


VILLA FLORA
Centre de traitement de l'alcoolisme
Ch. des Cypriés 4, 3964 Muraz/Sierre
Tél. 027 455 75 51

Agoraphobe, Arthritique, Arythmique, Alcoolique... c'est pas parce qu'il n'y a pas de "h" que ce n'est pas une maladie!

Ne restez pas seul avec un problème d'alcool.


Ligue valaisanne contre les toxicomanies
Place du Midi 36, 1951 Sion
Tél. 027 323 29 15


VILLA FLORA
Centre de traitement de l'alcoolisme
Ch. des Cypriés 4, 3964 Muraz/Sierre
Tél. 027 455 75 51

Echantillonage d'annonces presse de la campagne de la Villa Flora

Prévention et politique: un couple indissociable

Richard Müller, directeur de l'ISPA, Lausanne*

Complément indispensable aux mesures de prévention orientées vers l'individu et ses capacités de choix et d'autodétermination, la stratégie politique est encore trop peu pratiquée par les différents acteurs du terrain, qui la considèrent comme une simple mesure palliative, voire comme contre-productive. Les arguments développés ici sont de nature à convaincre qu'il n'en est rien, bien au contraire. (réd.)

Toujours politique

Toute action de prévention véhicule, au travers des finalités qu'elle poursuit, un système de valeurs implicite et implique ainsi l'instauration d'un rapport de forces. Dans bien des cas, cela ne pose aucun problème. Ainsi, la nécessité de prévenir les maladies infectieuses fait l'objet d'un large consensus social. En revanche, il n'en va pas toujours de même lorsqu'il est question d'agir sur des comportements. Nombreux sont par exemple les consommateurs de cannabis qui seraient ravis que l'on renonce à la prévention dans ce domaine.

Par ailleurs, faire de la prévention implique forcément que l'on définisse des groupes-cibles. Se pose alors systématiquement la question fondamentale: "Qui détermine, et avec quelle légitimité, chez qui tel ou tel phénomène doit être considéré comme un problème à éviter?". Cette question renvoie au pouvoir exercé par les "définisseurs" sur les "définis" et l'on peut noter à ce propos que ce n'est pas un hasard si les jeunes constituent une catégorie particulièrement visée par la prévention. Certes, la prévention la plus efficace intervient lorsque les comportements ne sont pas encore totalement ancrés dans les habitudes. Mais il est tout aussi vrai que, dans le cadre scolaire, les enfants et les adolescents constituent un "public captif", à qui l'on peut donc aisément imposer les "bienfaits de la prévention".

Une législation utile

Un regard même rapide sur l'histoire de

la prévention des toxicomanies montre que les mesures législatives et économiques peuvent être des moyens très efficaces pour prévenir les problèmes sanitaires et sociaux. Un domaine différent, celui de l'évolution des accidents de la route, illustre particulièrement bien ces mécanismes. En dépit de l'augmentation de la densité du trafic et du nombre de kilomètres parcourus, le nombre des accidents de la route et celui des victimes blessées ou tuées a diminué de manière significative au cours de ces dernières années, aussi bien en Suisse que dans d'autres pays. Les limitations de vitesse, le port obligatoire de la ceinture de sécurité, la séparation des voies de circulation et la sécurité passive accrue des véhicules y ont très fortement contribué. Il faut certes se garder de sous-estimer les bénéfices de l'éducation et de l'information routière. Une comparaison effectuée entre des pays aux pratiques différentes dans ce domaine permet néanmoins de conclure que les mesures législatives ont joué un rôle déterminant dans la réduction du nombre d'accidents de la route.

Une prise en otage au nom d'intérêts économiques

Dans le cas de l'alcool et du tabac, le moins que l'on puisse dire est que les répercussions positives des mesures législatives en matière de santé publique ne sont pas prises en compte. Bien au contraire: dans un contexte caractérisé par la libéralisation des marchés et le "moins d'Etat", on va jusqu'à supprimer des mesures qui visaient à restreindre

* Traduction de l'allemand:
Elizabeth Neu, *Mots composés*,
1608 Bussigny-sur-Oron

l'accessibilité de l'alcool et du tabac. Au cours des dernières années, la plupart des cantons a en effet déclaré obsolète la clause du besoin, libéralisé les heures d'ouverture des établissements publics et levé les prescriptions concernant la formation de leurs tenanciers. Alors que, chaque année, ils tuent des milliers de gens et que plusieurs dizaines de milliers de personnes en deviennent dépendantes, l'alcool et le tabac sont ainsi devenus des biens plus facilement accessibles que le pain et le lait. Récemment, lorsqu'il s'est agi de déterminer le taux d'imposition unique sur les alcools forts importés et indigènes, le Conseil fédéral a pris davantage en considération les intérêts des producteurs que ceux de la santé publique, ce qui l'a conduit à fixer la taxe à 29 francs (l'industrie de l'alcool avait demandé qu'elle soit de 27 francs, le lobby de la santé exigeant 35 francs). Tout cela en dépit des données empiriques fiables attestant que des mesures - tant législatives qu'économiques - qui limitent l'accessibilité de l'alcool permettent de réduire les problèmes liés à cette consommation. Il en va exactement de même pour la consommation de tabac. On sait en effet pertinemment que les fumeurs sont sensibles aux augmentations du prix des cigarettes. Ainsi, selon les indications données par Philip Morris, l'élasticité de la demande par rapport au prix est de 0,45, ce qui signifie concrètement qu'à revenu disponible constant, une hausse de 10% du prix des cigarettes entraîne une diminution de la demande de 4,5%. Alors même que le prix des cigarettes est plus bas en Suisse que dans tous les pays voisins et que la législation lui aurait permis d'augmenter jusqu'à 50 centimes le prix du paquet, le Conseil fédéral a tout juste trouvé le courage de l'augmenter de 30 centimes. Notons qu'il est significatif que le Conseil fédéral ait justifié cette hausse par des arguments relevant de la fiscalité et non de la santé publique, bien que la Constitution lui confère le pouvoir de prélever des taxes dissuasives visant à sauvegarder la santé publique.

On constate à l'évidence que, chaque fois que des questions relevant de la politique de l'alcool et du tabac touchent à la fois à des intérêts économiques et à des intérêts de santé publique, ces derniers passent à la trappe. Le débat actuel autour de l'abaissement du taux d'alcoolémie à 0,5 pour mille en est un bon exemple. Sans conteste, toutes les don-

nées disponibles vont dans le sens de cet abaissement et l'expérience réalisée tout dernièrement en Allemagne est des plus probantes (on y parle même d'un "miracle du pour mille"). Or, on continue de repousser l'introduction du 0,5 pour mille. Autre exemple: le triste débat du Conseil national sur l'introduction d'une taxe sur le vin permettant de couvrir les dépenses sociales engendrées par sa consommation. Alors que le principe du "pollueur-payeur" avait été adopté, bien qu'à une faible majorité, par la Commission préparatoire, le Conseil national l'a, quant à lui, rejeté en bloc. Il n'est pas inintéressant de relever que même des conseillers nationaux qui l'avaient initialement soutenu ont ensuite voté contre le projet. Le lobby agricole avait assurément bien fait son travail.

