

ETHIQUE EN PREVENTION DES RISQUES LIES A L'ALCOOLISATION

FEVRIER 2002



SOMMAIRE

| | |
|--|-------|
| Remerciements | p.3 |
| Préambule : <i>Catherine Perrotin, philosophe, CIE de Lyon</i> | p.4 |
| Introduction : <i>Claude Bouchet, directeur du CRAES-CRIPS</i> | p.6 |
| Première Partie : questionnements des acteurs | |
| Première problématique : l'intervention et l'instauration d'une relation de confiance et de parole avec le public | p.9 |
| Deuxième problématique : la pertinence des actions | p.15 |
| Troisième problématique : la légitimité des acteurs | p.19 |
| Quatrième problématique : le partenariat | p.23 |
| Cinquième problématique : la complexité de la réalité "alcool" | p.27 |
| Sixième problématique : l'environnement socioculturel | p.31 |
| Septième problématique : la cohérence | p.35 |
| Huitième problématique : le respect de la liberté d'autrui | p.39 |
| Deuxième partie : éclairages apportés par différentes disciplines | |
| Pour une scène de la prévention des risques alcool <i>Marie-Claire Zinck, philosophie</i> | p.45 |
| Ethique et prévention des risques liés à l'alcoolisation du point de vue des sciences sociales <i>Jean-Paul Jeannin, sociologie</i> | p.51 |
| Ethique et prévention alcool du point de vue du droit <i>Elisabeth Dolard, droit</i> | p.60 |
| Ethique et prévention alcool du point de vue des sciences de l'éducation <i>Michel Develay, sciences de l'éducation</i> | p.67 |
| Prévention, Ethique et Santé Publique <i>Françoise Facy, santé publique</i> | p.71 |
| L'alcoolisme <i>Dr Daniel Settelen, alcoologie</i> | p.81 |
| Ethique et prévention des risques addictifs <i>Patrick Dessez, psychologie</i> | p.86 |
| L'Histoire dans une éthique en prévention des risques alcool <i>Didier Nourrisson, histoire</i> | p.91 |
| Le point de vue des sciences politiques <i>Monika Steffen, sciences politiques</i> | p.97 |
| Bibliographie | p.104 |



Ce travail a été réalisé par :

Marc BABIN et Gwenaëlle LEPONNER, chargés de mission, CRAES-CRIPS
Claude BOUCHET, directeur, CRAES-CRIPS

En collaboration avec :

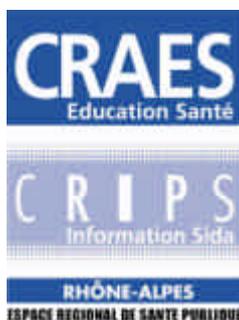
Jean-François VALLETTE, AIDES ALCOOL
Catherine PERROTIN, Centre inter-disciplinaire d'éthique, Faculté Catholique de Lyon

Mise en page :

Pascale MANICACCI, CRAES-CRIPS



Faculté Catholique
25 rue du plat
69002 LYON
04 72 32 50 22
Fax : 04 72 32 50 67

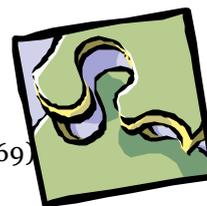


9, quai Jean Moulin
69001 LYON
tél : 04 72 00 55 70
fax : 04 72 00 07 53
mail : craes-crips@asi.fr

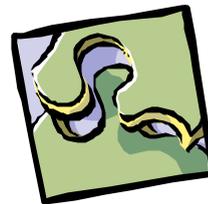


Espace Prévention Santé
71 quai Jules Courmont, 69002 LYON
tél. 04 72 41 76 98
fax. 04 72 41 76 41
mail : aidesalcool@wanadoo.fr

REMERCIEMENTS



| | |
|---|---|
| Bruno BALAS | Intervenant bénévole Maison d'arrêt de Villefranche sur Saône (69) |
| Sylvie BERTAUD | Médecin du travail Lyon (69) |
| Nicole CASTAGNE | Educatrice Spécialisée – Association Point Virgule de Grenoble (38) |
| Louis CONTANT | Conseil / Audit / Formation - Enseignant Directeur du Centre d'Alcoologie de Bron (69) |
| Mohammed EL MASSANI | Conseiller Formation - Référent Santé Mission Locale de Bron-Décines-Mézieu (69) |
| Denis FONTAINE | Médecin de santé publique Observatoire Régional de la Santé - Lyon (69) |
| Isabelle GILLARD | Médecin du travail Service Interne AST de Lyon (69) |
| Nadir HOUAT | Responsable du PLIE Sud-Ouest Lyonnais Association ALLIES - Lyon (69) |
| Françoise HUGON DE LA CHAPELLE | Déléguée départementale du CDPA de Savoie - Chambéry (73) |
| Mathilde MORADELL | Chargée de mission "Précarité" CRAES-CRIPS - Lyon (69) |
| Catherine PERROTIN | Responsable du Centre Interdisciplinaire d'Ethique Faculté Catholique de Lyon (69) |
| Michel PETIT | Inspecteur académique adjoint de l'Isère Education Nationale - Grenoble (38) |
| Christophe SANTOS | Délégué départemental du CDPA de l'Ardèche - Privas (07) |
| Jean-François VALLETTE | Responsable des activités de formation-prévention Aides Alcool - Lyon (69) |



« Que faire pour bien faire ? »

Cette question éthique, que tous les hommes ont en partage, résonne de façon particulièrement vive dans le domaine de l'éducation pour la santé et de la prévention. Aller à la rencontre de publics de jeunes ou d'adultes, dans les milieux scolaires, associatifs ou professionnels, suppose de chercher à comprendre les conditions de vie des personnes, leurs trajectoires de vie, les contextes institutionnels environnants, les choix et contraintes amenant les individus à l'adoption de comportements à risque, comme par exemple celui de la consommation excessive d'alcool.

La prise en compte de la complexité de ces interactions, chaque fois différentes, sollicite chez les intervenants leurs capacités d'attention aux personnes, de diagnostic des besoins et des ressources individuels et collectifs, de partage des savoirs... mais aussi et peut-être surtout les interroge encore et encore sur ce que signifie concrètement respecter l'altérité d'autrui, dont la différence instaure une distance et dont la ressemblance appelle une proximité.

Entre l'impossibilité éthique de l'abandon ou de l'exclusion et le risque toujours possible de la surprotection ou de l'emprise, il s'agit de trouver les modalités ordinaires de la venue en présence où la vulnérabilité de l'un inspire à l'autre les gestes renouvelés d'un prendre soin en humanité. Dans cet ajustement entre la personne, le groupe et les professionnels, la créativité de chacun est requise pour que le rapport entre l'aide et la contrainte ne soit pas jugé antinomique mais devienne le lieu d'une négociation nécessaire pour un apprentissage de liberté et responsabilité. Soutenir la force interrogative de l'éthique face aux situations vécues demande une vigilance de tous les partenaires. La diversité des points de vue et la complémentarité des compétences sont un atout pour résister aux dangers des caricatures et de la simplification des réponses systématiques tant de la part des individus, des institutions, que des professionnels.

Il convient de sauvegarder pour chaque intervenant les conditions de possibilités qui permettent de penser l'ensemble du processus à l'œuvre dans le travail de prévention accompli : évaluer le travail d'une part comme dispositif et procédure, d'autre part, comme symbolique source de sens et de lien. C'est en laissant à chaque acteur la possibilité d'agir et de penser son action que la dignité de l'homme est respectée. Le temps accordé à la conception de nouveaux dispositifs, l'actualisation des pédagogies déployées, l'innovation d'outils de médiation et communication appellent aussi le déploiement d'analyse des pratiques mises en œuvre et de recul sur le travail accompli. Par cette « attention créatrice », chacun devient capable de faire apparaître un niveau de réalité qui ne se révélerait pas sans elle. Cette expérience d'avoir à faire avec la précarité humaine interroge les limites que nous rencontrons dans notre compréhension de la singularité des parcours de chacun, dans la cohérence ou l'incohérence de nos actions et relance la question du sens. En effet, nous éprouvons par l'expérience de la rencontre des

publics qu'il ne suffit pas de déclarer, de décider ou d'agir pour que le sens advienne. Il ne suffit pas non plus de se mettre d'accord sur des procédures, bien que celles-ci soient nécessaires. Le sens surgit de la venue en présence et s'affirme ou s'efface selon qu'il y a disponibilité ou non à la rencontre des sujets. Acteurs impliqués, nous sommes témoins de ce surgissement ou de cet effacement qui dépasse nos résolutions d'actions et nous ré-interroge sur la légitimité de nos interventions, voire sur ce qui fonde notre propre positionnement. La préoccupation du sens doit être sauvegardée à tous les niveaux – personnels et institutionnels- pour nous tenir en éveil et relancer notre créativité respective dans la construction des rapports entre identité et altérité. C'est de cela dont il nous faut continuer inlassablement à parler. Comme le rappelle H. Arendt « *le monde n'est pas humain sous prétexte que des hommes y vivent... , il devient humain quand nous en faisons l'objet d'un parler-ensemble* ». Sujets et institutions, dans un étayage réciproque, ont en partage la responsabilité du mouvement de vie qui favorise cette ouverture ou du décryptage des dysfonctionnements qui l'empêchent.

Si les métiers d'aide et d'éducation, auxquels se réfèrent les intervenants de la prévention, sont déclarés « nécessaires et impossibles », c'est que nous ne saurions nous passer de la médiation qu'ils assurent au service de la construction des sujets et de la collectivité mais que la finalité qu'ils poursuivent indique un horizon... par définition devant nous. Ils signifient la visée commune d'humanisation en fonction de laquelle deviennent possibles les commencements et re-commencements.

Catherine PERROTIN
Centre Interdisciplinaire d'Ethique
Université catholique de Lyon



ETHIQUE ET PREVENTION DES RISQUES ALCOOL

Claude BOUCHET
Directeur du CRAES-CRIPS

Réfléchir les conditions éthiques de la prévention n'est pas nouveau pour notre association. Il y a plusieurs années déjà, dans le cadre du programme partenarial « alcool jeunes défis », nous avons réfléchi aux conditions de la prévention alcool auprès des jeunes, des responsabilités de chacun, adultes, jeunes, institutions. Nous avons déjà alors souligné que « le modèle éducatif doit évoluer, en prenant de la distance par rapport aux produits, en se recentrant sur les personnes (leurs difficultés, leurs ressources, leurs besoins) en s'éloignant du prescriptif, en priorisant le respect et l'autonomie, en acceptant de se remettre en cause, en considérant l'écoute comme la première responsabilité de l'éducateur. »¹

Depuis cette étude action, le choix de l'alcoolisation excessive comme priorité régionale et le programme régional de santé alcool qui en a résulté ont renforcé la dynamique régionale autour de ce thème, questionnant la qualité des pratiques en particulier dans le champ de la prévention.

Nous percevons plusieurs choses

- que le travail par problème (de santé publique) pouvait nous faire oublier que ces problèmes, même s'ils représentent des comportements en partie destructeurs, peuvent être des solutions pour les personnes.
- que le recentrage de la prévention sur les populations vulnérables, en rendant plus complexe et plus exigeantes les interventions des professionnels, devait mobiliser un réel souci éthique pour éviter des dérives, la première étant ce que l'OMS a appelé le « victim blaming », le fait de blâmer les victimes.
- que la recherche d'une plus grande efficacité des actions préventives, recherche légitime, pouvait poser des problèmes. La fin, l'objectif de santé publique (réduire un risque enfin reconnu comme majeur), risquait de ne conduire à juger les moyens utilisés qu'à cette seule aune. Or les moyens de la prévention sont sans cesse à questionner, non seulement dans leur capacité à contribuer à l'objectif, mais aussi dans les valeurs qu'ils respectent, et dans les effets pervers qu'ils peuvent entraîner. Et la prévention est ainsi faite que le premier moyen, c'est l'acteur de prévention, l'éducateur lui-même.

¹ In Dossier spécial « alcool jeunes défis » contact Isère 98 . enquête qualitative sur l'alcoolisation des jeunes

Cette question nous a paru suffisamment importante pour que nous sollicitions l'aide de l'assurance maladie (URCAM, CRAM) et celle de l'état (DRASS Rhône Alpes) pour soutenir ce projet : concevoir un document qui puisse accompagner les acteurs de terrains dans leur questionnement éthique.

Pour avancer dans ce domaine, nous avons choisi d'utiliser les journées départementales inter réseau (ADES CDPA) mises en place tout au long de l'année 2000 sur les acquis et les problèmes de la prévention alcool dans différents contextes (travail, famille, école, loisirs...)

Marc Babin qui avait été l'animateur de ces journées, en a relu les synthèses, et dégagé huit problématiques confrontant directement les problèmes d'éthique. Sur cette base, un groupe de travail s'est réuni, avec Marc Babin, moi même, Gwenaëlle le Ponner de l'équipe du CRAES-CRIPS, Jean François Valette, d'Aide Alcool, un partenaire important de notre association et Catherine Perrotin, Directrice du Centre Interdisciplinaire d'Ethique, qui nous accompagne depuis de nombreuses années dans cette réflexion, Catherine Perrotin à qui nous devons notre souci de l'éthique.

Ce groupe a construit, autour de ces huit problématiques, deux démarches:

- avec des universitaires qui ont été interpellés pour apporter leur réflexion théorique, à partir de leur champ disciplinaire, la sociologie, les sciences de l'éducation, les sciences politiques.....
- avec les acteurs de terrains eux mêmes, conviés à réagir lors de nouvelles rencontres de groupes.

Tous se sont pris au jeu et ont apporté leur pierre à ce travail, je les en remercie.

Je remercie tout particulièrement Jean François Valette qui nous a apporté une contribution essentielle pour approfondir chacune de ces questions.

Sur ce sujet qui nous paraît essentiel, vous avez en main, au terme d'un processus qui a été long, un document que nous espérons utile pour accompagner votre questionnement, votre souci de faire bien votre travail. Nous sollicitons vos réactions, positives ou négatives et vos propositions pour l'amender, le compléter. Le document est, vous le verrez, conçu pour cela.



RAPPEL DES HUIT PROBLÉMATIQUES*

PREMIÈRE PROBLÉMATIQUE :

l'intervention et l'instauration
d'une relation de confiance et de parole avec le public.