Tant les fabricants de cigarettes que les producteurs et les distributeurs de boissons alcooliques répètent inlassablement qu'ils jouent un rôle important dans l'économie, insistant sur le fait que des mesures de limitation de la consommation entraîneraient fatalement une diminution des emplois. En réalité, la perte d'emplois qu'a connue cette branche de l'industrie au cours des années écoulées est essentiellement due aux améliorations de la productivité. De manière générale, il faut retenir que l'augmentation du pouvoir d'achat générée par une diminution de la demande d'alcool et de tabac se reporterait sur d'autres biens de consommation, ne provoquant ainsi aucune perte pour l'économie globale.

"Juste assez d'Etat, mais autant de liberté que possible"

Voilà, remise à neuf, la vieille devise de l'idéologie "libéralo-libertaire" prônée non seulement par la droite politique, mais encore par de nombreux spécialistes de la prévention. Ces derniers considèrent en effet souvent les mesures législatives dans le domaine de la politique de l'alcool et du tabac comme de simples mesures palliatives, voire comme des dispositions contre-productives. A leurs yeux, les mesures relevant de la politique des prix renforceraient les inégalités sociales. Ce faisant, ils oublient de se demander "combien d'Etat" il faut pour faire contrepoids à l'inégalité des chances, oubliant aussi, dans la foulée, que la justice sociale dépend aussi de la politique des revenus et pas uniquement de la politique des prix. Ce n'est que dans l'hypothèse où le vieux rêve de tout "pré-ventologue" serait réalisé - autrement dit,

au moment où tous les membres d'une société seraient en mesure de décider de manière tout à fait autonome et en se fondant sur un calcul rationnel - que l'on pourrait renoncer à toute intervention de la part de l'Etat. Or, ce rêve est très loin d'être réalisé. Il suffit, pour s'en convaincre, de constater l'augmentation du nombre de fumeurs parmi les adolescents. En fait, les interventions de l'Etat resteront indispensables, tant que nous ne serons pas parvenus à éduquer les jeunes de manière à leur permettre de maîtriser leur consommation d'alcool et de tabac, tant que la prise de risques inconsidérés fera partie de la philosophie ambiante et que nous ne serons pas parvenus à convaincre ces jeunes qu'il vaut la peine d'orienter sa vie vers la santé. Il est vrai que c'est là une position paternaliste, en contradiction avec l'idéologie libérale. Mais, en fin de compte, la position libérale voulant que "chacun trouve son bonheur à sa façon" n'est-elle pas cynique? Elle implique en effet que chacun est en mesure de faire librement ses choix, sans être soumis à des contraintes de la part de son environnement social ou de la publicité.

Le lobbying actif fait encore défaut

Les mesures d'ordre législatif et économique sont pertinentes parce que leur efficacité est prouvée et que tout le monde, en fin de compte, en profite. Il s'agit non seulement de le faire savoir au grand public, mais encore de le faire reconnaître par le monde politique. Or, si l'on compare le succès des *lobbies* économiques à celui des milieux de la santé publique, on ne peut s'empêcher de constater que ce dernier ne fait pas le poids. On ne peut s'empêcher de déplorer l'absence d'un véritable *lobby* de la santé, non seulement au niveau fédéral, mais encore au niveau cantonal. La tâche d'un tel *lobby* est de s'approcher des représentants du peuple à tous les niveaux et de les sensibiliser aux intérêts relevant de la santé publique. Il lui revient aussi de faire connaître publiquement la manière dont ont voté les députés sur ce type de questions. Pour que le travail de ce *lobby* de la santé soit efficace, ses membres doivent faire partie d'un réseau et disposer d'un centre de documentation commun. Une conférence annuelle, portant sur les projets de loi qui vont être discutés au Parlement et sur les besoins actuels en matière de politique de la santé, pourrait permettre de coordonner et de renforcer l'action politique dans le secteur de la santé.

Highlights

concernant la désintoxication

Nemexin[®] (Naltrexone HCl)

Admis par les
caisses-maladie (I)
depuis le 15 mars 1994

Le premier sevrage médicamenteux des opiacés sans
opiacés qui, parallèlement à une prise en charge
psychosociale, prévient efficacement la rechute.

En 1995, aux Etats-Unis, Nemexin[®] a été admis pour
le traitement des personnes dépendantes de l'alcool.

et le diagnostic des drogues

SYVA[®] TEST RAPIDE

Dade Behring produit le test
immunoenzyme Emit[®], méthode
numéro un mondiale de
dépistage des drogues.

Sous la forme d'une carte facile à
manier, le test rapide SYVA[®] permet
de détecter la présence d'une ou de
plusieurs drogues dans les urines.



grandeur originale

Le premier test de dépistage rapide des drogues
avec contrôles réactifs incorporés pour des résultats fiables.

- simple
- rapide
- fiable
- offre

mettre 3 gouttes d'urine dans le creux
vous avez le résultat après 10 min. au plus tard
résultat clair, facile à lire
tests uniques et combinés adaptés à
tous les besoins:

- cannabis
- cocaïne
- opiacés
- métamphétamines
- cannabis
- cocaïne
- métamphétamines
- barbituriques
- benzodiazépines
- méthadone

Documentation,
informations et
exposés auprès:

Opopharma S.A.
c/o Polymed Medical Center
Industriestrasse 59, 8152 Glattbrugg
Tél. 01/810 03 14 et 01/828 63 63
Fax 01/818 04 10

Panorama des outils de prévention

Guylaine Dubois, responsable du secteur prévention de la LVT, Sion

L'analyse détaillée des 32 programmes romands présentés au Salon de la prévention des dépendances de Bienne en avril 98 nous montre une photographie des stratégies et intentions actuelles en la matière. De quoi, nous l'espérons, stimuler la créativité et l'innovation. (réd.)

Faire une typologie des outils de prévention, tel est l'objectif de ce texte. Une semblable analyse s'inscrit dans un double axe: temporel et géographique. L'unité de temps choisie est l'immédiateté figée par le catalogue du deuxième Salon national de la prévention des dépendances qui a eu lieu du 22 au 24 avril 1998 à Bienne. L'aire géographique est linguistique puisqu'il s'agit de l'analyse des projets romands présentés lors de ce Salon. L'innovation était un des critères de sélection, de même que l'inscription thématique du programme dans l'un des trois sujets suivants: la prévention en milieu scolaire, la prévention ciblée pour des groupes spécifiques et l'approche communautaire de la prévention.

L'idée est de s'attacher de manière pragmatique au signalement des moyens disponibles en matière de prévention. La démarche se veut des plus complètes, mais elle n'a pas la prétention d'être exhaustive. Elle est avant tout descriptive. Cependant, la conclusion de ce tableau évoque des idées quant à l'orientation possible des futurs programmes de prévention.

Entrer dans un système

D'un point de vue sémantique, une typologie est une élaboration de "types" ayant pour objectif de faciliter l'analyse d'une réalité complexe et sa classification. Le but est de systématiser des outils de prévention, à savoir de les intégrer dans un système. Il s'agira de mettre en évidence les caractéristiques

des outils de prévention disponibles à l'heure actuelle en Suisse romande. En d'autres termes, dégager les normes qui régissent la conception, la réalisation et l'utilisation des programmes de prévention en Suisse romande.

Cette démarche simplificatrice ne peut faire l'économie d'un rappel du cadre à l'intérieur duquel sont élaborés en Suisse les programmes de prévention. Le courant scientifique actuel en matière de stratégies préventives est en grande partie issu de la Charte d'Ottawa, laquelle définit la promotion de la santé comme le processus offrant à tout un chacun les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur sa santé. Ce glissement de vocabulaire, ce passage d'un concept spécifique de prévention des toxicomanies vers un concept général de promotion de la santé n'est pas sans incidence sur la manière d'envisager la prévention.

Il est important de rappeler que l'utilisation des ressources limitées et dévolues à la prévention est répartie entre plusieurs acteurs publics. En outre, en matière de santé publique, la Confédération joue un rôle subsidiaire, le rôle principal revenant aux cantons et aux communes; ces dernières peuvent déléguer les activités préventives à des organismes privés ou étatiques. La Confédération, par son Office fédéral de la santé publique, a édicté des objectifs de prévention en les répartissant selon les substances. Pour l'alcool, le but affiché est la diminution de la consommation excessive d'alcool, le respect de la position de toute personne qui ne veut ou ne doit pas boire de l'alcool. Pour

les drogues, l'objectif est plus global, puisqu'il s'agit de rendre les enfants et les adolescents capables de mener leur vie sans drogue. Il convient également de prévenir les effets négatifs de la consommation des stupéfiants tant au niveau de l'individu que de ses proches et de la société.

Le système "national" de l'élaboration des programmes de prévention est ainsi, mais - faut-il vraiment le rappeler? - il y a autant de systèmes de prévention qu'il y a de cantons, voire de réseaux de prévention. Catégoriser pour simplifier peut - dans notre cas - rendre plus complexe encore l'analyse des moyens préventifs. Afin de contourner au maximum cet écueil contextuel, les clefs d'analyse de programmes seront extérieures aux particularités du fédéralisme suisse et se concentreront sur les outils eux-mêmes.

Les clefs de l'analyse

Afin de dessiner le paysage romand des outils de prévention, il convient de sélectionner les caractéristiques "comparables" afin de construire des catégories. Le choix s'est porté sur six éléments qualifiant les outils: l'émetteur, le public cible, le message, le lieu de la diffusion, la durée et l'objectif. Ce choix est dicté par des considérations de deux sortes: d'une part, d'ordre pratique, et d'autre part, d'ordre conceptuel.

En effet, ce sont des données disponibles pour chaque programme analysé: un seul contre-exemple, le budget des programmes - qui aurait pu apporter un éclairage intéressant - n'était pas toujours accessible. D'un point de vue conceptuel, ces différents éléments sont typiques de la démarche préventive et vont nous permettre de dégager l'essence d'un ensemble de projets de prévention. Le moment analysé est celui de la diffusion du message, de l'action proprement dite du programme: nous n'étudierons la conception des projets que de manière indirecte si cela est nécessaire pour la compréhension de la typologie.

Les programmes analysés

Le nombre des programmes observés est de trente-deux. Pour construire notre analyse, une grille de comparaison a été établie. Cette grille comportait les six

éléments cités ci-dessus. Nous avons choisi de nous attacher à la description faite par les concepteurs des programmes et de nous concentrer sur leurs déclarations quant aux orientations des six éléments soumis à notre étude. Les effets secondaires ou indirects sont pris en compte uniquement en tant que source d'explication pour dépasser l'analyse quantitative inhérente à une telle démarche. De plus, pour un même projet, très souvent pour le même élément, il y avait plusieurs réponses: ainsi le nombre total à l'intérieur des catégories d'éléments dépasse parfois le nombre total des programmes.

Les résultats

Tout d'abord, il convient de rappeler qu'il s'agissait d'un Salon de professionnels fait par et pour ces derniers et pour leurs relais "naturels" (enseignants, responsables communaux, etc.); le grand public n'était pas à proprement parler visé par le Salon.

a) Les émetteurs

Au niveau des émetteurs, la première démarche analytique a dégagé dix catégories d'émetteurs, répartis ainsi:

	Nb	%
Professionnels de la prévention	27	54
Professionnels de l'éducation	10	20
Professionnels du spectacle	3	6
Bénévoles	2	4
Jeunes	2	4
Grand public	2	4
Responsables de groupes	1	2
Association hors prévention	1	2
Réseau professionnel	1	2
Dépendants	1	2
Total	50	100

En tête de liste, très nettement et sans réelle surprise arrivent les professionnels de la prévention (plus de 54% des suffrages). Ils sont suivis par les professionnels de l'éducation (20% des voix); rien d'étonnant à cela non plus. Par professionnels ou spécialistes, on entend des personnes consacrant leur temps de travail en priorité ou de manière clairement définie à ce domaine. Cette qualification n'informe pas au sujet de la formation précise des acteurs dits professionnels de prévention. Dans six cas de figure, une collaboration entre professionnels de la prévention et professionnels de l'éducation s'est

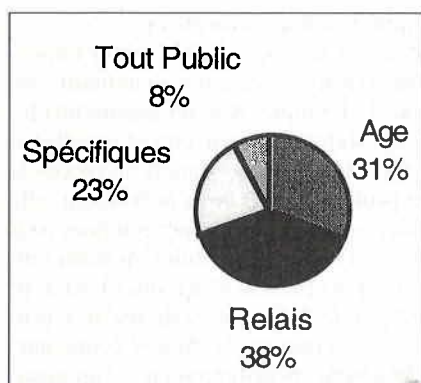
établie (soit environ 20%).

Pour les autres émetteurs, leur importance relative - en terme quantitatif - est quasi identique. A noter encore un élément significatif concernant la collaboration entre professionnels du spectacle et professionnels de la prévention: elle intervient dans quatre programmes (soit 13%). On peut en déduire un souci toujours plus présent d'accroître l'attractivité et le professionnalisme des programmes préventifs. Ainsi l'éclatement (10 émetteurs différents) n'est qu'apparent, puisque les professionnels de la prévention se profilent clairement comme leader.

b) Les publics cibles

	Nb	%
13-20 ans	13	26
Tout public	10	20
Ecoliers <13 ans	6	12
Enseignants	4	8
Bénévoles	3	6
Responsables (groupes, pers.)	3	6
Adultes	2	4
Dépendants	2	4
3ème âge	2	4
Co-dépendants	2	4
Récidivistes	1	2
Parents	1	2
Groupe de pression	1	2
Total	50	100

A nouveau un groupe se détache de l'ensemble, à savoir dans le cas présent celui des "13-20 ans", qui représente plus du quart des préoccupations des émetteurs. Vient ensuite la catégorie "Tout public" avec 20%, suivie des "Ecoliers < de 13ans" (12%). En analysant le tableau, on peut remarquer que le critère de la formation ou de la position professionnelle et/ou personnelle intervient à plusieurs reprises: enseignants, bénévoles, responsables, parents et groupe de pression (soit 38% en tout). L'âge est également décisif dans l'orientation des programmes puisqu'il intervient dans quatre sous-groupes, soit dans 30% des cas. On peut donc dire que l'on cible de manière prioritaire en fonction de la possibilité pour les personnes de devenir un relais et en fonction de leur âge. Les groupes spécifiques (dépendants, co-dépendants et récidivistes) représentent la troisième catégorie qui émerge de l'analyse du tableau. Ainsi les milieux déterminés et visés par les organisateurs du Salon étaient bien représentés, même si en deuxième position, on trouve le grand public.



Résumé - Le regroupement des publics cibles

c) Le message

La troisième clef d'analyse utilisée est le message, à savoir ce qui est dit, transmis et idéalement reçu par le public cible.