DEUXIÈME PROBLÉMATIQUE :

la pertinence des actions

TROISIÈME PROBLÉMATIQUE :

la légitimité des acteurs

QUATRIÈME PROBLÉMATIQUE :

le partenariat

CINQUIÈME PROBLÉMATIQUE :

la complexité de la réalité "alcool"

SIXIÈME PROBLÉMATIQUE :

l'environnement socio-culturel

SEPTIÈME PROBLÉMATIQUE :

la cohérence

HUITIÈME PROBLÉMATIQUE :

le respect de la liberté d'autrui

* Cette liste ne prétend pas représenter la totalité des problématiques du terrain, elle reste une base de travail.

Première problématique : l'intervention et l'instauration d'une relation de confiance et de parole avec le public.

Les actions de prévention réunissant un public et des intervenants, pour échanger sur le thème de l'alcool, sont fréquentes. Il s'agit la plupart du temps, de « groupes de parole » pour aborder la réalité « alcool ». Par exemple, la présence d'un collègue qui s'alcoolise régulièrement, sur son lieu de travail, pose des problèmes. La réaction habituelle est, souvent, la suivante : soit il y a déni ("Tout va bien chez nous"), soit il y a rejet (collègue dévalorisé et exclu). La prévention permettra, dans ce cas précis, de modéliser auprès des adultes un « savoir parler » de cette réalité difficile. La confiance établie avec les participants sera capitale pour la qualité de l'échange et la prise en charge future du problème.

| Concept en question | Développement des questions | Vers un début de réponse ? (apporté par Jean-François Vallette) |
|----------------------------------|---|---|
| <p>«Groupe de parole»</p> | <p>Qu'est-ce qu'un «groupe de parole» ? Y a-t-il des groupes de non-parole ?</p> <p>La parole ne peut-elle avoir une importance que dans ces groupes ?</p> <p>Faut-il organiser des «groupes de parole» sans que les participants soient informés et/ou consentants ?</p> <p>N'y a-t-il pas un risque de «jouer au psychologue» sans en avoir les compétences et la légitimité ?</p> <p>N'y a-t-il pas un risque de faire de la «psychologie de cuisine» en proposant des interprétations trop hâtives des comportements des membres du groupe, comme de leurs proches ?</p> <p>En quoi un groupe de parole est différent, semblable à un groupe de soutien thérapeutique ? A un atelier d'échange ?</p> <p>Que faire des «groupes de parole» dans lesquels les participants ne sont pas préparés et/ou non consentants ?</p> <p>Dans un débat, doit-on interroger un participant sur son rapport personnel à l'alcool ? En quoi cela peut-il être utile ?</p> <p>Doit-on mettre le public en position de dévoilement personnel dans un</p> | <p><i>Que veut dire groupe de parole ? Pour quoi faire ? Dans quelles conditions de fonctionnement ? Avec quel objectif : celui de changer les comportements ou de faire évoluer les représentations ? Avec quel respect de l'intime, quelle demande explicite ou implicite d'implication ?</i></p> <p><i>Faire circuler librement la parole permet probablement d'aller dans le sens d'une démocratisation des actions de prévention : cela peut véritablement constituer un moyen de partir du besoin et de la demande effective des personnes concernées par une démarche de prévention. Mais cela n'est éthiquement acceptable que si la dite démarche est capable de se structurer en référence à ce que la parole du groupe va faire advenir. Si parler d'alcool dans une classe de lycée amène à aborder des questions difficiles autour des relations adultes-jeunes, il est essentiel que cette demande soit prise en compte, et cela de manière effective.</i></p> <p><i>Enfin, la parole partagée par le maximum de personnes est sans doute un moyen tout à fait précieux pour contribuer à élaborer un état des lieux d'une réalité collective, à définir un diagnostic de situation et à explorer des hypothèses d'actions dans le cadre d'un projet.</i></p> <p><i>On peut considérer qu'un mieux être collectif apparaît dès lors que l'on parle sereinement de la réalité alcool. Notre culture étant paradoxale avec ce produit, retrouver un sens au milieu de cette dissonance cognitive, mis au jour par M. Jean-Paul Jeannin¹ (mal vu de ne « pas boire comme tout le monde » et mal vu de « ne pas maîtriser l'alcool comme tout le monde ») participe probablement d'un processus thérapeutique (dé-stigmatiser le « buveur excessif », dé-banaliser « l'alcoolisation de chacun »). Et cela sans que l'on mette nécessairement en travail, devant chacun des membres du groupe, une quelconque part de l'intime.</i></p> <p><i>Inviter à s'exprimer ne doit jamais signifier « se sentir obligé de parler ». Sinon on</i></p> |

| | | |
|---------------------------|---|---|
| | contexte non thérapeutique ? | <i>n'est pas loin de la logique de l'interrogation orale voire de la question policière...</i> |
| <u>La confidentialité</u> | <p>Qu'est-ce que la confidentialité ?</p> <p>Quel sens cela a-t-il de demander à chacun de respecter la confidentialité ?</p> <p>Toutes les actions de prévention doivent-elles garantir un cadre de confidentialité ?</p> <p>Comment garantir la confidentialité lorsque l'action réunit plusieurs intervenants ?</p> <p>Lorsque les actions revêtent un caractère partenarial et que l'échange d'informations confidentielles sur les participants peut permettre d'assurer un meilleur comportement professionnel et une prise en charge coordonnée et cohérente, n'y a-t-il pas un risque certain d'enfermer les individus dans des mailles d'un filet trop serré où ils n'auraient plus le choix de leurs interlocuteurs et de leur parcours ?</p> <p>Au travers des pratiques dites innovantes en prévention, est-on sûr de respecter la confidentialité, l'anonymat et l'intimité, quand ils sont annoncés ?</p> | <p><i>La confidentialité, c'est peut-être le refus d'entrer dans un système de relations interpersonnelles et sociales qui viserait la transparence absolue. Pour l'équilibre psychique, ce n'est certainement pas viable et pour une démocratie cela pourrait amener à la dictature... Un langage de prévention du type "lutter contre", "éradiquer", "fléau", "anti"... ne se prête pas à cette nécessaire prudence.</i></p> <p><i>La confidentialité c'est aussi reconnaître que les déterminants intra psychiques qui fondent un processus addictif (traumatismes précoces lors de la petite enfance notamment), ces déterminants échappent à un discours normatif visant à seulement responsabiliser le sujet dans sa relation avec des substances psychoactives : la résolution d'une consommation problématique ne relève pas seulement d'une connaissance des conséquences morbides voire mortifères de cette dernière.</i></p> <p><i>Respecter les motivations profondes d'une relation à l'alcool, même problématique, c'est préserver toutes les chances d'un travail thérapeutique sur le long terme : une prévention trop intrusive, trop normative peut devenir très vite une prévention toxique !</i></p> <p><i>Qu'elle soit innovante ou pas, un des aspects de la qualité d'une communication est fonction du degré de conscience et de cohérence porté par les promoteurs de l'action: quelles valeurs poursuivent-ils ? Quelle cohérence entre celles-ci et leurs méthodes d'action ? A quelle déontologie se réfèrent-ils ?</i></p> |
| <u>L'écoute</u> | <p>Les participants ont besoin d'écoute, certes, mais par qui ? Où ? Comment ? Et pour quoi faire ?</p> <p>Comment écouter ? Qu'entendre ?</p> <p>Que répondre ? Quoi privilégier dans nos réponses ? Que soutenir chez l'autre ? Et, comment soutenir sa question ? Sa recherche ?</p> <p>Faut-il répondre ?</p> <p>Comment aborder le registre psychoaffectif ? Comment atténuer la souffrance de l'autre ?</p> | <p><i>On peut considérer que certaines paroles sur la réalité alcool risquent d'être prématurées : si elles ne s'inscrivent pas dans une praxis collectivement définie et mise en œuvre, elles peuvent être au mieux alibi pour se donner bonne conscience («on l'a prévenu») et au pire une tentative de camoufler une absence de politique (chacun se débrouille avec ce qu'il a pu comprendre après la conférence du Dr Bouteille !).</i></p> <p><i>La parole n'est possible que si elle respecte le silence : il n'y a plus d'éthique lorsque l'on oblige des individus à participer à des actions de prévention. Et notamment pour les personnes en souffrance avec l'alcool... la prévention ne les concerne plus directement : elles ont besoin de propositions d'aide, d'accompagnement, de soutien.</i></p> <p><i>Même si elles peuvent constituer des finalités, la parole et la confiance ne sont bien souvent que des moyens. Afin de les utiliser à bon escient il me semble essentiel d'avoir précisé le plus clairement possible les objectifs qu'elles prétendent atteindre: Dans une entreprise, parler d'alcool sans aborder les conditions de travail, la qualité du management, les modalités de communication, le rapport à la règle collective, etc... a peu d'intérêts en soi. Et cela peut devenir dangereux si la question de la prévention des risques de l'alcoolisation se réduit à une seule «addition» de prises de consciences individuelles. «On est content, les résultats sont atteints puisque cela</i></p> |

| | | |
|---|--|---|
| | <p>La réponse à une demande d'information médicale, juridique suffit-elle? N'y a-t-il pas à décoder la demande et répondre aux besoins et angoisses camouflés derrière elle ?</p> | <p><i>s'est fait dans une bonne ambiance, les participants sont satisfaits, et chacun a pu prendre conscience de la complexité de son propre rapport à l'alcool». Mais quand est posée l'interrogation des facteurs de risques propres au groupe de travail (pénibilité, stress, conduites défensives, injonctions paradoxales, rythmes, etc.) ? Où est la parole collective sur le fonctionnement de l'institution ?</i></p> <p><i>S'il manque ces données (besoins, demandes des participants), l'offre de prévention risque de perdre son objet. La demande d'information en prévention révèle souvent un besoin d'être écouté, et de partager ses expériences de vie. Elle ne correspond pas uniquement à un besoin d'information.</i></p> |
| <p><u>La relation de confiance</u></p> | <p>Qu'est-ce qu'une relation de confiance ? Pourquoi en établir une ? Et, comment la construire ?</p> <p>Lors d'actions ponctuelles où les intervenants constatent "qu'ils font sortir des choses" et «qu'ils s'en vont», n'y a-t-il pas une violence faite au public avec le risque d'entraîner de la méfiance ?</p> <p>Doit-on parler au public et/ou avec lui ? Les participants ont-ils la possibilité de garder le silence ?</p> <p>Dans un cadre d'accompagnement individuel, quand le rapport à l'alcool semble nécessaire à aborder, comment le faire tout en conservant la relation de confiance ?</p> <p>La relation de confiance avec un groupe et avec un individu est-elle de même nature ?</p> | <p><i>La confiance ne se décrète pas, notamment si les intervenants en prévention n'ont pas fait un travail préalable de diagnostic de situations. Le risque est alors grand que leur intention authentique de «climat de confiance» soit perçue comme de la naïveté ou de la manipulation. La «confiance pour la confiance» peut facilement amener à de la défiance. Dans tel établissement scolaire, les comportements à caractère transgressif de tel ou tel groupe de jeunes (ivresses répétées par exemple) peuvent être le symptôme de dysfonctionnements institutionnels relevant d'un travail préalable auprès des adultes (expression d'un mal être d'adolescents d'abord provoqués par des déficits de communication de la communauté des adultes qui les accompagne). Créer un climat de confiance pour instaurer une parole authentique avec ce groupe d'adolescents ne sera probablement pas suffisant pour répondre à leur besoin. Par ailleurs, cela pourrait donner l'illusion au système que «des réponses ont été apportées au problème». Et renvoyer les adolescents dans la même difficulté de communication institutionnelle. Une parole et un climat de confiance, même s'ils sont indispensables à la mise en œuvre d'une démarche collective, ne suffiront probablement pas à résoudre l'énigme de la prévention.</i></p> <p><i>La prévention ne vise certainement pas à parler à tout prix :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Une parole pour quoi ?</i> - <i>Une parole, pour être crédible et entendable, doit bien souvent être précédée d'actes, de changements institutionnels et organisationnels.</i> - <i>Une parole prématurée peut être une parole «toxique», même si elle advient dans un climat de confiance et d'écoute.</i> <p><i>La parole n'est pas uniquement une affaire de spécialistes et il y a pourtant un risque qu'elle le devienne : or, elle est ontologique de l'humain. On fait parfois confiance en priorité à des paroles d'experts, des titres universitaires ou des références institutionnelles...Instaurer un temps « artificiel » pour une parole «patentée» peut amener à dévaloriser voire à annuler celle du quotidien. La parole profane balbutiante certes, mais qui nous communique parfois tellement plus sur l'épaisseur de la vie que certaines approches théoriques trop réductrices, parce que</i></p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>déconnectées d'une confrontation quotidienne avec le réel. Ainsi, les « lieux d'écoute » de certains lycées peuvent devenir les alibis d'une démission collective de la communauté éducative quant à l'exigence de l'écoute au quotidien, condition « sine qua non » de la relation éducative.</p> |
| <p><u>l'animation</u> <u>ou la co-</u> <u>animation ?</u></p> | <p>Faut-il animer à plusieurs ces temps de rencontre ? N'y a-t-il pas un risque d'accaparer le public en animant ces groupes seul ?</p> <p>Animer une action avec deux intervenants du même champ disciplinaire et/ou de la même institution, ne va-t-il pas orienter le discours préventif ?</p> <p>En cas d'absence de relais, que fait-on de la confiance accordée et de la parole engagée lors d'une action ponctuelle ?</p> <p>Comment organiser le relais pour la parole engagée lors d'une action ponctuelle collective ?</p> | <p><i>Tout dépend du type de pédagogie que l'on va choisir : l'approche participative se soucie de faire circuler la parole de chacun dans le groupe et de créer une atmosphère d'écoute et d'accueil de la parole de chacun afin d'enrichir tout le groupe. Un seul animateur peut suffire même si le fait d'être à deux facilitera l'exercice. L'important étant de respecter le plus possible l'espace d'expression de chacun et de ne pas vouloir « le remplir » à tout prix.</i></p> <p><i>Faire « passer le message » de l'écoute avant tout est peut être le message essentiel d'une attitude préventive !</i></p> <p><i>En resituant peut-être l'action dans le cadre d'un processus : une action de prévention se prépare et se poursuit (si cela s'avère nécessaire, en raison de ce qu'elle peut provoquer). C'est pour cela qu'elle ne peut être « plaquée » sans prendre en compte la réalité de chaque situation.</i></p> |



Première problématique : l'intervention et l'instauration d'une relation de confiance et de parole avec le public



Deuxième problématique : la pertinence des actions

Le décalage entre les attentes du public et les objectifs et actions mises en place par les professionnels, la réponse favorable systématique (tout comme le refus systématique) ainsi que le positionnement des intervenants sur «l'urgence» ont tendance à discréditer la prévention et les acteurs.