	Nb	%
Compétences	15	55
Gestion des risques	6	22
Informations	3	11
Personnalisé	3	11
Total	27	100

Une première catégorie peut être dégagée: elle prend en considération l'ensemble des dépendances, avec comme message prioritaire la mise en évidence des ressources et des compétences du public cible (55,56%). Vient ensuite un message de gestion des risques et cela, quel que soit le produit. La diffusion d'informations et de messages personnalisés fait également partie des déclarations préventives des programmes. Le seul message ciblé en fonction d'un produit concerne l'alcool; il s'agit de prévention des abus et des rechutes. On note donc encore une distinction entre les produits et le type de message. Pour l'alcool, on parle plus facilement de prévention de l'abus, plutôt

que de prévention de l'usage, alors que pour les drogues illégales, ce message n'est pas encore mûr ou tout simplement pas - encore - acceptable.

Un message orienté clairement vers "La promotion de la santé" n'apparaît pas encore de manière flagrante. C'est plutôt son absence explicite qui est significative par rapport aux déclarations d'intention et aux idées forces des courants actuels de prévention, ou plutôt de la défense de la promotion de la santé comme avenir "efficace" en matière de santé publique.

d) Le lieu de la diffusion

	Nb	%
Ecoles	11	34,38
Espace pub.	8	25,00
Loisirs	5	15,63
Itinérant	2	6,25
Internet	2	6,25
Ecoles adultes	2	6,25
SCA	1	3,13
Institutions	1	3,13
Total	32	100,00

Le nombre des catégories de lieux de prévention est relativement élevé (8), mais à nouveau on peut dégager clairement un lieu de prédilection pour la diffusion de messages préventifs: l'école. Rien d'étonnant à ce constat étant donné que le public cible prioritaire est le groupe des enfants et des adolescents; en outre, le partenaire naturel des professionnels de la prévention est le personnel enseignant. L'espace public est bien investi, tant dans sa forme spontanée (stands de rue, etc.) que dans une configuration plus organisée (sollicitations publiques, conférences, etc.). Dans 15% des cas, les loisirs sont également désignés comme lieu spécifique de prévention. Les nouveaux canaux de diffusion démarrent gentiment leur carrière

préventive avec un peu plus de 6% des voix. On constate donc une cohérence forcée entre les lieux de prévention et les publics cibles.

e) L'unité temporelle (voir bas de page)

Les catégories temporelles ont été établies en fonction des indications données par les créateurs du programme. Il va de soi qu'aucun projet n'avait une vocation purement ponctuelle et que chacun tenait compte de la nécessité de l'ancrage d'actions préventives dans le long terme. Cependant, une distinction en trois catégories a été possible: à savoir entre les actions "coup de poing" (le début et la fin sont précisément connus, par exemple le nombre d'heures d'animation), entre les actions uniquement de "lancement" de programme (stimulation) et entre les processus déclarés (nécessité de plusieurs étapes, jours, etc.). Le ponctuel (46,88%) et le long terme (43,75%) se partagent le champ temporel et laissent un peu moins d'un 10% aux actions démarrages, aux catalyseurs de prévention. A la fin de cette analyse, il paraît délicat de catégoriser clairement les outils de prévention en termes de temporalité.

f) Les objectifs

	Nb	%
Prévention globale	13	32,5
Prévention spécifique	11	27,5
Promotion de la santé	10	25
Collaboration	4	10
Point départ	2	5
Total	40	100

Le cadre général des programmes était bien entendu induit par le thème général du Salon, à savoir la prévention des dépendances. Mais de manière plus pointue, il est possible de dégager différents

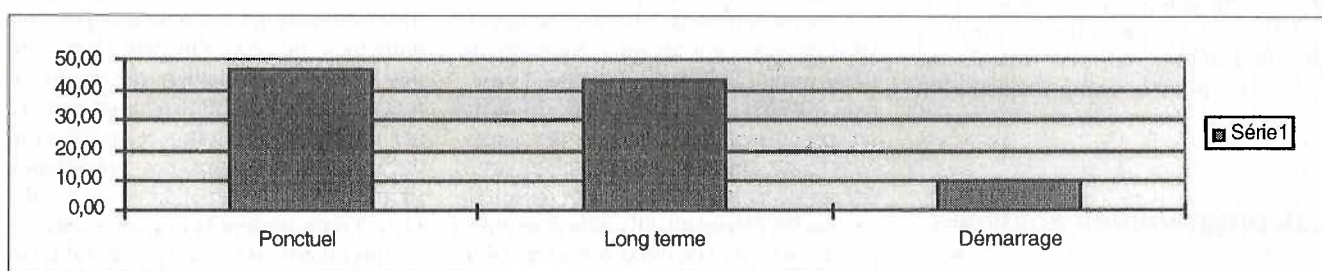


Tableau 6: La durée des actions

“sous-objectifs”. Le tableau numéro 7 montre que l’on peut trouver cinq objectifs. 32,5 % des programmes déclarent comme objectif la prévention globale et 27,5 ont un objectif plus spécifique. Le quart des programmes avoue un but de promotion de la santé. Nous sommes peut-être en train de jouer sur les mots, mais il est vrai que leur utilisation a toute son importance dans un domaine où l’imaginaire social et les représentations symboliques jouent un si grand rôle. La manière de présenter le programme a une influence sur la façon dont il va être reçu, vécu et interprété par le public cible. De plus, les sources de financement accentuent encore cette distinction - cette distorsion ? -; en effet, les moyens sont issus d’organes précis, avec des mandats précis dans des domaines bien déterminés. Souvent, le respect des subventionneurs fait encourir des risques d’a-priori gênants et pourtant évitables. En effet, nommer trop précisément peut induire un biais social nuisible à l’efficacité du programme. Enfin, et cela a son importance - bien au delà de la valeur numérique -, des projets de prévention mettent en avant la collaboration comme corollaire à une prévention effective et efficace.

Portrait robot d’un outil - romand - de prévention

En Suisse romande, la prévention des toxicomanies est assurée par des professionnels, spécialistes du domaine précité. Elle concerne en premier lieu les adolescents et les enfants, même si on trouve également des orientations tout public. Cette spécialisation des diffuseurs de prévention est nuancée par la recherche importante de relais, de personnes ressources hors du champ des toxicomanies. L’âge reste un critère important dans le choix des orientations préventives. Le message est un porteur de responsabilisation du public visé, désigné comme acteur de son propre bien-être sous la condition de l’acquisition de compétences personnelles et sociales. L’école est l’endroit choisi pour l’essentiel des activités préventives définies très souvent dans leur durée en termes d’heures d’animation. Enfin, les objectifs déclarés de ces différents programmes sont d’ordre préventif (global ou spécifique) plutôt que de promotion de la santé. Voici la description conclusive et certainement réductrice d’un type caractéristique d’outils de prévention propres à l’actualité suisse romande.

Et pour demain?

C’est déjà demain dans les résultats de nombreuses recherches scientifiques qui préconisent des outils de prévention atypiques par rapport à ce qui s’est dessiné précédemment. En effet, bon nombre de recherches recommandent de “sortir” la prévention des écoles; de travailler avec des groupes très spécifiques, en fonction du sexe ou/et du parcours de vie; de rendre la prévention, la promotion de la santé au citoyen, au quidam, afin de valoriser ses compétences et d’en augmenter l’efficacité. De plus, toutes les démarches d’ordre structurel sont à mettre en évidence afin de faire de la prévention plutôt que de la nommer. Si la prévention se doit de se professionnaliser en terme de marketing, de communication et de canaux de diffusion; elle doit se diluer dans le tissu social quant à sa transmission et sa responsabilité. Osons la créativité, l’atypique. Essayons de distinguer de manière constructive la prévention de son alibi politique et social.

CARTON ROUGE A LA CIGARETTE

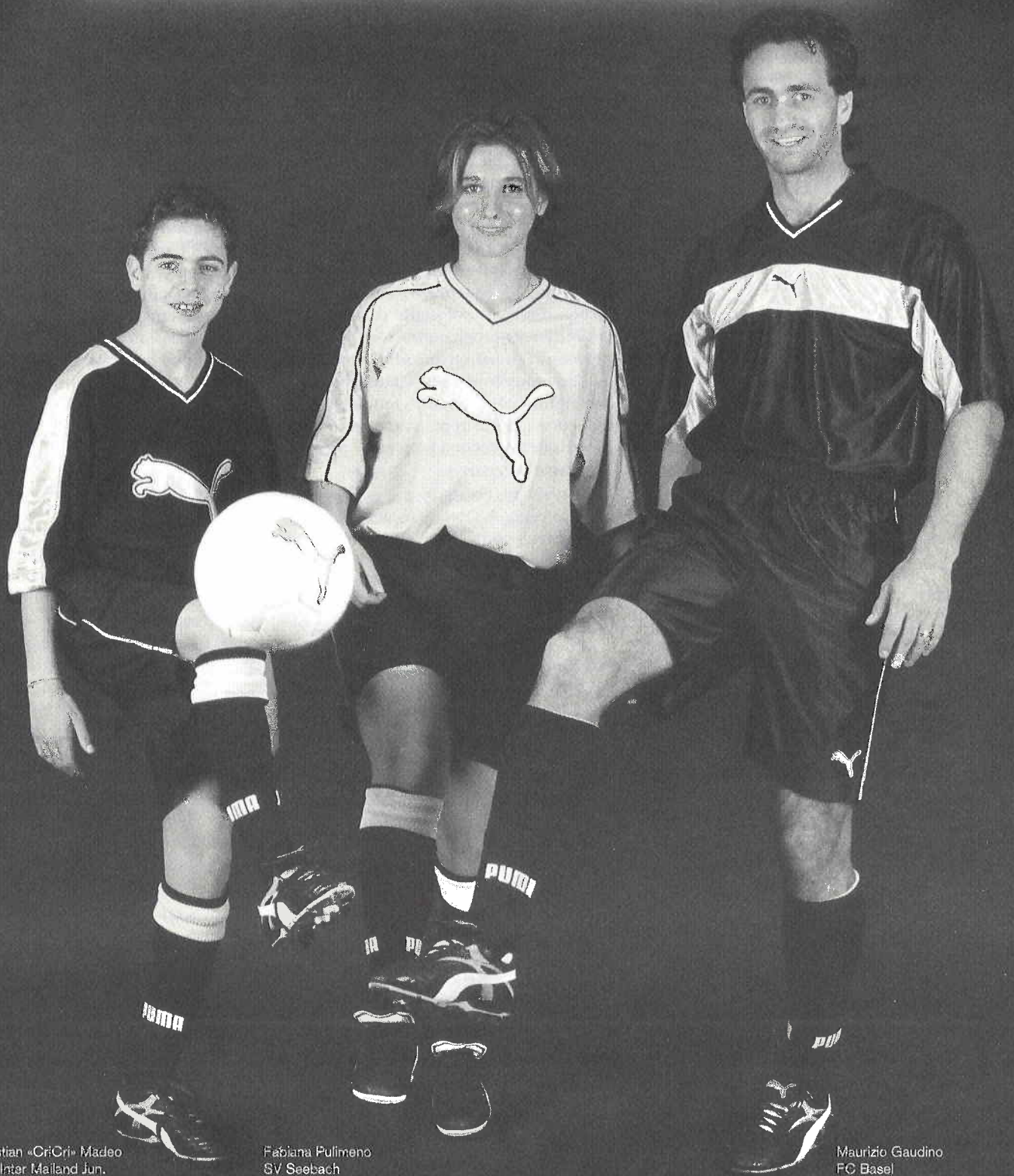


FOTO: PIUS KOLLER

Cristian «CriCri» Madeo
FC Inter Mailand Jun.

Fabiana Pulimeno
SV Seebach

Maurizio Gaudino
FC Basel



smoke out



Association suisse pour la prévention
du Tabagisme
Effingerstrasse 40, 3001 Bern
Téléphone 031 389 92 46 Fax 031 389 92 60

Objectif Grandir: de la controverse d'une méthode pédagogique à la réduction d'un concept de prévention

Jacques Challandes, chargé de prévention au service médico-social de Neuchâtel, membre du Groupe Prévention du GREAT (GPG)

Plutôt que de répondre unilatéralement aux questions soulevées par le programme "Objectif Grandir" (OG) en Suisse romande, Jacques Challandes, à la suite d'une journée de travail du Groupe Prévention du GREAT (GPG), le 8 septembre 1998, retransmet ici quelques impressions générales quant à l'incidence de la polémique qui s'est développée autour de ce moyen de prévention. (réd.)

Le groupe de prévention du GREAT a réuni plusieurs invités, spécialistes et praticiens des programmes de prévention et d'éducation pour la santé en milieu scolaire, pour faire le point sur la situation actuelle en la matière. Plusieurs questions débattues restent encore ouvertes; elles baliseront le chemin du lecteur. Mais encore:

- Comment faire pour établir ou rétablir un crédit moral et scientifique ainsi que l'implantation progressive de programmes d'éducation pour la santé et de prévention en milieu scolaire?
- Quelles leçons doit-on tirer de "l'affaire Objectif Grandir"?
- Au travers des critiques à l'égard d'OG, c'est la prévention primaire qui se trouve remise en question, ne plus/pas toucher aux émotions, repérer les situations difficiles et les transmettre aux spécialistes, n'est-ce pas là ce qui se pratique déjà? Où sont les limites de compétences?
- Si le cercle magique, lieu d'écoute et de parole, est un tremplin aux secrets et confidences familiales, faut-il réellement confiner cette pratique ou d'autres à la seule dimension du vécu scolaire? Est-ce réaliste?

Nous sommes bien peu nombreux à pouvoir répondre à ces questions. Pour aller dans ce sens et concernant l'objet du scandale, soit Objectif Grandir, il s'agit d'évaluer dans quelle mesure cette polémique vise un outil pédagogique précis ou les approches préventives préconisées aujourd'hui. Quelles conséquences peuvent avoir ces critiques parfois très dures sur le dévelop-

pement des activités de prévention? Il est difficile pour l'instant d'en connaître les répercussions. Une prise de position des spécialistes de la prévention, sous la forme d'une résolution s'imposait. Elle est à disposition du lecteur qui peut l'obtenir au GREAT.

Le programme Objectif Grandir

L'implantation et le développement de programmes d'éducation pour la santé du type "life skills" sont apparus dans les années 60-70 dans les pays Anglo-Saxons. Ils sont adaptés et développés dans notre pays à la fin des années 80, début 1990. Afin de leur garantir une bonne implantation culturelle, ces programmes nécessitent et nécessitent des aménagements réguliers. Au plan de leur conception, ces programmes comportent une pédagogie circulaire, un développement prévu sur le moyen et long terme ainsi qu'une mise en pratique assurée par un animateur, un enseignant scolaire ou intervenant spécialisé, le plus souvent.