| Concept en question | Développement des questions | Vers un début de réponse ? |
|--|--|---|
| <p><u>La nature de la réponse apportée</u></p> | <p>Comment intervenir sur des actions non préparées, mises en place en urgence, après un événement dramatique survenu dans un établissement spécialisé ?</p> <p>Faut-il intervenir sur des actions non préparées, mises en place en urgence ? L'urgence de qui ? Qu'est-ce que l'urgence ?</p> <p>Comment travailler avec des établissements qui n'ont pas le temps de se réunir pour construire ensemble un projet ? Faut-il privilégier notre temps d'intervention dans ces lieux là ?</p> <p>Y a-t-il toujours adéquation entre la demande du public et la réponse des intervenants ?</p> <p>N'y a-t-il pas un malentendu fondamental entre les intervenants et le public pour qui les comportements de prise de risque liés à l'alcoolisation ne sont pas des problèmes mais, des réponses à un problème ?</p> | <p><i>Il peut y avoir des actions mises en œuvre dans le cadre d'une urgence. Mais nous sommes souvent surpris par ce que les acteurs appellent "urgence".</i></p> <p><i>Pour la traiter, on a toujours les moyens d'y réfléchir au préalable. Mais, le processus de prévention ne peut, en aucun cas, se résumer à un traitement de l'urgence.</i></p> <p><i>Il est aussi nécessaire d'interroger la représentation que les acteurs mettent sous la notion « d'urgence » Un coma éthylique chez un adolescent est évidemment une urgence médicale qui ne souffre aucun délai d'attente ; mais est-ce une urgence psychosociale ?</i></p> <p><i>Avoir une éthique de responsabilité c'est aussi ne pas se laisser « embarquer » émotionnellement par la dimension spectaculaire d'une situation de crise.</i></p> <p><i>Distanciée et analysée, une urgence peut, bien souvent, créer une dynamique collective favorable à la mise en œuvre d'un climat préventif.</i></p> <p><i>Quelle est la nature de la prise de risque ?</i></p> <p><i>S'alcooliser pour "faire la fête avec les copains" et prendre le risque de l'accident ?</i></p> <p><i>S'alcooliser pour "remplir le vide d'une histoire narcissique défailante" et prendre le risque de rentrer en addiction ?</i></p> <p><i>S'alcooliser par habitude alimentaire et prendre le risque de développer une atteinte somatique ? Tout en sachant que les 3 peuvent se croiser !</i></p> |

| | | |
|--|--|---|
| <p><u>Les contraintes politico-financières</u></p> | <p>Comment éviter cette aporie entre l'instrumentalisation politique et la survie des structures de prévention ?</p> <p>Quelles valeurs ont les projets qui sont souvent mis en place pour permettre à la structure de prévention de survivre et d'exister, notamment avec l'arrêt des subventions de fonctionnement et la course aux actions innovantes et aux projets ?</p> <p>Les commandes politiques avec des impératifs de dépenser le budget accordé rapidement, avec les dossiers administratifs complexes à remplir, et le manque de moyens n'incitent-ils pas les intervenants à agir dans l'urgence, ne respectant pas le temps nécessaire à la maturation et négligeant la qualité du suivi possible des actions ?</p> | <p><i>Notre culture du «vite, efficace, au moindre coût» risque d'accentuer cette spirale négative du «faire» de la prévention sans bien trop savoir pourquoi ni sans mettre des moyens toujours cohérents en face des objectifs poursuivis.</i></p> <p><i>La patience, le doute, le questionnement, l'écoute, la nuance, l'essai, l'évaluation sont des incontournables que l'on a tendance à contourner sans cesse !</i></p> <p><i>La logique du financement de la prévention par programme de santé publique est une avancée considérable ; néanmoins elle devrait laisser une place à un tricotage de terrain qui permette de répondre à des demandes qui échappent aux grandes couvertures des PRS, PRAPS et autres PNS...</i></p> <p><i>On peut également se poser des questions sur les modes d'élaboration de certains programmes : des expertises sociologiques neutres, car extérieures au champ de la santé publique, devraient plus souvent être mises à contribution.</i></p> |
| <p><u>L'évaluation</u></p> | <p>Quoi évaluer dans les actions ? La satisfaction des participants...la qualité de l'animation...mais, comment évaluer un acte éducatif, préventif sur le court terme ?</p> <p>Comment réussir une action de prévention ? Qu'est-ce que réussir une action de prévention ? Doit-on réussir une action de prévention ?</p> | <p><i>L'évaluation se définit par rapport à un objectif : l'objectif de «faire baisser l'alcoolisation» est sensiblement différent de celui «d'aider à mieux gérer ses expériences de consommation» ou à «être plus heureux dans sa vie». Quelles valeurs sous tendent la définition des objectifs de santé publique ? Qui les définissent ?</i></p> <p><i>Si la prévention est un processus d'actions, alors, on peut évaluer chacune d'entre elles. Mais on peut aussi évaluer le processus en lui-même. Tel collectif de travail, 5 ans après le démarrage de ses actions de prévention a une politique, un projet visant à former ses encadrants à la relation hiérarchique, à former son service médico-social, à travailler sur des facteurs de risques liés aux conditions de travail, etc.</i></p> <p><i>Qu'entend-on par réussir ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Changer des rapports de force politique et économique (l'alcool fait «vivre» et l'alcool fait «mourir» des millions de personnes) ?</i> - <i>Empêcher d'advenir (des accidents, des atteintes somatiques) ?</i> - <i>Mieux gérer une expérience complexe (le plaisir et la souffrance, la toxicomanie) ?</i> - <i>Faire évoluer des représentations (sur le produit/vin-boisson des dieux ou sur le problème/alcoolique-figure de déchéance) ?</i> - <i>Contribuer au bonheur de chacun dans le respect de leur liberté et de l'intérêt collectif ?</i> <p><i>Il y a un problème dans la représentation de «l'action» de prévention (faire peur, passer le message, communiquer, transformer les conditions de vie, responsabiliser, conscientiser, développer les choix de vie, etc...).</i></p> <p><i>Avoir une éthique de l'action, c'est se donner les moyens matériels et les compétences méthodologiques qui permettraient la plus grande cohérence entre les valeurs énoncées, les objectifs poursuivis, les moyens choisis et la méthode d'intervention adoptée, et cela en ayant clarifié, au préalable, ce que l'on entend sous les termes de prévention, d'action et de risque.</i></p> |



Deuxième problématique : la pertinence des actions



Troisième problématique : la légitimité des acteurs

Le fait d'exercer une action sur autrui et la diversité des intervenants, tant sur le plan des statuts, fonctions et qualifications, entraînent une série de questions pour l'acteur sur sa légitimité à faire de la prévention.

| Concept en question | Développement des questions | Vers un début de réponse ? |
|--|--|--|
| <u>S'autoriser à intervenir</u> | <p>Au nom de quoi je me permets d'intervenir ?</p> <p>Qui sommes-nous, professionnels, adultes, pour s'autoriser à faire de la prévention ?</p> <p>Quelle légitimité pour les intervenants évoluant dans un milieu professionnel peu structuré (réseaux peu constitués et efficaces) ?</p> | <p><i>Peut-être au nom de ma légitimité à susciter le questionnement, et non pas au nom d'une vérité qui exclurait le doute et le relativisme...</i></p> <p><i>Il ne me semble pas qu'il y ait ceux qui « font » de la prévention et ceux qui « n'en font pas »...Etre à l'écoute des inquiétudes de son enfant, prendre le temps avec lui de raconter des contes avant de dormir est autant « préventif » du risque de l'addiction que de faire une information en alcoologie !</i></p> |
| <u>Formation</u> <u>et/ou</u> <u>professionnalisation</u> | <p>Quelles qualifications et compétences initiales me faut-il ? Faut-il se former ? Se former à quoi ?</p> <p>La formation garantit-elle la compétence ?</p> <p>Comment qualifier les acteurs de terrain, les relais, qui se sentent disqualifiés ("on n'est pas des spécialistes. On ne sait pas faire") ?</p> <p>La prévention est-elle une affaire de spécialistes avec la spécialisation d'intervenants compétents ?</p> <p>Faut-il se spécialiser ?</p> <p>Comment éviter que la professionnalisation de l'activité limite la créativité des actions et des acteurs ?</p> | <p><i>A la complexité ?</i> <i>A la mise en travail de sa pratique ?</i> <i>A la rencontre de l'autre ?</i> <i>A l'écoute ?</i> <i>A la modélisation ?</i> <i>A la pensée complexe et non-dogmatique ?</i> <i>A la patience ?</i> <i>A la cohérence ?</i> <i>A la vigilance ?</i> <i>A l'esprit d'analyse et à l'approche systémique ?</i> <i>Entre autres...</i></p> <p>- <i>Spécialiser des intervenants de quel(s) champ(s) disciplinaire(s) ?</i> - <i>Quels sont les critères d'un intervenant compétent ?</i> - <i>Intervenir pour qui, pour faire quoi, au nom de qui, comment ?</i></p> <p><i>En se rappelant peut-être que c'est d'abord une affaire de « vie » avant tout, donc l'affaire de chacun, sans exclusivité...Chacun à sa place reconnue par les autres.</i></p> |



Troisième problématique : la légitimité des acteurs



Quatrième problématique : le partenariat

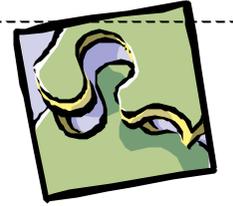
La complexité de la réalité "alcool", la nécessaire articulation entre la spécificité de ce produit, d'un comportement d'alcoolisation, sa transversalité et la prise en compte de l'individu et de tout groupe dans sa globalité, obligent les intervenants et les structures à travailler ensemble et se rencontrer. Tout cela pose un certain nombre de questions et de difficultés.

| Concept en question | Développement des questions | Vers un début de réponse ? |
|---|---|---|
| <p><u>Alliance</u> <u>et/ou</u> <u>méfiance</u> <u>partenariale</u></p> | <p>Comment fonctionner ensemble quand les différents intervenants (et structures de prévention) ont des difficultés à s'entendre sur une démarche et un objectif commun ; et des concepts-clés essentiels (prévention, éducation à la santé, promotion de la santé) ?</p> <p>Faut-il constamment travailler ensemble ?</p> <p>Comment être partenaire alors que chaque structure est à la recherche de financements, et que ce système d'offres favorise la compétition et la rivalité ?</p> <p>Comment faire pour que les autres structures soient réellement des partenaires, à part entière, et pas uniquement des témoins passifs d'un projet qui exclut tout apport extérieur et toute modification possible ?</p> | <p><i>Prendre le temps d'échanger sur des finalités, se mettre d'accord sur des objectifs et des modalités d'intervention, c'est ce qui permettrait peut-être de repositionner le partenariat comme une plate forme indispensable de mutualisation de compétences au service d'un projet collectif.</i></p> <p><i>Si la prévention est perçue comme un processus inscrit dans la durée et mariant de multiples actions ou propositions, probablement pas.</i></p> <p><i>La prévention doit-elle se soumettre entièrement à la loi de l'offre et la demande ? Une des caractéristiques politiques de ce pays est d'ajouter des dispositifs les uns aux autres sans jamais en supprimer ou en regrouper...</i></p> <p><i>La tendance au centralisme et la rigidité de certaines administrations ou de certaines associations risquent d'encourager plutôt à la dissémination des compétences et des mobilisations citoyennes.</i></p> <p><i>Il serait souhaitable d'aller vers un système de co-gestion entre financeurs et opérateurs, notamment pour la définition des critères d'évaluation. Par exemple il est urgent de cesser de financer des actions isolées et de penser en terme de processus d'actions.</i></p> <p><i>Qu'est-ce que le partenariat ? C'est peut-être aller vers un but et un objectif défini ensemble, se partager le travail et les moyens de façon équitable. Donc, en le contractualisant au préalable de façon précise.</i></p> |

| | | |
|--------------------------------|---|--|
| <p><u>Réseau et relais</u></p> | <p>La complémentarité des compétences des intervenants, souhaitée et admise par tous, pose problème dans la pratique : "difficulté de faire cohabiter les soignants, les travailleurs sociaux, les bénévoles, etc...ce qui rend complexe la définition du rôle de chacun dans un projet partenarial." (journée régionale d'Annecy du 19 avril 2001 sur l'action 2 du PRS Alcool).</p> <p>Comment articuler l'éducation à la santé, la prévention des risques liés à l'alcoolisation et le soin ?</p> <p>Comment faire le lien entre les actions collectives et le suivi individuel dans ce contexte ?</p> <p>"La mainmise de certains intervenants (qui estiment que les autres ne savent pas) et l'absence de culture d'altérité" sont des attitudes qui compliquent la bonne mise en œuvre des actions. (journée régionale d'Annecy)</p> <p>Faut-il articuler ces trois activités ?</p> <p>Le problème de mobilisation des professionnels, bénévoles, parents et du public ne provient-il pas de la difficulté à identifier les acteurs et les relais possibles ?</p> <p>Comment organiser les relais sans les connaître ?</p> <p>Le travail multidisciplinaire en réseau favorise une approche globale des jeunes, certes, mais ne risque-t-on pas de participer à la confusion, pour eux, des rôles et des structures ?</p> | <p><i>Les discours d'intentions et de principe ne passent pas souvent la rampe de l'exigence méthodologique : la complémentarité, ce n'est pas seulement savoir jouer d'un carnet d'adresses ou savoir "qui fait quoi". C'est aussi, me semble-t-il, accepter de partager ses pratiques, de travailler en équipe, de gérer les conflits de pouvoirs et de compétences.</i></p> <p><i>Savoir théorique et rôle institutionnel ne sont pas toujours suffisants pour coordonner plusieurs compétences parfois très diverses. Il serait intéressant d'avoir des formations universitaires en addictologie largement interdisciplinaires sur les champs de la médecine, mais aussi des sciences humaines (psychologie, sociologie, histoire, philosophie, anthropologie, sciences de l'éducation, droit et sciences politiques...).</i></p> <p><i>Une large part des actions de prévention amène à renvoyer «ailleurs» de multiples questions, de nombreux autres besoins : tel établissement scolaire sera amené à travailler sur ses systèmes de communication et de régulation des situations de crises. Telle entreprise devra faire un diagnostic sur le lien entre organisation du travail et la charge mentale ou les difficultés de management. Dans les mines, au 19^{ème} siècle, il était quasi impossible de tenir sans avoir une consommation d'alcool problématique.</i></p> <p><i>Les acteurs de prévention risquent parfois de devenir un alibi pour donner l'impression que tout est mis en œuvre... afin que rien ne change au final !</i></p> <p><i>Savoir dire la limite de sa compétence, savoir dire non parfois ; savoir renvoyer sur d'autres intervenants, aux décideurs des institutions, aux politiques (ce qui est loin d'être facile lorsqu'on est tributaire des financements publics) cela fait aussi partie de l'éthique de responsabilité.</i></p> |
|--------------------------------|---|--|