Objectif Grandir est implanté au Jura en 1993 suite au mandat attribué par le canton à *Mandat Plus prévention et Daniel Pellaux*. Dans le canton du Jura, OG est intégré dans le cadre de l'EGS, l'Éducation Générale et Sociale (soit lh hebdomadaire d'éducation pour la santé du degré 1 à 9, intégrée dans le programme scolaire de base). D'autres programmes semblables sont déjà implantés dans les écoles romandes (Transformation, Prodas, Clefs pour l'adolescence). TACADE est le nom, de l'Organisation

non gouvernementale britannique qui a conçu une partie du programme Objectif Grandir. A l'origine, ce programme est destiné aux praticiens: les enseignants, les Offices médico-pédagogiques, les intervenants en prévention. Les objectifs du programme peuvent se résumer en trois axes:

- faire face au quotidien
- participer à la promotion de la santé
- favoriser le partenariat entre l'école et la famille.

Ces objectifs visent au développement et à l'acquisition des compétences ou habiletés sociales chez les enfants de 6 à 12 ans. Plusieurs études soulignent le rôle protecteur des contenus acquis par les jeunes. Les objectifs d'OG et ses résultats s'inscrivent parfaitement dans les orientations prévues par plusieurs organisations reconnues et officielles comme l'OMS. Ces orientations consistent à:

- un développement du programme à long terme
- une formation des partenaires aux compétences sociales
- l'adéquation du programme par rapport au développement de l'enfant
- au développement du partenariat entre l'école et la famille (rôles)
- un degré élevé d'attractivité et de reproductibilité de la démarche
- l'offre d'alternative pédagogique du type approche par les pairs.

Selon le point de vue de l'UNICEF, les programmes de type "life skills" sont prometteurs et ont un bel avenir.

En Suisse romande, la formation est suivie sur la base d'une démarche libre et volontaire avec un financement par les Lyon's clubs via les communes. Des répondants, enseignants la plupart du temps, sont responsables du programme et référents OG dans leur établissement scolaire. En Valais, la formation a été dispensée aux formateurs (intervenants en prévention et promotion de la santé) puis, dans un second temps, ceux-ci ont eux-mêmes formé les enseignants. Dans le canton de Neuchâtel, la formation OG est organisée dans le cadre du Centre de perfectionnement du corps enseignant et de la formation continue.

Situation actuelle

Il règne actuellement une forte émotionnalité autour du programme OG et un haut degré de politisation. Dans le canton de Vaud, la situation paraît blo-

quée¹. La commission d'étude mise sur pied par le Conseil d'Etat vaudois et deux groupes de travail ont produit plusieurs rapports contradictoires, tantôt favorables puis défavorables au programme.

Un troisième rapport délivré par le CVRP - Centre vaudois de recherche pédagogique - restitue une analyse de terrain accomplie dans les classes, auprès des parents, d'enseignants et de directeurs d'établissements. Les conclusions de ce dernier rapport sont nuancées. Signalons encore que plusieurs rapports d'évaluation sont disponibles, notamment, "Des mots pour prévenir", évaluation de la mise en œuvre du programme OG dans les cantons de Vaud et du Jura, par Anne Dentan et Isabelle Girod, 1995 et "L'introduction du programme d'Education Générale et Promotion de la Santé (EGPS) dans les écoles publiques du Valais", par Anne Dentan, Gaby Jentsch-Volken, Catherine Parplan, 1996.

Contextes et développement

Vaud

Début 1993, c'est l'implantation d'OG en terre vaudoise, la démarche de l'éducation à la santé s'amplifie. La maquette d'OG séduit totalement les enseignants et ce programme est jugé nécessaire. Une demande avérée du corps enseignant pour ce genre de programme renforce l'adhésion autour d'OG. Car il y a là une approche d'éducation pour la santé intéressante, dotée d'une pédagogie circulaire comprenant plusieurs outils et techniques de groupe. Près de 70% du corps enseignant de certains établissements scolaires vaudois ont suivi la formation OG. Bien peu de questions et de problèmes sont apparus et ont été signalés, tant de la part des parents que d'autres milieux de praticiens de la prévention.

Les membres des groupes de travail OG ont remis en janvier 1998, un rapport plutôt positif au Conseiller d'Etat Jean-Jacques Schwaab, alors Chef du Département de l'instruction publique. Les constatations suivantes sont signalées suite à l'application du programme dans les écoles vaudoises:

- une réduction de la violence dans les établissements,
- une meilleure communication,
- un climat favorable et une sécurité améliorée,
- une facilitation de l'expression des élèves.

Valais

En Valais, le programme OG est bloqué. Il y a eu amalgame avec d'autres objets politiques comme *Education 2000*, *Éduquer ou instruire...*

Une redéfinition des missions de l'école est en cours; l'école doit-elle instruire seulement ou éduquer et instruire? La question risque de rester longtemps ouverte.

Un moratoire quant à l'utilisation et la formation OG prévaut actuellement. Un mandat d'évaluation a été attribué à l'Institut de pédagogie curative de l'Université de Fribourg. Les résultats sont attendus pour novembre 1998².

Jura et Neuchâtel

Il n'y a pas eu de soubresauts et de remous autour d'OG dans le canton du Jura. Pourquoi cela? Il semble qu'ici, les autorités politiques ont su calmer le jeu propice à la polémique. Il en a été de même dans le canton de Neuchâtel.

L'exemple des autorités neuchâteloises et jurassiennes qui rassurent, contiennent, affirment et ainsi limitent la polémique, souligne la solidité du cadrage politique. Les liens existant entre les législations scolaires et les programmes de prévention globale tels qu'OG via l'EGS servent également d'arguments utiles face aux polémiques et légitiment aussi la mission éducative de l'école en collaboration avec ses partenaires, les parents. Par leur contenu, les législations scolaires autorisent et garantissent un cadre propice au développement de l'Éducation pour la santé.

Citons, non littéralement, quelques éléments résumés de la législation scolaire jurassienne:

- le partenariat école - famille (intégration dès le départ des associations de parents d'élèves dans le groupe de conception de l'EGS)
- la réduction de la ségrégation, des clivages
- les droits et devoirs de l'élève: "développer la tolérance, le respect, la fraternité, le civisme, ..."

Ces références et éléments fondateurs permirent l'introduction de l'EGS au Jura, ce qui correspond actuellement à 1h hebdomadaire d'éducation pour la santé du degré 1-9.

Les thèmes de l'EGS ont donc largement bénéficié des contenus du programme OG tels que:

- une image de soi positive, identité
- moi, (émotion, estime de soi, confiance en soi)

- moi et autrui (communication, relations interpersonnelles)
- moi et l'environnement (règles de vie, normes, civisme, lois et législation).

Dès le départ de l'EGS, la demande et l'intérêt pour le cercle d'écoute fut manifeste. Concernant la formation des enseignants, ce qui a été apprécié c'est la pédagogie par isomorphisme, qui permet de mieux cerner l'impact des matières. C'est-à-dire une démarche d'apprentissage et d'appropriation de la méthode en étant soi-même le dispensateur et le destinataire de chaque séquence du programme (apprentissage intégré par les enseignants, des processus et perceptions destinés aux élèves). La formation de base est assurée durant le temps des vacances, la formation continue assure le suivi dans le cadre horaire scolaire.

Rumeur et polémique

Pour l'essentiel, et du dehors, la polémique au sujet d'OG tournerait autour de l'idéologie perçue dans ce programme, sa conception, sa provenance; la scientologie et Objectif Grandir seraient en liens et l'un comme l'autre rechercheraient à séparer l'enfant de sa famille. Ces craintes se trouvent dissipées pour qui découvre les contenus des mallettes OG et exploite les éléments du programme!³

L'aspect intrusif dans le domaine intra-psychique de l'enfant paraît poser problème. Sur ce point, il demeure toujours difficile de démontrer que l'intra-psychique, comme l'histoire familiale et extrascolaire de l'enfant, ne sont pas sollicités au sein de l'école en dehors d'une pratique réglée comme le cercle d'écoute. Qu'advient-il du climat scolaire et de l'intra-psychique des enfants lorsque aucune démarche éducative de ce genre n'est développée dans un établissement?

Quelques hypothèses

Pour mieux comprendre, développons quelques hypothèses, qui d'ailleurs ont été formulées lors de la journée du 23 septembre. Nous en retenons principalement trois qu'il nous faudra bien sûr approfondir et combiner:

- Le **temps nécessaire** à une bonne appropriation de ce programme par les enseignants suisses romands **est enco-re trop court** pour solidifier cette démarche de promotion de la santé; ainsi, faire face aux critiques émises, est plus difficile. Il faut 6-10 ans pour rendre pleinement opérationnelle et affirmer une pratique de ce genre, au plan institutionnel. Il est alors facile de déstabiliser l'édifice préventif surtout au sein d'une école en perpétuelle mutation. Les enjeux électoralistes et politiques ont joué de leur poids dans cette affaire-là.
- Objectif Grandir, comme bien d'autres programmes, constitue une passerelle particulièrement utile aux intervenants spécialisés de la prévention et de la promotion de la santé. Ils peuvent ainsi établir des liens favorables entre l'école, les institutions parascolaires et la famille. La phase actuelle d'appropriation des programmes par les enseignants

Le détournement d'OG par les adultes, afin de régler leurs difficultés pédagogiques, idéologiques, corporatistes comme politiques, est patent.

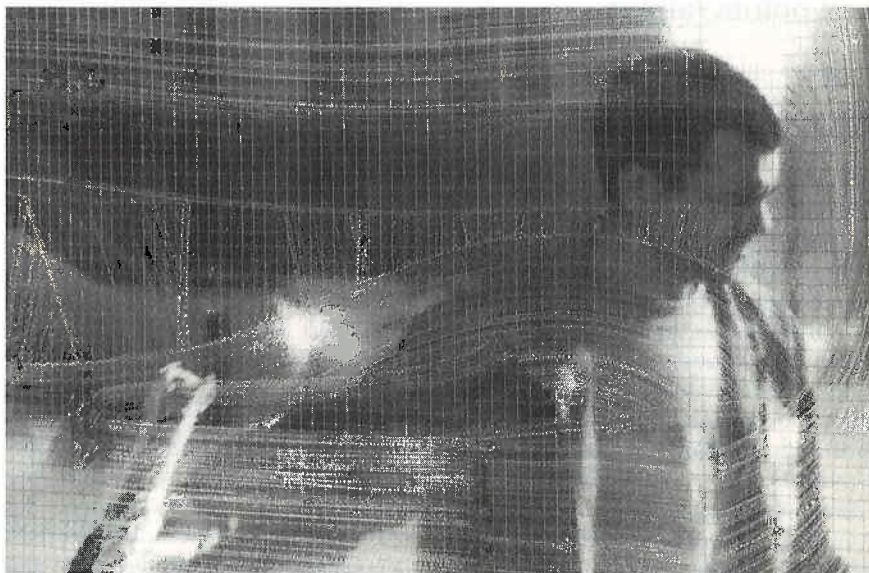


Photo Interfoto

Un certain flou dans les motivations des opposants à OG

est encore fraîche; actuellement, le partenariat avec la famille est plus que mesuré. Dans ce contexte, toute polémique fait surgir des peurs de "morcellement" du pouvoir éducatif traditionnellement dévolu à la famille. Cette concurrentialité est reprise avec vigueur par les mouvements fondamentalistes et autres intégristes, qui voient d'un mauvais œil la réorganisation des missions scolaires et parentales en matière d'éducation à la santé.

- L'utilisation et le développement des "life skills" au sein des écoles romandes **révèlent plus les difficultés intrinsèques de l'institution scolaire**, qui peine à concilier ses missions nouvelles. L'école est iatrogène, comme toutes les structures d'envergure; elle ne diffère pas en ce sens de la société ambiante. L'école est tentée et tente de développer ces programmes afin de se "soigner", de réduire divers effets pervers (anomie et exigences scolaires, masse des programmes, etc.). Les élèves, principaux bénéficiaires du programme, risquent alors de se voir privés d'activités de ce genre, pourtant formatives. Le risque d'appropriation négative et détournement de l'outil OG par/pour les adultes, afin de régler leurs difficultés pédagogiques, idéologiques, corporatistes comme politiques, est majeur.

Les points faibles

- Jusqu'à aujourd'hui, **la formation OG** a été assurée auprès de mille six cents enseignants romands, dans et hors du programme scolaire de base. Une bonne partie des enseignants a bénéficié d'une formation relativement intégrée à l'horaire. Cette dernière relativité reste problématique et rend malaisée l'acceptation du cadre de la formation (temps de formation pris sur les vacances ou sur le temps de travail?).
- Il y a un **manque de formation relatif à l'animation des rencontres de parents**. Des peurs de part et d'autre font manifestement obstacle à l'échange et posent problèmes. L'utilisation d'autres scénarii afin d'animer et rencontrer les parents reste à développer.
- **Les personnes formées sont parfois fragiles** et peuvent être "désignées" implicitement par leur entourage scolaire en fonction de leurs difficultés rencontrées avec les élèves.
- **La démarche de formation est difficile à contrôler** car elle passe par les départements de l'instruction publique qui semblent assez éloignés des réalités vécues par les praticiens.
- Il y a globalement un **manque d'in-**

formation auprès des parents. Le contexte actuel stigmatise les intégrismes de tout bord et stimule la chasse aux sectes. Les peurs et les craintes qui alimentent ces rumeurs rendent délicate la description des conceptions de l'éducation pour la santé.

Une mauvaise compréhension de l'intention contenue dans OG de la part des parents est apparue; les parents sont pourtant sollicités dans cette démarche et non exclus! Les Associations de parents d'élèves restent plutôt favorables à l'implantation et au développement du programme. Les opposants sont souvent des non-adhérents des APE. Il y a des peurs liées à un regard "fondamentaliste" sur l'éducation à la santé et les approches de ce genre à l'école.

Perspectives

- **Une réécriture du programme**, tous les 4-5 ans est prévue par les promoteurs afin d'éviter les dérives. Faudra-t-il renommer la démarche Objectif Grandir, afin d'en conserver l'essentiel, notamment les acquisitions pédagogiques?
- **Le partenariat et la collaboration avec les parents** sont à redéfinir et à aborder autrement. En effet, un programme de ce type est vécu comme intrusif s'il n'y a pas de concertation au départ avec les parents. Un suivi concerté avec les APE paraît indispensable.
- **La mise en place d'un conseil scientifique permanent** réunissant divers milieux tels que des pédagogues, des chercheurs, des parents membres des APE, des philosophes, des directions d'écoles, des politiques et des pédiatres, reste à prévoir. Ceci aura pour effet de rendre plus crédible et de légitimer le programme auprès de la population en général.
- Il s'agira aussi de **mieux situer la position forte des politiques** et ses contextes. Car une réponse politique trop faible rend difficile la gestion du mécontentement et des critiques. Mais nul responsable politique n'est à l'abri d'un coup monté ou d'une tentative de destabilisation; les arguments d'alors peuvent resservir.