Quatrième problématique : le partenariat



Cinquième problématique : la complexité de la réalité "alcool"

La réalité "alcool" de par ses dimensions sociologique, culturelle, économique, psychologique, religieuse, etc... nous invite à prendre en compte son caractère complexe : dans la spécificité de ce produit et le lien possible et souhaitable avec d'autres objets et problèmes humains. Dans ce contexte précis, il n'est pas aisé de fixer la priorité de travail.

| Concept en question | Développement des questions | Vers un début de réponse ? |
|--|--|---|
| <p><u>Priorité de l'objet travaillé</u></p> | <p>Faut-il s'orienter vers la prévention des risques liés à l'alcoolisation et/ou l'éducation à la santé ?</p> <p>Le fait de privilégier la problématique "alcool" avec des publics ayant, par ailleurs, d'autres difficultés (insertion, emprisonnement, etc...) ne va-t-il pas limiter notre champ d'action ? Ne va-t-il pas l'occuper pleinement et barrer l'accès à d'autres difficultés à aborder ?</p> <p>En quoi l'alcool serait spécifique ?</p> <p>La complexité de la réalité "alcool" ne doit-elle pas nous inciter à travailler davantage sur les causes plutôt que sur les conséquences ?</p> | <p><i>Pour ma part, je serais plutôt partisan de plaider pour le concept de promotion de la santé dans lequel prévention et éducation seraient des moyens au service d'une fin qu'il faudrait tout de même préciser : la santé peut-elle se définir en dehors de la personne concernée et de son irréductible singularité ?</i></p> <p><i>Spécifique en quoi ? comme substance psycho-active, comme objet symbolique d'intégration et d'exclusion ? comme rapport à l'interdit ? comme drogue support d'une dépendance pathologique ? comme substance toxique facteur à risque de cancers et de nombreuses maladies ?</i></p> <p><i>Si l'alcool est spécifique c'est probablement en ses nombreuses caractéristiques qui, se combinant entre elles, en font un produit unique dans notre société : ce n'est pas le père qui va initier son fils au tabac et encore moins à l'ecstasy ! L'alcool n'est pas une drogue comme une autre mais une drogue parmi d'autres !</i></p> <p><i>Avoir une position éthique en ce domaine, c'est tenter de sortir du faux-débat «inoffensif-dangereux», «légal-illicite», «produit-comportement» ; chaque fois que la question se pose en terme binaire et que l'on se refuse à la complexité, on risque de rebasculer dans une pensée magique et passionnelle qui fait fi d'une nécessaire position interdisciplinaire.</i></p> <p><i>A l'adolescence, consommer ce psychotrope peut être déterminant dans la structuration psychique de l'adolescent (en faisant cette expérience du changement d'état de conscience dans le cadre d'un rituel collectif avec des pairs) et cela peut être la cause d'un accident mortel de la circulation. Face à cela il est difficile de tenir une position clivée du type « dangereux ou pas ». Avoir une position éthique, c'est sans doute, convoquer la dimension sociologique et psychologique sans les opposer ou les annuler dans un discours manichéen. La spécificité de l'alcool, dans le champ de la prévention, c'est peut-être, constituer un formidable terrain d'apprentissage de la pensée complexe, non dogmatique et non omnipotente.</i></p> <p><i>En alcoologie il est vain de penser à l'œuf sans s'intéresser à la poule...et au poulailler et au fermier !</i></p> |



Cinquième problématique : la complexité de la réalité "alcool"



Sixième problématique : l'environnement socio-culturel

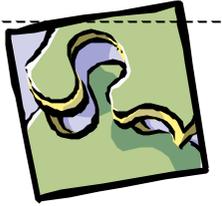
Les intervenants en prévention ne peuvent faire fi du contexte socioculturel qui leur pose des difficultés pour déterminer leur champ d'intervention.

| Concept en question | Développement des questions | Vers un début de réponse ? |
|--|---|---|
| <p><u>Imbrication des problématiques pour des publics fragilisés</u></p> | <p>Que proposer d'autre comme alternative à l'alcoolisation quand il n'y a pas d'espoir d'insertion ? En effet, peut-on se préoccuper de soi-même, de son corps, de sa santé quand il n'y a plus de place aux projets et une impossibilité de se sentir quelque peu attendu, apprécié, valorisé ?</p> <p>A quoi touchons-nous quand nous travaillons sur la problématique "alcool" alors que l'alcoolisation, l'exclusion sociale et familiale, le chômage et l'errance semblent liés ?</p> <p>Comment amener les individus à prendre conscience des risques liés à l'alcoolisation quand la publicité et les valeurs associées à l'alcool sont positives et sont valorisées par la culture française alcoolophile ? Et que tout cela est nettement plus significatif que les arguments dissuasifs ?</p> <p>Faut-il (et si oui, comment) aborder les conséquences dramatiques de l'alcoolisation alors que l'alcool a une fonction socioculturelle constructive (identification culturelle, initiation des jeunes au statut d'adulte, convivialité, socialisation, gains économiques, etc...) ?</p> <p>Puis, avec nos décennies actuelles marquées par le culte de l'individu et le désinvestissement des expressions collectives, faut-il (et si oui, comment) "toucher" à l'alcool alors que sa fonction première semble être celle "d'un cicatrisant social" ?</p> <p>Comment aborder les conséquences liées à l'alcoolisation</p> | <p><i>Le problème se pose-t-il en terme d'alcoolisation ou de non-alcoolisation ? Je ne crois pas, mais plutôt en terme de bénéfices et d'inconvénients, selon ce que dit la personne concernée, de sa consommation. Le clochard, avec son éternel litron de rouge dans la poche, ne vient-il pas désespérément nous dire par cet objet familier qu'il est encore des nôtres ? Vouloir le lui enlever, par la morale ou par un discours alcoologique normatif, n'est-ce pas lui signifier qu'il est définitivement exclu de notre société ? Et qu'est-ce que cela résoudra-t-il par rapport à sa situation concrète?</i></p> <p><i>Tout dépendrait de la manière avec laquelle on prétend travailler : quelle prise en compte de la singularité des personnes et de leurs histoires faisons-nous ? Il n'y a probablement pas de modèles de prévention "types" à plaquer sur des populations.</i></p> <p><i>Si l'enjeu de la prévention est une confrontation de «propagandes collectives», alors n'y a-t-il pas un risque de s'enfermer dans une communication simplificatrice et dramatisante ?</i></p> <p><i>Par contre, si nous faisons le pari que nos concitoyens peuvent intégrer que la réalité de l'alcool ne se décrit pas en noir et blanc, mais en couleurs, que le paradoxe et l'ambivalence font partie de notre condition et qu'apprendre à s'intéresser à nos expériences de plaisirs et de souffrances sans nécessairement faire d'oppositions entre elles peut nous rendre plus libres et plus sereins...Alors les prises de conscience individuelles et collectives se développeront plus facilement.</i></p> <p><i>Faut-il parler de la mort et de la maladie à un enfant ou à un adolescent ? Ne mettons pas systématiquement «le problème» du côté de la dépendance ou de la maladie...Les centaines de jeunes qui se tuent tous les ans sur les routes de France du fait d'une alcoolisation mélangée à l'ivresse de la vitesse ne sont pas tous des consommateurs d'habitudes.</i></p> <p><i>Qu'est ce que ce produit est-il en train de cicatriser ?</i></p> <p><i>Que vient signifier la remontée de l'alcoolisation des jeunes ? Une plus grande anxiété à devenir adulte dans une société qui n'assure plus le plein emploi ? Une difficulté à s'expliquer le monde alors que tous les systèmes de médiation (partis politiques, école, syndicats, églises, etc.) sont en crise ? Une dépressivité collective ? Un changement de perception symbolique des produits drogues ?</i></p> <p><i>La prévention peut donner des clés de compréhension, par une aide à lire les</i></p> |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>tout en rejoignant le vécu positif des jeunes à ce sujet, notamment à une période de la vie où la prise de risque et la transgression des interdits font partie intégrante de leur quête d'autonomie ?</p> <p>Comment se positionner, en tant qu'intervenant, devant la banalisation de l'alcoolisation chez les adultes ?</p> <p>Comment se positionner alors que les adultes (qui sont des supports d'identification et d'autorité) sont les premiers à ne pas respecter les lois (concernant la vente d'alcool aux mineurs par exemple), les autres, et à manquer de responsabilité ?</p> <p>Et si la séquence éducative autour de l'alcool, auprès des jeunes, s'inscrit contre la culture familiale de ces derniers, quelle attitude adopter ?</p> | <p><i>expériences de vie de chacun, pour mieux se situer et s'adapter. Il n'y a pas que des messages de masse à faire passer pour cela...Face à la transgression des adolescents il est souhaitable que des adultes puissent se positionner et provoquer des occasions de parole, d'échanges et faciliter un changement d'attitudes, en s'intéressant à ce que disent et à ce que vivent leurs interlocuteurs. et en les aidant à décrypter le sens de l'interdit et de la limite.</i></p> <p><i>Devenir adulte, pour un adolescent, c'est aussi sortir d'une vision naïve du monde «où tous les adultes seraient cohérents et irréprochables». Apprendre à faire le tri dans ses expériences et sortir du seul positionnement mimétique.</i></p> <p><i>Il y a une différence entre « s'inscrire contre » et s'inscrire « différemment » : c'est peut être la distinction entre un acte éducatif qui invite à réfléchir et un acte éducatif qui impose une vision des choses</i></p> |
|--|---|--|



Sixième problématique : l'environnement socio-culturel



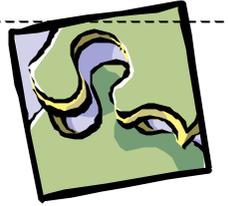
Septième problématique : la cohérence

La prévention demeure une activité fragile en raison de l'ampleur des incohérences qui y sont convoquées. L'intervenant, confronté à cette réalité, a des difficultés à se représenter ce que peut-être "la bonne attitude" de prévention à tenir.

| Concept en question | Développement des questions | Vers un début de réponses ? |
|---|---|---|
| <p><u>Le choc des cultures</u></p> | <p>Comment mener à bien les actions quand culture de prévention et culture familiale, scolaire, médiatique, politique et d'entreprise s'opposent ?</p> <p>Comment un cadre d'entreprise peut-il se retrouver dans le rôle de celui qui rappelle la règle et, plus tard, celui qui a une position d'écoute ou de conseil vis-à-vis d'un collègue en difficulté avec l'alcool ?</p> <p>Faut-il (et si oui, comment) accepter d'animer des séquences éducatives, en classe, avec la présence d'un enseignant qui corrige des copies et est présent, uniquement, pour garantir la discipline ?</p> <p>Comment se positionner, en tant qu'intervenant, quand les commandes des acteurs politiques et financiers sont en inadéquation avec les attentes du public ?</p> | <p><i>Une action de prévention n'a-t-elle pas pour principal objet d'aider sujets et collectifs à se déterminer librement face à de multiples influences, discours et modèles ? A apprendre à faire avec des signifiants différents, voire contradictoires.</i></p> <p><i>La réalité alcool est en soi, paradoxale : V. Nahoum Grappe, une anthropologue qui a beaucoup écrit sur ce sujet mettait en garde sur un discours monocole sur «les dangers de l'alcool». Après une longue observation dans un café, elle en était arrivée à la conclusion que ce produit pouvait tout autant résoudre les conflits relationnels que les attiser. Aussi, cela veut dire que le « préventeur » reconnaisse que la liberté du sujet auquel il s'adresse est toujours plus importante que ce qu'il souhaite lui transmettre.</i></p> <p><i>En inscrivant son action dans une politique d'ensemble vis à vis de cette question : il n'a pas tous les rôles à jouer, seulement ceux qui relèvent de son statut. Il peut aider un subordonné en le respectant, en prenant le temps de l'écouter, en s'intéressant à ses conditions de travail, sans entrer dans une écoute à visée thérapeutique ou éducative...Il doit apprendre à travailler en lien avec l'assistante sociale du personnel, le médecin du travail, sa propre hiérarchie.</i></p> <p><i>Cela veut dire aussi que proposer des actions de prévention qui ne tiennent pas compte de la complexité des rôles et des fonctions, qui ne s'intéressent qu'à l'aspect «propagande» (faire passer le message), peut aussi créer des difficultés.</i></p> <p><i>Un financeur veut faire baisser le taux d'accident de la route des adolescents sur un canton...Les adolescents concernés veulent poser le problème de l'ennui du samedi soir où il faut faire 60 km pour trouver un endroit sympa pour s'éclater. Le travail de l'acteur de prévention sera de favoriser la rencontre possible entre ce besoin de santé publique, la demande d'une population, et cela sans se faire « instrumentaliser » par l'une ou l'autre partie.</i></p> |
| <p><u>Des exigences contradictoires</u></p> | <p>Les intervenants comprennent l'intérêt d'inscrire les démarches dans un "processus éducationnel de prévention" incluant les actions sur le moyen et le long terme, avec une logique de progression, de suivi, etc...mais, "comment finance-t-on ce processus éducationnel de prévention ?"</p> | <p><i>Ce processus éducationnel de prévention pourrait être financé si les indicateurs et critères d'évaluation prenaient davantage en compte les dimensions symboliques, intra-psychiques et socio-politiques du comportement des hommes. Faire « baisser la consommation » est bien différent de « viser à améliorer les conditions de vie », « diminuer les facteurs d'anxiété », etc...</i></p> <p><i>Le fonctionnement même de nos sociétés (toujours plus vite, plus rentable, plus précis) n'induit-elle pas l'augmentation du besoin de consommer des psychotropes ?</i></p> |



Septième problématique : la cohérence



Huitième problématique : le respect de la liberté d'autrui

Le contact avec l'autre, sur lequel agit l'intervenant, fait émerger, de fait, une série d'interrogations sur le respect des croyances et des pratiques de chacun et de chaque groupe social, ainsi que le respect de la liberté de l'être humain.