- **Une approche stratégique des médias** et des journalistes est aussi nécessaire. Il s'agit aussi d'améliorer la description et l'information relative à l'éducation pour la santé en général et les programmes de prévention/promotion de la santé en particulier.
- Faire des liens et **densifier la notion de "droits de l'enfant"**, dans notre culture romande, n'est pas chose si courante. Il faut remédier à ces manques et rendre publiques ces références fondamentales et universelles. Il faut s'occuper à faire vivre ses droits au même titre que le droit à une place d'étude, d'apprentissage, à un travail, une formation.

Conclusions

On le voit, cette courte description n'exprime pas nécessairement une revendication très chargée. La résolution du GPG, quant à elle, souligne la préoccupation de plusieurs professionnels qui s'estiment touchés par cette polémique. La prise en considération des critiques autour d'OG indique aussi que les professionnels que nous sommes, doivent affirmer leur volonté de préserver des conditions de pratique préventive et de promotion de la santé de qualité au sein de l'institution scolaire. Le temps des séquences préventives "coups de poing" est révolu, la pratique des thèmes de santé uniquement sous un angle réservé (approche classique, médico-psychologique et sans l'aide du tiers enseignant) serait un retour en arrière!

1. Mme Francine Jeanprêtre, Conseillère d'Etat en charge du Département de la Formation et de la Jeunesse, a pris position sur ce dossier le 6 novembre 1998, en interrompant les formations OG et en définissant des conditions à la poursuite de son application par les maîtres déjà formés. (réd.)

2. En date du 20 novembre, le Conseil d'Etat valaisan décidait d'interrompre la pratique d'OG dans les écoles du canton (réd.).

3. Pour plus d'informations sur le programme: Mandat Plus Promotion, Vevey

MANIFESTATIONS

Perfectionnement professionnel GREAT/ARIA 1999

Enjeux interprofessionnels liés à la consommation de cocaïne

Dominique Hausser, Jacques Besson et al.
1 jour - 25 janvier 1999

Prévention et gestion de la violence

Charly Cungi
2 jours - 29 et 30 avril 1999

Accompagner les mères toxicodé- pendantes

Nadia Bruscheiler-Stern, Adriana
Bouchat, Régine Delacoux, Patrick
Hohlfeld et al.
2 jours - 27 et 28 mai 1999

Violences familiales et addictions

François-Xavier Colle
2 jours - 10 et 11 juin 1999

Enjeux éthiques et facteurs de réduction des risques

Miguel De Andrès, J.-Claude Mettraux,
Claude de Jonckheere, Amalio Telenti,
Jean-Pierre Garbade et al.
3 jours - 13, 14 et 15 septembre 1999

Relation thérapeutique sous contrainte

Bertrand Yersin et al.
1 jour - 27 septembre 1999

Changer de contexte:

**Echange d'expériences et de cul-
tures d'intervention dans le
domaine du «Seuil bas»**
octobre 1999 à juin 2000

Thérapie et émotions après le sevrage

Frédéric Neu
2 jours - 4 et 5 novembre 1999

Réduction des risques liés à l'in- jection de substances psycho- actives

Jacqueline Reverdin, Emmanuel Ducret,
Chantal Berthet et al.
2 jours - 25 et 26 novembre 1999

Renseignement et inscription:

GREAT/ARIA, case postale 20,
1401 Yverdon-les-Bains 024/426 34 34,
fax 024/426 34 35

Journées de sensibilisation ISPA janvier à juin 1999

Gestion des problèmes liés à l'alcool dans le monde professionnel

vendredi 15 janvier 1999

Médicaments: Prévenir l'abus

vendredi 29 janvier 1999

Les comportements à risques chez les jeunes

vendredi 5 février 1999 (journée iden-
tique à celle du 18 décembre 98; vu le
succès de cette journée, nous avons
décidé de la reconduire le 5 février)

Femmes et dépendances: vers une approche spécifique selon le sexe

vendredi 12 février 1999

La prévention: Approche théorique

vendredi 5 mars 1999

Prévention en pratique 1.

vendredi 12 mars 1999

Prévention en pratique 2. La préven- tion non spécifique

vendredi 19 mars 1999

Prévention en pratique 3. Une expé- rience d'éducation à la santé

vendredi 26 mars 1999

L'école et les drogues

mercredi 14 avril 1999

Et si on parlait de drogues... Une journée réservée aux jeunes

mercredi 21 avril 1999

Dépendances: Aider – (prévention secondaire) Première approche

vendredi 7 mai 1999

Dépendances: Aider – (prévention secondaire) Réflexions d'un praticien expérimenté

vendredi 12 mai 1999

Alcool, drogues: S'en sortir

vendredi 21 mai 1999

Renseignement et inscription:

ISPA, Département Prévention, CP 870,
1001 Lausanne, 021/321 29 85

ETUDES

Identification de l'offre et des besoins en formation auprès des profession- nels du champ des addictions en Suisse romande

Le 2 novembre 1998, l'EESP et le
GREAT/ARIA ont conclu un accord de
collaboration visant à la réalisation
d'une recherche sur l'identification de
l'offre et des besoins en formation
auprès des professionnels du champ
des addictions en Suisse romande.
Par cet engagement, l'EESP et le
GREAT/ARIA souhaitent contribuer à
la définition d'une formation continue
ajustée aux attentes et aux besoins des
professionnels-confrontés-es à la
problématique des addictions dans le
cadre de leurs mandats. Ce travail de
construction d'une formation continue
unique et certifiée préoccupe actuelle-
ment ces deux partenaires dans le cadre
de la Fédération romande des orga-
nismes de formation dans le domaine
des dépendances.

Le déroulement de la recherche prévoit
la participation des institutions résiden-
tielles et ambulatoires des secteurs de la
prévention, de la thérapie, de l'aide à la
survie et de la répression. Dans le cou-
rant du mois de janvier 1999, un ques-
tionnaire leur sera adressé afin d'établir
le nombre d'intervenants-es des diffé-
rentes professions qui y travaillent.
Lors d'un deuxième envoi, les profes-
sionnels-les auront la possibilité de faire
part de leurs attentes en termes de for-
mation continue et de perfectionnement
professionnel.

La publication du rapport final de cette
recherche est prévue pour la fin de l'an-
née 1999.

Pour tous renseignements, veuillez
vous adresser à Mme Anne-Martine
Jetzer, GREAT/ARIA (024 426 34 34)
ou à M. Jean-Pierre Tabin, Unité de
recherche de l'EESP (021 651 62 00).



des réflexions,
des pratiques autour
du champ des drogues
légales et illégales

d é p e n d a n c e s

La revue "dépendances" s'adresse à toute personne intéressée par le champ des toxicomanies légales et illégales. Elle paraît trois fois l'an et traite de ces questions sous les angles social, politique, de prise en charge, de prévention et de réduction des risques.

Abonnement 45.- frs par an/20.- frs par numéro

Thèmes 1998:

- numéro 4 Balade au pays du tabac
- numéro 5 Politique des dépendances: analyses, propositions, positions
- numéro 6 La prévention, choix de société

A consommer sans modération!

Pour s'abonner: "dépendances", case postale 870,
1001 Lausanne, tél. 021/321 29 85, fax 021/321 29 40

Éditée par:



Institut suisse de prévention
de l'alcoolisme et autres
toxicomanies



Groupement romand
d'études sur l'alcoolisme
et les toxicomanies