| Concept en question | Développement des questions | Vers un début de réponse ? |
|--|---|--|
| <p><u>L'éthique</u></p> <p><u>et/ou</u></p> <p><u>l'étiquetage ?</u></p> | <p>Comment ne pas réduire les personnes à leurs comportements, à une étiquette sociale ?</p> <p>Par exemple, appréhender les actions des jeunes, uniquement, sous l'angle des conduites à risques ?</p> <p>Privilégier la question du "mal de vivre" chez les adolescents alors qu'ils ont des ressources et une créativité qui échappent à nos grilles de lecture ?</p> <p>Comment sortir du registre de la moralisation, de la normalisation et/ou celui de la psychopathologie ?</p> <p>Comment faire pour ne pas réduire les personnes à leurs symptômes ?</p> <p>Comment faire face à la pression sociale et politique qui concernent des publics dit "en difficulté" avec une injonction de changement ?</p> <p>Comment sortir de cette fixation des adultes sur les jeunes comme</p> | <p><i>L'être humain ne se réduit pas à un comportement ou un symptôme : il faut «démédicaliser» et «dépsychologiser» le regard social sur l'autre ; c'est un des effets pervers de l'hyper spécialisation et du chamboulement de l'identité sociale en œuvre depuis quelques décennies. Puisque l'on est de plus en plus anonyme dans la masse des individus on a tendance à être défini socialement par des traits de comportements : «dépressif, alcoolique, parano, caractériel, convivial, sportif ...etc».</i></p> <p><i>Tout discours réducteur, manichéen ampute l'humain d'une part de son altérité. Le concept d'alcoolisme est-il autre chose que la résultante d'un discours médical pour nommer la dangerosité toxique de ce produit, et cela afin de se démarquer de la perception presque sacralisée de cette «boisson des dieux» ? Ce n'est ni un vice ni une faiblesse de caractère, mais est-ce une maladie ? un symptôme ? le produit du dysfonctionnement d'un système ? etc.... Une épidémiologie en alcoologie est-elle possible si l'on considère que c'est une problématique au carrefour du psychique, du somatique, du social et du symbolique ?</i></p> <p><i>Et si l'on reconnaissait que nous sommes tous collectivement plus ou moins vulnérables, cohérents, équilibrés ? Et si l'on cessait de chercher éperdument la «ligne blanche» rassurante, mais illusoire, qui séparerait le mal du bien, le déviant du normal, le morbide du sain ? ...</i></p> <p><i>En étant, si possible, assez conscient du jeu culturel et social dont nous sommes les objets. Que veut la médecine ? Faire disparaître les cirrhoses ou aider les personnes dépendantes à moins consommer ou à atteindre l'abstinence sans trop souffrir psychologiquement ?</i></p> <p><i>Que veulent les politiques et l'opinion publique ? Obtenir la «paix sociale» ou s'attaquer aux causes qui génèrent des alcoolisations de compensation (ennui, chômage, absence de perspectives, ...) ?</i></p> <p><i>En définitive, les acteurs de prévention sont les relais de «qui» pour faire "quoi", dans quelles conditions ?</i></p> <p><i>Je ne sais pas. Peut-être en essayant de porter de façon plus solidaire les mêmes préoccupations et les mêmes difficultés.</i></p> <p><i>En cessant peut-être de penser la notion d'action collective comme « une action à</i></p> |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>objet prioritaire de prévention ? Les jeunes sont-ils en si mauvaise santé ? Qu'est-ce qui motive un tel investissement, un tel engouement sur les problèmes de santé des jeunes ? Ne doit-on pas nous interroger sur nos propres angoisses d'adultes, de professionnels ou de parents et leurs projections sur la santé de nos enfants ? Nous avons tendance à se focaliser sur les comportements à risque des adolescents mais, y a-t-il une vie sans risque ? La confrontation au risque n'est-elle pas, en même temps nécessaire à la construction de soi ? Et, que faisons-nous du plaisir lié aux risques (l'ivresse par exemple)? Quel désir de toute puissance je nourris pour vouloir, pour nos enfants, une vie sans danger, sans souffrance ? Ce type de vie ne serait-il pas la mort ?</p> | <p><i>mener pour une somme d'individus » mais plutôt comme « une somme d'interactions » entre individus Je suis frappé par l'intérêt de nombreux salariés d'entreprise autour de la question de la consommation de psychotropes de leurs enfants devenus adolescents. Il est probable qu'une des actions de sensibilisation des jeunes se fait le mieux en travaillant avec leur environnement parental. Or on rencontre plus facilement ce dernier dans les entreprises que dans les établissements scolaires. Ce qui fait exister, c'est aussi ce qu'il y a dans le regard de l'autre. Le "jeunisme" est dangereux s'il enferme ce temps de passage dans un monde en soi et s'il le coupe de ses rives naturelles : l'enfance et l'âge adulte.</i> <i>Daniel Settelen, psychanalyste lyonnais, insiste sur la notion de "traumatismes précoces"ⁱⁱⁱ (avant l'acquisition du langage) et nous renvoie donc à une autre préoccupation : quelles attitudes préventives possibles en dehors de la médiation de la parole ? Ou pour des sujets ayant eu ce type de difficultés ?</i></p> |
| <p><u>L'intervenant</u> <u>et l'autre</u></p> | <p>Comment respecter l'autre dans ses limites, ses choix et son vécu ? Comment faire avec le déni de l'autre (la personne, le groupe de participants et l'établissement qui nous contacte) ? Faut-il (et si oui, comment) redonner du pouvoir à l'autre et/ou aux autres ? Dans quel but ? Comment faire lorsque le public refuse d'adhérer à ma démarche ? Par exemple, comment se positionner, en tant qu'intervenant, face à une injonction de prévention, pour les programmes de sensibilisation aux risques d'alcoolisation, intégrés à des peines frappant des individus ayant commis des infractions graves, sous l'emprise de l'alcool ? L'acteur de prévention est-il au service de lui-même, de l'Etat, de la pression sociale ou du sujet ? Comment se positionner quand la liberté de l'un s'oppose à celle des autres ?</p> | <p><i>Une démarche repose sur 2 jambes : si l'une des deux jambes ne suit pas le rythme de l'autre, c'est la chute assurée.</i> <i>Pour cela, il est nécessaire que le premier pas, que je pourrais proposer en tant qu'acteur de prévention, puisse permettre un deuxième pas sans trop d'efforts, qui sera celui du public. Et que mon troisième mouvement en réponse à celui-ci engage naturellement un rythme de progression qui va créer la démarche...qui ne sera pas «ma» démarche mais « notre » démarche.</i> <i>Un peu de tous et c'est légitime ; l'important c'est qu'il en soit conscient et qu'il se rapproche le plus possible du sujet.</i> <i>Et si la prévention c'était une rencontre, un lien de plus, une co-reconnaissance ?</i> <i>Selon son propre rapport à la liberté...</i></p> |

| | | |
|--|--|--|
| <p><u>L'intervenant</u> <u>et l'alcool</u></p> | <p>Mon vécu et ma représentation de l'alcoolisation et ses risques n'agissent-ils pas sur mes attitudes de prévention ?</p> <p>Aussi, comment aborder la question "alcool" quand, moi-même, je n'ai pas un rapport neutre avec ce produit : soit parce que je suis dans le "hors alcool", que celui-ci me gâche la vie ou celle d'un de mes proches ; soit parce que je suis dans le "tout alcool" et il m'est impensable de modérer ma consommation ?</p> <p>Comment faire en sorte que mon vécu et mes représentations personnelles ne m'amènent pas sur le terrain de la dramatisation, de l'injonction et du prescriptif ?</p> <p>Est-ce que j'œuvre pour que l'autre m'échappe ?</p> <p>Pourquoi faire prendre conscience des risques ?</p> <p>Est-ce que j'accepte que l'autre se détruise ?</p> <p>Est-ce que j'accepte qu'il échappe à mon pouvoir ?</p> | <p><i>Affirmer que seules «peuvent agir des personnes n'étant pas personnellement impliquées» relève d'une perception de la question seulement « biomédicale ». A partir du moment où l'on consomme de cette drogue, que l'on en éprouve du plaisir, on est impliqué ! Et c'est le cas de 95% d'entre nous...Mais il est peut être plus facile, dans notre culture, de parler de la souffrance de l'autre que de son propre rapport au plaisir.</i></p> <p><i>La réflexion d'André Therrienⁱⁱⁱ, psychologue québécois, sur le lien entre expérience de plaisir et de « douleur-souffrance » nous semble une piste intéressante à creuser, pour cela.</i></p> <p><i>Parce que ce qui caractérise l'humain c'est de s'interroger sur ses comportements et qu'il est un être de langage symbolique...Il me semble plus intéressant de s'interroger sur la notion même de risque et de remplacer le terme «pourquoi» par le terme «comment».</i></p> <p><i>La prévention de «l'alcoolisme» a-t-elle pour seul objectif qu'il n'y ait plus "d'alcooliques" sur terre ? Ou que les personnes exprimant leurs souffrances par ce comportement soient mieux comprises, aidées, accompagnées ?</i></p> |
|--|--|--|

¹ CF texte ci-joint de Jean-Paul Jeannin

¹ CF texte ci-joint de Daniel Settelen

¹ André Therrien, *Quand le plaisir fait souffrir*, édition du Trécarré, 1994



Huitième problématique : le respect de la liberté d'autrui





POUR UNE SCÈNE ÉTHIQUE DE LA PRÉVENTION DES RISQUES ALCOOL

Marie-Claire ZINCK

La question posée à la philosophie à travers l'interrogation sur « *Ethique en prévention des risques alcool* » n'est bien sûr pas celle qui a retenu l'attention des philosophes dont le souci principal a été celui du savoir, de la connaissance du principe, de l'inconditionné. Depuis Platon en effet jusqu'à la philosophie contemporaine le souci majeur de la philosophie a été de penser la possibilité d'une connaissance "*métaphysique*", c'est à dire une connaissance de ce qui dépasse le champ de l'immédiat sensible.

Pourtant, d'autres philosophes se sont intéressés non plus véritablement à la connaissance mais au cadre dans lequel peut venir s'inscrire non seulement cette connaissance mais aussi les actes, nos actes. L'Éthique est précisément ce cadre dans lequel ils viennent s'inscrire. De ce fait, si le problème philosophique reste bien pour nous celui que définit Lévinas à savoir le problème du sens de l'humain, la recherche du fameux "*sens de la vie*", la philosophie, langage de la raison critique et argumentative, a à se tourner vers les choses de la vie, non pas dans un penser ensemble moi et l'autre, mais dans un face à face avec son objet, avec son autre.

La question de la prévention des risques liés à l'alcool ne se rapporte donc pas à l'homme pris dans le mouvement de la connaissance du monde mais bien à celui qui est pris dans le mouvement de la vie, de l'existence, c'est à dire à celui qui est pris dans la tourmente de l'inquiétude.

Or cette in-quiétude de l'être humain, qui existe dans sa vie, est triple. C'est une triple contrainte, une triple exigence. D'une part l'homme est contraint à être conscient du fait qu'il est un vivant mortel. Sa vie s'inscrit dans le temps de la finitude et dans la proximité de la mort. De plus, il est confronté sans cesse à l'incertitude de son identité. La question "*qui suis-je ?*" le travaille, le taraude jusque dans ses rêves. C'est elle qui fait naître toute la création humaine. Et, enfin, l'homme est en perpétuelle quête du sens ultime de sa vie. Pour qui suis-je en vie, pour quoi ? Qu'est-ce que je fais de cette vie ?

C'est donc à l'homme inquiet et de l'homme inquiet, à celui et de celui qui n'est pas en repos que cette question s'adresse et questionne. Il est également important de souligner que ce questionnement s'origine chez un homme inquiet pour un autre.

Aujourd'hui donc, la philosophie a à être dans un face à face avec l'humain dans ce qu'il a parfois d'extrême, de limite à travers son rapport à : l'alcool et à la prévention contre cette même substance.

Ainsi, si la philosophie a pour tâche de penser l'humain, de penser ce qui fait entrer chaque être humain dans une humanité singulière, elle est mise en demeure de penser dans cet espace du face à face, ce qui est parfois mis au ban de l'humanité mais qui, parce qu'il nous parle d'une humanité défaillante est au cœur même de l'humain à savoir l'alcoolisme ou plus généralement les risques alcool.

Contre ces derniers, des « *âmes de bonne volonté* » tentent de lutter.

Une des formes de lutte est la Prévention par un ensemble de mesures contre certains risques. Etymologiquement il s'agit en fait de devancer les conduites à risques par des actes. Or, une des caractéristiques de la prévention est qu'elle s'adresse non seulement à des personnes qui ont des conduites à risques mais aussi à celles qui potentiellement peuvent en être les auteurs. Le public est flou. Et de ce flou naît une certaine confusion dans l'idée de prévention.

En effet, on constate que la question n'est que rarement posée. Si celle des acteurs de cette prévention l'est plus ouvertement et de manière assez simple c'est qu'aux racines on trouve le choix. La question des personnes concernées par la prévention est moins simple. De qui s'agit-il ? Vous, moi, lui, elle ? Qui est concerné par ce souci de la prévention et qui ne l'est pas ? Qui peut entendre que la prévention s'adresse à lui ? Comment reçoit-il cet avis de prévention ?

Ainsi, réfléchir sur le cadre éthique de la prévention de ces risques nécessite de penser à qui elle s'adresse et quelles sont les conséquences possibles d'une prévention s'adressant potentiellement à tout un chacun.

Accueillir la prévention nécessite que soit reconnue en chacun la possibilité de tenir de telles conduites. C'est reconnaître une fragilité, c'est reconnaître que le rêve de toute puissance n'est qu'un rêve. Se sentir concerné par la prévention nécessite d'avoir vécu au préalable une douleur au-delà du supportable provoquée par la blessure inhérente à l'échec de la prétention à tout vouloir, à tout pouvoir penser, maîtriser.

Or, celui qui est encore dans l'illusion de la toute-puissance et dont les phrases telles que « *cela ne m'arrivera pas à moi, je contrôle tout, je saurais m'arrêter à temps, je ne suis pas dépendant* » peuvent être illustratives, ne peut pas entendre cette prévention ou seulement très difficilement. Il ne reconnaît pas ou ne peut reconnaître sa dépendance radicale à l'autre. Tout puissant ou plutôt dans l'illusion de l'être, il utilise l'alcool qui a pour

vertu principale d'effacer l'autre, de neutraliser l'altérité et d'entretenir ainsi cette illusion. C'est un peu un « *je m'auto abreuve de cette potion magique qui me rend indépendant de toi, qui me permet de me passer de toi* ».

L'adresse d'une parole de prévention, de par le fait qu'elle délivre un message proche de « *tu as besoin de moi pour te montrer combien l'alcool te trompe. Je refuse que tu continues à avoir une mauvaise image de toi à savoir celle de la toute puissance que l'alcool te renvoie* », contient en elle cette fragilité difficilement reconnaissable et cela nécessairement. Elle porte en elle les conditions du surgissement de l'autre. Proposer à quelqu'un une parole de prévention peut, de ce fait, le placer de façon extrêmement soudaine face à cette altérité et ainsi le plonger, de par cette blessure et de par la reconnaissance brutale et forcée de cette fragilité, dans un abîme de douleur, de désarroi qu'il faudra absolument prendre en compte pour que la parole de prévention puisse être véritablement entendue. Tout un accompagnement sera alors nécessaire sur le chemin de l'acceptation de la présence de l'autre en soi comme hors de soi et de la dépendance à cette présence dans la mesure où elle signifie une dépendance radicale à l'autre, dans la mesure où elle signifie son appartenance à l'ordre de l'humain.

Mais qui est celui qui parle et qui adresse potentiellement du même coup à son interlocuteur une telle blessure à l'être, une telle blessure narcissique alors que le plus souvent aucune demande de prévention n'est faite ? Qu'est-ce qui l'autorise à intervenir ? Les interrogations des acteurs concernant une qualification, une formation, une professionnalisation qui rendraient de ce fait leur action de prévention plus légitime et peut-être plus efficace renvoient à la question fondamentale concernant le lieu d'où la parole est émise. D'où parle l'acteur de cette prévention ?

Pour être infligeable et entendable, cette blessure, cette fragilité doivent avoir été préalablement ressenties, vécues et soutenues par celui qui parle. Le porteur de cette parole doit avoir pu soutenir l'insoutenable en lui pour pouvoir, à son tour, soutenir celui qui est ainsi convoqué à cette blessure. Pour que cette parole soit une parole en vérité, elle doit impérativement venir de ce lieu là, de ce creux, de cette faille à jamais résolvable. Si celui qui tient une parole de prévention n'est pas au préalable, dans un rapport intime avec sa propre fragilité, sa propre faiblesse et sa dépendance radicale à l'autre, l'acte de prévention se transformera alors en un jugement sur l'autre, en un faire à la place de l'autre avec son cortège de violences et ceci, sous le masque de la bienveillance. Face alors à un être en détresse, en faiblesse bien que ces dernières soient cachées, camouflées par l'utilisation d'alcool, la toute puissance de l'autre, cachée cette fois sous les discours de prévention, pourra s'exercer sans aucune retenue et de manière tout à fait légitime dans la mesure où elle se fera sous la bannière de la santé publique ou du bien penser. L'acte de prévention

ainsi perverti deviendra un acte porteur de mort de l'autre plutôt qu'un acte porteur de vie. De la parole de prévention il fera un discours visant à placer l'autre sous son emprise, sous son jugement. Ainsi, celui qui tente par l'alcool d'évacuer cette douleur, cette dépendance et qui, par ce discours, y est de nouveau convoqué est littéralement écrasé sous le poids de sa douleur qui lui fait ainsi retour dans la mesure où elle n'aura pas pu trouver chez celui qui lui parle l'espace nécessaire, la faille, où elle aurait pu se lover et être reconnue.

Ainsi, pour qu'une véritable démarche de prévention puisse avoir lieu, il est nécessaire que l'acteur de la prévention se tienne dans une certaine proximité d'humanité avec celui auquel il s'adresse. Cette proximité sera la garante du fait que ce qui est dit sera une parole et non pas un discours. La parole *« n'est jamais, en elle-même, la simple mise en œuvre de la langue, ni un simple acte de langage, car dès le moment où elle se manifeste, elle témoigne d'une présence. Celui qui parle est un existant, et non plus le simple locuteur dans l'échange quotidien du parler social où la circulation des mots est commandée par la situation qui les requiert »* nous dit F. Chirpaz dans son ouvrage sur la « Parole risquée ».

Cette proximité d'humanité autorise une parole non seulement pour l'autre, par l'autre, en l'autre, mais une parole qui prendra chair, qui deviendra chair, dans et par le corps de l'autre. C'est pour cela que, comme le rappelle E. Lévinas : *« dans la relation interpersonnelle, il ne s'agit pas de penser ensemble moi et l'autre, mais d'être face. »*²

Or « être face » c'est être dans un face à face, c'est faire face mais aussi offrir sa face à un certain regard.

L'acte de prévenir concerne toujours trois personnes : bien sûr il y a celui qui prévient et celui qui est prévenu. En plus de cela c'est un acte qui engage nécessairement un tiers. Il s'agit d'un tiers symbolique certes, mais absolument fondamental, à savoir l'humain. Ce qu'il est essentiel de retenir dans tout acte de prévention concernant une personne ou un groupe de personnes, c'est qu'à chaque fois l'humanité de tous est en jeu. Ce face à face auquel invite ou plutôt convoque l'acte de prévention n'est pas un face à face entre un sujet en bonne santé, qui n'a pas de problème ni avec l'alcool ni avec autre chose et un sujet alcoolique ou susceptible de noyer sa détresse. C'est bien au contraire une rencontre de deux subjectivités qui sont dans un lien d'interdépendance mutuelle, vitale et dans un lien de dépendance à l'ordre de l'humain. De ce fait, l'engagement dans la prévention est un engagement dans l'ordre de l'humain. C'est une façon de se sentir responsable. Il ne s'agit pas là d'une responsabilité qui permettrait d'échapper à une culpabilité comme on peut l'entendre souvent : *« responsable mais pas coupable »*. La responsabilité dont il s'agit ici n'est pas celle qui consiste à penser que je suis pour quelque chose dans le fait que certaines personnes boivent. Plus fondamentalement, parce que poser un acte de prévention auprès de quelqu'un

² E. Lévinas : *Ethique et Infini*, p. 82. Fayard.

c'est se tenir dans une certaine proximité d'humanité avec lui, prévenir, s'inscrire dans un tel acte, c'est être invité à répondre « *de* » *lui*.

Que je le veuille ou non, que je sache ou non comment faire, dès que j'accepte d'apercevoir le Visage de l'autre, sa Face, je suis responsable de lui. S'engager dans la prévention c'est s'engager à offrir sa face à un regard en quête d'un visage qui pourra le reconnaître et dans lequel il pourra lire son humanité partagée. Or, entrer dans l'humain, entrer dans la Responsabilité, est un risque qui se prend ou plutôt qui s'impose indéfiniment tel un acte de foi qu'il faudrait re-prononcer à chaque Visage croisé.

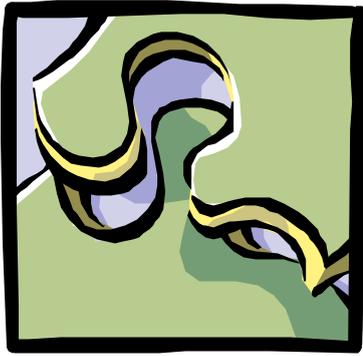
L'Éthique, ici, ne vient pas se poser en supplément d'âme ! C'est bien dans l'Éthique entendue comme responsabilité pour autrui que se noue le *nœud* même du sujetif et de l'intersubjectivité.

*« J'entends la responsabilité comme responsabilité pour autrui, donc comme responsabilité pour ce qui n'est pas de mon fait, pour ce qui ne me regarde pas mais aussi pour ce qui précisément me regarde, pour ce qui est abordé par moi comme visage »*³ Ce que nous adresse ici Levinas, c'est que dès que je regarde un autre avec ce regard qui me permet de le reconnaître et de l'inscrire dans l'ordre de l'humain, sa responsabilité m'incombe. C'est une responsabilité qui va au-delà de ce que je fais. Cela signifie que je suis responsable de la responsabilité d'autrui. Par ailleurs, Lévinas continue en disant « *Le moi a toujours une responsabilité de plus que tous les autres* ». Ainsi, l'acte de prévention invite ou, plus justement convoque à ce type de responsabilité.

Or être responsable, c'est être père, c'est être inscrit dans une filiation.

Faire de la prévention signifie se tenir dans un lien de parenté qui dépasse la filiation biologique. C'est considérer autrui comme son fils, ce qui précisément consiste à établir avec lui des relations qu'Emmanuel Lévinas appelle « *au-delà du possible* ».

³ E. Lévinas, *Ethique et Infini*, p.102. Fayard.



**FICHE À DÉTACHER ET
À NOUS RENVoyer**

VOS RÉACTIONS SUR LE TEXTE DE ...

MARIE-CLAIRE ZINCK

En quoi ce texte peut vous être utile dans votre réflexion éthique sur la pratique?

En quoi ce texte renforce votre point de vue?

En quoi ce texte vous amène à reconsidérer votre point de vue?

Quels sont vos points d'accord et de désaccord ?



ÉTHIQUE ET PREVENTION DES RISQUES LIÉS A L'ALCOOLISATION DU POINT DE VUE DES SCIENCES SOCIALES

Jean Paul **JEANNIN**

Enseignant en Sciences Sociales
Formateur Consultant en Alcoologie

Aborder l'alcool (autrement que pour partager un verre), convoque immédiatement dans notre culture, **la question du bien et du mal**, donc celle de la morale et de l'éthique. La philosophie, ancêtre des Sciences Sociales à travers la philosophie sociale, introduit une synonymie entre les deux termes, lorsque Cicéron traduit le grec *etikos* en *moralis* en latin. Pourtant étymologiquement l'adjectif grec possède lui-même une double racine l'*êthos* pouvant tout autant signifier : - la vertu, le caractère humain dans son excellence, que - la demeure et l'ensemble des ~~m~~œurs et habitudes. L'ambiguïté et la dualité de la notion demeureront lors du passage des racines grecques et latines dans la langue française. Les sciences sociales, qui, se retrouvent mieux dans l'objet du second champ, peuvent éclairer la réflexion sur la prévention des risques liés à l'alcoolisation et les nombreuses questions éthiques qui s'y rattachent.

Pour les Sciences Sociales, tout comportement individuel ou collectif ne peut être analysé indépendamment de l'acteur et du contexte. Chaque entité prend son sens par rapport aux autres. Si l'on veut tenter de mieux comprendre les comportements dits "à problèmes" liés à l'alcool, voire même faire émerger des éléments de solution en termes de "gestion du risque", d'aide ou de prévention, il importe de se doter d'outils d'analyse précis et variés. Ce qui représente déjà un acte éthique en soi puisqu'il permet de montrer et prendre en compte la complexité de la réalité du rapport individu/alcool, pris dans le fonctionnement social.

Il n'est pas possible de recenser tous les points de vue ni d'exposer tous les modèles explicatifs produits par les diverses Sciences Sociales qui "s'intéressent" aux comportements. Nous avons retenu seulement certains concepts inspirés des principales Sciences Sociales. Il convient avant tout de souligner à la fois la complexité de la thématique alcool, et la diversité des analyses possibles. Chaque Science Sociale l'anthropologie, l'ethnologie, la sociologie... détermine son objet d'étude et ses méthodes d'analyse, de démonstration, de vérification pour mieux cerner ce qui fait problème dans tel ou tel comportement...

L'Anthropologie est l'ensemble des disciplines appliquées à l'étude des sociétés dites "primitives". On peut distinguer entre autres, l'anthropologie sociale ou étude des règles de comportement social, de l'anthropologie philosophique, qui est l'étude de l'homme dans sa vie courante parmi les autres. On ne peut pourtant pas dire que les deux niveaux se différencient vraiment, et ce d'autant plus que l'anthropologie sociale se veut « théorie générale ».

L'ethnologie est l'étude comparée des cultures contemporaines. Son objet est plutôt l'étude de la culture d'une seule société : ses aires, son histoire, sa structure et ses transformations multiples. Elle en recherche les tabous, les rites, les mythes. L'ethnologie s'intéresse maintenant aux sociétés dans lesquelles nous vivons, ceci de son point de vue, c'est-à-dire comme si l'ethnologue était totalement à l'extérieur et totalement respectueux des objets étudiés.

La sociologie, science des phénomènes sociaux, a pour objet la description systématique et l'analyse de comportements sociaux particuliers (sociologie du travail, sociologie religieuse etc...). Elle étudie également les "phénomènes sociaux totaux" en interprétant tout fait social au sein du groupe dans lequel il se manifeste, avec pour méthode l'observation (analyse objective, sondages statistiques etc...) et la constitution de modèles descriptifs. Pourtant, la sociologie est devenue de plus en plus relativiste et pluraliste tout en recherchant les liens pertinents entre la théorie et les enquêtes empiriques.

Les points de convergence entre Anthropologie, Ethnologie et Sociologie sont nombreux : approche pluridisciplinaire - concepts communs de "modèle" - "systèmes symboliques" - intérêt de plus en plus grand de l'ethnologie et de l'anthropologie sociale pour nos propres sociétés.

Dans une lecture anthropo-historique, on peut dire que depuis sa rencontre fortuite avec les boissons fermentées à l'aube des civilisations, l'homme n'a cessé au cours des millénaires de leur attribuer un caractère magique, divin, voire sacré (le vin de l'eucharistie entre autres), qui a rejailli sur l'alcool lorsque les alchimistes occidentaux l'ont distillé et nommé "eau de vie". Quand l'idéologie antialcoolique du XIX siècle a diabolisé l'alcool distillé ayant généré l'alcoolisme en pleine révolution industrielle, les cultures qui avaient intégré l'alcool comme objet symbolique majeur, ont subi un véritable **choc culturel**.

La dualité du rapport à l'alcool :

- alcool divin et sacré des origines à nos jours /

- alcool diabolique et maléfique de l'alcoolisme du XIXe siècle,

a nécessité des adaptations et des compromis pour échapper à la **dissonance cognitive**⁴ de la cohabitation incongrue d'un discours culturel profondément alcoolophile, voire alcoolâtre, et d'un discours idéologique réactionnel antialcoolique, alcoolophobe, le plus souvent violent et intolérant. Les ligues antialcooliques se sont positionnées dans le champ de la **morale** au sens de Deleuze et Comte Sponville, comme *ensemble des devoirs, discours normatifs et impératifs qui résultent de l'opposition du bien et du mal considérés comme valeurs absolues*, cette morale relevant du "Que dois-je faire ?"

On peut faire l'hypothèse que depuis le XIXe siècle, le mécanisme principal de défense sociale contre le risque de dissonance cognitive, est un clivage du produit en "bon alcool" ("nous on ne risque rien, on ne boit que du bon..."), et en "mauvais alcool" ("pas étonnant que les alcooliques soient malades ; regardez ce qu'ils boivent"). L'observation de nos attitudes envers les alcooliques montre que nous avons également clivé le monde des consommateurs en "consommateurs normaux" et en "mauvais buveurs".

Il est possible d'en déduire que le choc culturel de *l'alcool objet symbolique* à forte charge affective et émotionnelle, et de *l'alcool "drogue dure"*, n'a d'égal que la dissonance cognitive qu'il provoque à travers la plupart des interventions de prévention, assimilées quoi que l'on fasse, à une réminiscence du discours antialcoolique primaire de l'époque de Zola. L'élément le plus significatif du phénomène Alcool dans la société française du début du XXIème siècle est donc avant tout le **malentendu culturel** profond entre une culture essentiellement magique de l'alcool sacralisé (en particulier le vin) persistante et résistante à l'épreuve même des faits, et une culture scientifique et médicale, minoritaire dans son implantation, récente dans son expression (rapport Parquet, rapport Roques), liée à une culture politique balbutiante mais réelle (nouveau positionnement de la MILDT).

Dans ce contexte, depuis une vingtaine d'années l'alcoologie humaniste cherche en opposition à l'*approche morale* héritée du XIXe siècle un *positionnement éthique* qu'il s'agit de redéfinir en permanence. Cette approche relève du "positif" et du "négatif" comme valeurs immanentes, relatives à un individu, à un groupe, une société. Son discours bien que normatif se veut non impératif et répond au "Comment vivre ?", plus qu'au "Que dois-je faire?". Les intervenants dans le champ de la santé, à quelque niveau que ce soit ne devraient-ils pas appliquer avant tout le "*primo non nocere*" d'Hypocrate ?

⁴ Désaccord logique perturbateur, produit par irruption dans le réel, d'un fait objectif qui contredit ou ne cadre pas avec le système de référence sur lequel l'individu ou le groupe est construit en profondeur. (Festinger)

En quelque sorte, la morale commande, l'éthique recommande...

Max Weber, sociologue allemand avait déjà au XIXe siècle, établi une distinction intéressante entre deux principes, *l'éthique de conviction et l'éthique de responsabilité*.

- *L'éthique de conviction*, selon Max Weber, engage à agir inconditionnellement en fonction d'un idéal et de valeurs sans concession, sans compromis et sans se soucier des conséquences de l'acte posé. Que le militant agisse selon ses convictions est bien entendu légitime, ceci d'autant plus que son engagement est une réponse aux blessures subies directement ou indirectement de son vécu alcool. (Ainsi, les abstinents secondaires utilisent leur connaissance intime du vécu alcoolique pour aider leurs pairs avec de réels résultats pour eux et pour l'autre, mais dès qu'il s'agit de prévention les conséquences du discours ne sont guère analysées).

- Agir selon *l'éthique de responsabilité* oblige à évaluer les retombées et conséquences prévisibles de différentes actions possibles, il s'agit alors de tenir compte de l'efficacité potentielle à atteindre après une analyse lucide, selon une sagesse pratique qui devrait caractériser le professionnel de la prévention.

Et pourtant, le terme prévention est lui-même ambigu ; n'est-on pas "prévenu" avant d'être inculqué ? La "lutte contre l'alcoolisme" est devenue "prévention", mais s'agit-il de "*prae venire*" (venir avant, tout le problème sera de savoir avant quoi ?), ou d'avoir "des préventions au sujet de..." N'entend-t-on pas parler régulièrement de "prévention contre l'alcoolisme", qui renvoie à l'éthique de conviction, au moralisme... ?

Le phénomène alcool dans le jeu social peut se décrypter avec différentes grilles de lecture et outils sociologiques : comme "fait social total"⁵ - avec le concept d' "anomie"⁶ ou avec une lecture fonctionnaliste⁷ et bien d'autres... Cependant, nous ne retiendrons que deux modes d'approche du phénomène, qui nous semblent porteurs de pistes de réflexion éthique en terme de prise en compte de la singularité de l'autre, pourtant pris dans les mêmes

⁵ *Fait social total* ; fait même apparemment insignifiant, où sont données à voir ensemble, donc imbriquées, toutes les dimensions de l'humain: social, économique, politique, religieux, symbolique...

⁶ *Anomie* : perte des valeurs, compensée éventuellement dans un processus de déculturation, par un recours massif à la drogue-alcool

contraintes sociales et culturelles que moi-même, mais en les gérant différemment : la théorie de l'habitus selon Bourdieu et la théorie interactionniste de Goffman.

Un rapport à l'alcool sous influence

L'habitus est une notion complexe qui occupe une place centrale dans la pensée structuro-fonctionnaliste de Pierre Bourdieu. Il s'agit de l'ensemble des dispositions acquises par l'agent social, c'est-à-dire les schèmes de perception, d'appréciation et d'action inculqués par le contexte social en un moment et une place donnés.

L'habitus est de plus, producteur de pratiques (intérieurisation de l'extériorité et extériorisation de l'intériorité). Cet habitus entraîne donc des modes de pensées, de jugement, des conduites conformes aux rapports de classe. Bourdieu montre que nos jugements, qu'il s'agisse d'art et de peinture, de sport ou de gastronomie... sont le reflet de notre position dans l'espace social. L'habitus est donc le lien invisible établi entre les structures sociales qui nous ont façonnés, comme nos "goûts personnels". L'habitus est cette matrice (que nous appelons "choix personnels") à travers laquelle nous voyons le monde et qui guide nos comportements entre autres par rapport à l'alcool, la convivialité, mais aussi dans nos réponses aux tensions, nos modalités de recours à l'alcool ou sous d'autres formes, aux pressions internes et externes. Il se manifeste par un ensemble cohérent de positionnements, de goûts et de dégoûts, de réactions et de pratiques d'alcoolisation.

La dépendance socioculturelle est-elle le troisième point de la dépendance alcoolique avec la dépendance psychique et la dépendance physique ?

L'alcoologie ne mentionne pas suffisamment ce troisième trait de la dépendance qu'est la dépendance socioculturelle liée à l'habitus. Si comme on se plaît à le dire l'alcool dépendance est une maladie bio-psycho-sociale, il conviendrait de mentionner et prendre en compte la puissance de la dépendance socioculturelle, première, bien avant même la dépendance psychique. Pourtant, cette forme de dépendance, commune à des millions de consommateurs, n'implique en rien un futur parcours alcoolique, par contre, en ce qui concerne le **risque sécurité**, les habitus liés aux différentes formes d'alcoolisation à substrat culturel et social, structurent solidement les résistances à tout changement des comportements d'alcoolisation au travail ou avant le travail, par exemple.

L'habitus est le " produit de l'intériorisation des principes d'un arbitraire culturel capable de se perpétuer après la cessation d'une action pédagogique et par-là, de perpétuer dans les

⁷ Une lecture fonctionnaliste de l'alcool dans le jeu social de l'entreprise s'intéresserait aux systèmes de rôles, au consensus alcool avec ses normes, aux fonctions d'intégration, de régulation, d'adaptation par l'alcool...

pratiques, les principes de l'arbitraire autorisé " (Bourdieu). La systématisation de l'inculcation, l'essence du processus d'éducation alcoolophile / alcoolophobe "naturelle", nous informe durablement, faisant de "l'habitus alcool" un principe unificateur et générateur des pratiques dans la durée, tant dans le rapport à l'alcool que dans le rapport à l'alcoolique. La réalité-vin, et la réalité-alcool font partie de cet arbitraire culturel dont les mentalités sont imprégnées à la suite d'une inculcation multiséculaire, produit de la famille, de l'église, de l'école, du groupe... Une boisson alcoolique n'est donc pas simplement un liquide constitué de plus ou moins d'eau, d'alcool et d'autres substances hétérogènes, elle est avant tout une *"réalité sociale culturellement construite et intégrée"* en appui sur des représentations individuelles et collectives, véritable héritage symbolique conditionnant les attitudes et les comportements. (Chapuis)

Un statut attribué dans l'interaction des boires différents

L'interaction est l'influence réciproque que les partenaires exercent sur leurs actions respectives lorsqu'ils sont en présence physique immédiate les uns des autres... Irving Goffman dans "La mise en scène de la vie quotidienne", compare alors le jeu social à un théâtre dans lequel se distribuent et s'articulent les rôles sociaux. Chacun s'inscrit dans l'écart entre ce qu'il veut être et ce qu'il est aux yeux des autres ; dans les situations de face à face, à travers les attentes et les réponses qui rétroagissent sur les attentes, apparaît alors une logique de la communication sociale.

Ce qui se joue dans la représentation de la scène sociale, ce qui s'y exprime, ne se trouve codifié dans aucun texte, dans aucun rôle écrit, pourtant, la "représentation théâtrale sociale" est toujours le moment décisif, car c'est le public, l'autre ou les autres qui définissent ou valident l'acteur dans son rôle. Le rôle ne dérive donc pas seulement de son possesseur, mais de la scène totale ou s'insère l'action ; ce qui se joue ne concerne pas seulement la personnalité de l'individu, de son moi permanent, mais de ce qu'il est pour les autres et avec les autres.

La réalité sociale de l'alcoolisation peut s'analyser à partir de la trame des relations humaines qu'elle accompagne quasi systématiquement. L'interaction (c'est-à-dire, la relation de face à face et les réactions qu'elle entraîne) prend place au sein d'un ensemble organisé en système de communication au quotidien, construit autour de la réciprocité du don (Mauss) en général, et du partage d'alcool, de tabac, de café... , en particulier. L'échange qui se réalise alors, est indispensable à la convivialité, à "l'être ensemble".

Chaque sujet va donc personnaliser son rôle de consommateur. Il va chercher à se présenter et à présenter ses activités de buveur social devant les autres. Il leur demandera de le conforter dans sa démarche et de le désigner comme conforme au rôle initialement prescrit porteur d'une double contrainte :

- " il est d'usage quasi obligatoire de boire de l'alcool comme tout le monde",
- " un consommateur raisonnable et "normal", conserve le contrôle de sa consommation"

La déviance par rapport à la « norme alcool »

Au cours de l'action d'offrir, de recevoir et de partager de l'alcool, il se manifeste un consensus de fait entre les parties en présence. Ce consensus n'est pas prédéterminé explicitement. C'est même souvent un équilibre précaire qui s'installe. Lorsqu'un accord n'est pas possible sur la base des règles implicites, le sujet va prendre de la distance ou refuser le rôle proposé (soit il ne veut pas consommer d'alcool "comme tout le monde" - soit il consomme de l'alcool d'une manière différente, "hors norme"). Il se produit alors une rupture, et le sujet est identifié comme déviant :

- *La déviance du "non-boire"* plus ou moins acceptée selon les milieux socioprofessionnels, le sexe de l'intéressé, la situation... etc., est néanmoins génératrice de réactions rapides et précoces, allant de la plaisanterie à la remarque, voire à la mise à l'écart ou au rejet (jeune non-consommateur arrivant dans une équipe sur un chantier).

- *La déviance du "trop boire"*, suscite généralement une grande tolérance liée avant tout à la "normalité" sociale basique du comportement d'alcoolisation avec les divers bénéfices secondaires générés pour l'entourage. Les réactions (tardives) mais à ce moment éventuellement violentes, apparaissent lorsque l'intéressé montre les comportements et stigmates propres à l'alcoolisme en phase terminale, correspondant aux stéréotypes culturels de "l'alcool".

Dans ce cas, l'intervention de l'autorité (médicale, judiciaire...) a le pouvoir (souvent, est sommée), de transformer l'acte en infraction et l'individu en coupable, en délinquant ou au mieux en malade. L'acte déviant ne se définit donc pas par le moment où l'individu transgresse la norme, la règle ou la loi, mais par le processus long et complexe au cours duquel il est désigné comme déviant, en l'occurrence alcoolique.

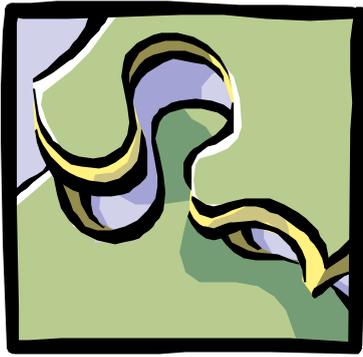
Sur le terrain, pour approcher les risques liés à l'alcoolisation, comment pourrait-on se satisfaire de réponses simples (incantation, jugement, dénonciation, exclusion...) dès que l'on perçoit combien le construit social du rapport à l'alcool est complexe. Toute intervention, de quelque niveau que ce soit (prévention, éducation à la santé, promotion de la santé...), est dans une *dimension éthique* lorsqu'elle se pose la question de sa légitimité, de l'objet travaillé et de son contenu, de la propriété de ces contenus travaillés... , et lorsqu'elle interroge les finalités et valeurs qui la fondent. Une réflexion éthique ne peut que mettre en perspective les "allant de soi" des approches volontaristes avec leurs "messages", leurs normes extrinsèques, leurs convictions inébranlables... La logique des approches de prévention plus ou moins autoritaires, s'auto-justifie par ce qui est *juste* ou *légal*, elles ne conduisent pas automatiquement à ce qui est *bon*, donc à la « *bonté* » (Lévinas), ce rapport éthique fondamental spécifique à l'homme qui s'extrait de lui-même pour la rencontre altruiste, pour se mettre au service de l'autre, lui offrir de l'aide désintéressée dans l'altérité... « *Je suis responsable du visage de l'autre* » , humain, fragile, vulnérable comme moi !

Des finalités bien au-delà du produit et du rapport au produit alcool

Si l'on admet que l'alcoolisation (à risque ou non) est en partie une production des rapports sociaux, une des finalités de l'intervention pourra être la transformation de ces mêmes rapports sociaux autour de l'objet alcool, par exemple dans le micro-social de l'entreprise, avec une restriction de taille : cette transformation appartient avant tout aux acteurs eux-mêmes, dans la complexité de leurs interactions. L'éthique téléologique, (*télos* : but, finalité) postule la recherche du moindre mal, mais pour qui ?

Un rôle de catalyseur à l'aide d'une médiation éthique alcoolologique

Les attentes divergent d'un acteur ou groupe d'acteurs à l'autre (*acteurs politiques et financiers - public...*) leurs enjeux, intérêts, objectifs, stratégies étant différents mais aussi légitimes et rationnels, respectivement de leur point de vue (Crozier), l'intervenant n'a pas à prendre parti mais à accompagner une dynamique de changement (si cela est possible), dans un climat d'écoute réciproque, d'accouchement des vérités de chacun, de dévoilement des logiques cachées, de partage de l'information, de négociation et de compromis...



VOS RÉACTIONS SUR LE TEXTE DE ...

JEAN PAUL JEANNIN

En quoi ce texte peut vous être utile dans votre réflexion éthique sur la pratique?

En quoi ce texte renforce votre point de vue?

En quoi ce texte vous amène à reconsidérer votre point de vue?

Quels sont vos points d'accord et de désaccord ?



ETHIQUE ET PREVENTION ALCOOL DU POINT DE VUE DU DROIT

Elisabeth DOLARD

Interroger le juriste sur la question de la prévention des conduites à risque liées à l'alcool, implique deux types de réflexion.

La première concerne le contexte de la règle de droit : s'il faut expliciter celle-ci, telle qu'elle est définie, à une période donnée, en un lieu donné, par les Autorités en charge de l'énoncer, il est nécessaire de comprendre l'ensemble des circonstances qui l'ont produite : à quelles finalités, sur quel fondement, dans quel environnement est promulguée la loi ?

On ne peut donc pour le sujet qui nous intéresse, faire l'économie du statut très particulier que revêt la substance "Alcool", dans les divers usages et par conséquent dans les divers dispositifs.

Aux frontières de l'individuel et du collectif, on doit d'abord s'interroger sur l'incidence des valeurs du groupe, pour en venir aux principes éthiques concernant la personne qu'elle soit patient, sujet en difficulté, intervenant dans le champ sanitaire et social ou simple citoyen.

La deuxième question se rapporte à la protection de la personne dans sa liberté et sa dignité, et donc la légitimité de l'intervention d'un tiers en raison d'une menace pour sa santé.

Le code de la Santé Publique, représentatif de l'adage "Mieux vaut prévenir que guérir" et fidèle à son esprit, inclut de nombreuses règles fondées sur la prévention. Les mesures sanitaires de lutte contre les épidémies, du contrôle des eaux potables ou de la salubrité des immeubles et des agglomérations ou d'actions médico-sociales en faveur de la famille, de l'enfance et de la jeunesse l'attestent pour exemples.

Il en est de même pour les questions centrées sur le problème de l'alcoolisme. Pourtant, à certains égards, notre politique de santé est surtout axée sur une politique de soin, avant d'être axée sur une politique de prévention des risques.

Pour aider la personne à atteindre le niveau de santé, tel qu'il est défini par l'organisation mondiale de la santé : "un état de complet bien être physique, mental et social", il appartient aux acteurs de prévention d'intervenir de façon judicieuse, en amont de graves troubles pathologiques, en accompagnement des premiers symptômes, dans le respect de l'autonomie du sujet.

L'accompagnement des personnes consommateurs d'alcool

L'intervention des tiers en matière d'alcool est strictement définie par la loi : on peut agir quand il y a risque pour la sécurité (conduite en état d'ivresse, irrespect du taux légal d'alcoolémie, actes de violence sous l'effet d'une imprégnation alcoolique) pour la santé (dépistage et surveillance sanitaire des alcooliques dangereux) pour la protection des mineurs (contrôle de la publicité et de la délivrance des boissons alcoolisées) et pour la préservation de l'ordre public (contrôle des états d'ivresse sur la voie publique)⁸.

Dans une optique de prévention et d'évaluation des risques, doit se poser la question des droits et devoirs de chacun : intervenant, personne demandeur, accueillant, accueilli ; y aurait-il un sujet acteur, et un autre qui le serait moins ?⁹

La liberté individuelle

Chacun est libre de ses choix, de ses convictions, et doit s'engager volontairement dans un processus concernant sa santé. Nul ne peut (sauf exception) l'y contraindre.

Hors cas d'urgence ou d'incapacité physique ou psychique grave, nécessitant une intervention sans consentement préalable d'une personne, il faut recueillir l'accord de cette dernière, libre d'accepter ou de refuser un protocole de soins.

"Le corps humain est inviolable. Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne". Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement, hormis le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir ¹⁰.

"Tout patient informé par un praticien des risques encourus, peut refuser un acte de diagnostic ou de traitement, l'interrompre à tout moment à ses risques et périls. Il peut également estimer ne pas être suffisamment informé, souhaiter un délai de réflexion ou l'obtention d'un autre avis professionnel"¹¹.

⁷ CF notamment loi BARZARCH du 30 juillet 1987 et loi EVIN du 10 janvier 1991, art L355 1 et Svts du Code de la Santé Publique et Manuel (C) et alit : "Prévention des Conduites à risque : lutte contre l'alcoolisme" Journal de Médecine légale, Droit Médical 2001, Vol 44, n°2.

⁹ On peut souligner la volonté gouvernementale de classer la dépendance à l'alcool parmi les autres dépendances, et de favoriser une prise en charge plus précoce par l'entourage, la famille, les médecins. C'est tout le travail de la Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie qui inclut les actions de prévention ;

CF: Conclusions de l'Agence Nationale Française d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), et de la Société Française d'Alcoologie citées par Jean Yves Nau, le Monde, 22-23 Avril 2001.

¹⁰ CF Loi du 29 Juillet 1994 relative au respect du corps humain qui a inséré ces principes à l'art 16 du Code Civil.

¹¹ CF Charte du Patient hospitalisé annexée à la circulaire ministérielle n°95-92 du 6 mai 1995. Précisons que pour le mineur, ce sont les détenteurs de l'autorité parentale, qui expriment leur consentement.

Ces principes sont également affirmés dans le Code de déontologie médicale : "Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas"¹². Il est donc nécessaire dans le domaine de la prévention, antérieur à celui du traitement, de s'interroger sur la demande des personnes en se rappelant les termes même de la problématique soulevée :

"Comment faire pour ne pas réduire les personnes à leurs symptômes ? Comment faire face à la pression sociale et politique qui concerne des publics dit "en difficulté" avec une injonction de changement ?"

L'obligation de soin peut être fondée, soit parce qu'il faut porter secours à une personne en danger, face à un péril immédiat, soit parce que les Autorités Judiciaires et Médicales se sont prononcées pour la nécessaire sauvegarde de la personne, incluant celle de l'ordre Public. Mais ces dispositifs sont strictement encadrés : on tient compte d'une capacité de discernement altéré par la maladie ou le handicap ou d'une conduite qui entraîne à des conséquences a-sociales (Consommation de substances illicites, accidents ou violences constituent des infractions pénales)¹³.

Un équilibre difficile doit donc être trouvé entre information, écoute, intervention, persuasion.

Il s'agit de motiver les participants à effectuer une réflexion personnelle avant de s'engager dans une relation où ils pourront être aidés et soutenus...

La dignité de la personne

Ce principe complète le précédent en ce qu'il a trait au respect de la vie privée et à la notion d'incapacité du corps. L'art 9 du Code Civil énonce que "chacun a droit au respect de sa vie privée" et que nul ne peut s'immiscer dans la vie d'une personne sans y être autorisé tandis que l'art 16 précise que "le corps humain, ses éléments et ses produits ne peuvent faire l'objet d'un droit patrimonial".

La pleine considération de l'autre, est renforcée par ce deuxième principe, qui exige une adhésion sans manipulation : Quelle est effectivement la demande à la laquelle on est confronté lors d'une démarche de prévention ?

Comment identifier la véritable étiologie de la difficulté personnelle et comportementale ?

¹² CF Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 art 36, 41.

¹³ CF Loi du 27 Juin 1990 concernant les malades mentaux, loi du 31 Décembre 1970 concernant les usagers de stupéfiants, et loi du 17 Juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles.

La deuxième problématique qui s'appuie sur le malentendu qui peut séparer intervenants et jeunes « pour qui les comportements de prise de risque liés à l'alcoolisation ne sont pas des problèmes mais des réponses à un problème » est à cet égard éloquente...

Il est intéressant de constater qu'un devoir spécifique d'information est imparti au médecin qui « ne doit faire état que de données confirmées, faire preuve de prudence et avoir le souci des répercussions de ses propos auprès du public. »¹⁴.

Par ailleurs le concept de dignité doit être distingué de la liberté car si la dignité exige la liberté, la liberté n'est pas toute la dignité... La Jurisprudence a dégagé le critère selon lequel la dignité « représente la réunion symbolique de tous les hommes dans ce qu'ils ont de commun, à savoir leur qualité d'être humains »¹⁵. On peut ainsi déroger aux grands principes d'ordre public, même avec l'accord de la personne.

Une politique de prévention implique une grande exigence du respect des jeunes, participant à des sessions de sensibilisation, et s'il existe parfois un devoir de persuasion, en aucun cas il ne doit aller jusqu'à la pression ¹⁶.

La Confidentialité

Pour respecter ces impératifs concernant la vie privée, la question de la confidentialité est, bien sûr, également fondamentale.

« Pas de confiance, sans confiance et pas de confiance sans secret » est l'affirmation, bien connue, qui garantit le respect de l'intimité des personnes.

On ne doit donc divulguer aucune information, qui pourrait être recueillie dans le contexte d'une information ou d'un groupe de parole. Les propos concernent exclusivement les participants à une réunion à caractère officiel, et ne peuvent être rapportés à l'extérieur (Quel qu'en soit le but : divulgation à d'autres personnes voire à des médias). Le nouveau Code Pénal a beaucoup insisté sur cet impératif de discrétion, qui élargit l'obligation à des personnes autres que les professionnels habituels (Médecins, Avocats, Ministres des cultes). Il est en effet stipulé que la « révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 100.000 F d'amende. »

¹⁴ CF art 13 du Code de déontologie médicale op. cit. et loi du 29 Juillet 1994 op. cit.

¹⁵ CF Rousseau (D), les libertés individuelles et la dignité de la personne humaine, Paris, Montchrestien, 1998
LOLIES I : La protection pénale de la vie privée, Aix-Marseille, PUF, 1999.

¹⁶ CF Déclaration de Bernard Hoerni, Président du Conseil National de l'ordre des médecins, le Monde, 28-29 Octobre 2001, p 10.

Ce que la loi a voulu garantir, c'est la sécurité des confidences que des particuliers peuvent être amenés à faire à des personnes, dont l'état ou la profession dans un intérêt général et d'ordre public, font des confidentiels nécessaires. Il est bien évident qu'une action de prévention implique une rigoureuse discrétion de la part des intervenants et ne saurait justifier aucune révélation à l'extérieur.

Le problème est plus délicat en ce qui concerne les rapports des personnes entre elles dans un groupe, lors d'une réunion, et la nature des propos qui peuvent être tenus, alors qu'il n'y a pas nécessairement cadre thérapeutique. La règle juridique n'est pas d'un grand secours en ce cas, sauf pour fonder l'éthique des échanges au regard des grands principes déjà exprimés. On doit veiller à ce que personne ne « s'expose » dans une expression qui pourrait accentuer sa vulnérabilité, et prévoir une réponse à caractère général et dédramatisant, qui puisse permettre une démarche plus individuelle, et plus encadrée au niveau thérapeutique (les participants n'étant pas soumis aux mêmes règles que les intervenants)¹⁷.

La vulnérabilité

Cette question conduit à poser celle de la protection des personnes vulnérables, compte tenu des difficultés auxquelles peuvent être confrontés certains membres du public. La loi prévoit un dispositif de sanctions aggravées ou d'incriminations spécifiques, en cas d'atteinte à des victimes ayant des problèmes de santé, notamment en ce qui concerne des actes de discrimination ou de violence. Elle prévoit également un dispositif civil de protection, que ce soit dans le contexte d'une tutelle, d'une curatelle ou d'une mesure de sauvegarde de justice et un dispositif d'aide sociale et médicale.

On peut donc penser qu'un travail de prévention doit tout particulièrement évaluer les risques d'une intervention, et les bénéfices et aspects positifs qui peuvent s'en dégager. On a beaucoup insisté dans ce cadre là sur la nécessité de promouvoir un message à caractère « positif », axé sur l'équilibre, le bien être, l'harmonie du développement que peuvent souhaiter des adultes par rapport aux jeunes avides de reconnaissance ou à des personnes plus âgées mais ayant la même problématique.

Un discours connoté sur le « négatif », centré sur les risques ou les méfaits d'un type de consommation ou d'expression, semble dans la plupart des cas, voué à l'échec.

¹⁷ CF art 226-13 du Code Pénal paru le 1^{er} Mars 1984 ;

Signalons que le secret partagé entre professionnels est d'origine essentiellement jurisprudentielle : il doit être fondé sur l'intérêt de la personne, inclus dans la nécessité de sa prise en charge, et stipulé expressément auprès d'elle.

CF Dolard (Elisabeth), La protection des personnes vulnérables, Lyon, Brochure de l'Institut de Droit médical, 2000, 25 p.

On passerait donc de l'exemplarité de la sanction ou de la menace (notion abstraite) à la valorisation de modèle (Concepts ou personnes concrets qui se sont engagés dans une vie créative¹⁸).

Le contexte de consommation de l'alcool, et les différents principes assurent la protection de la personne confrontée à des problèmes de santé et à des difficultés sociales est l'occasion de réfléchir à la politique de prévention des risques.

Permettre l'expression sans l'imposer, susciter et évaluer les demandes en vue d'une orientation éventuelle, favoriser un accompagnement au-delà d'actions plus ponctuelles constituent cet équilibre difficile entre neutralité, écoute, persuasion.

Cette préoccupation est d'actualité puisque le gouvernement vient de présenter un plan pour relancer la lutte contre la consommation d'alcool, en soutenant de nouvelles actions permettant de mieux repérer l'usage nocif, distinct de la dépendance.

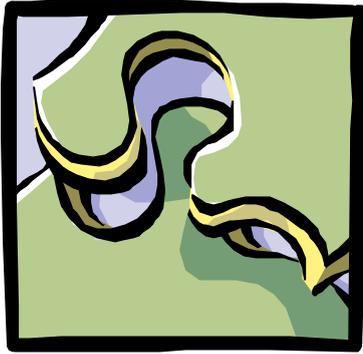
Les enjeux sont multiples comme nous avons pu le souligner : il s'agit de « transformer les représentations sociales de l'alcool qui stigmatisent l'alcoolique et minimisent les conséquences de la consommation habituelle ». Une forte insistance est mise sur les actions de prévention et le repérage des conduites à risque, distinctes de l'usage sans problèmes et de la dépendance.

Faire en sorte que ces actions soient conformes à l'efficacité et à l'éthique est une exigence que nous devons partager avec les professionnels¹⁹.

¹⁸ Et ce souvent « à petit pas » comme l'exprimait si joliment Michel Tournier lors d'une interview récente à France Culture (« témoignage » 21 Novembre 2001)

¹⁹ CF l'analyse réalisée par l'Institut National de la santé et de la recherche médicale (INSERM), du 20 septembre 2001 et les grandes orientations du Plan Alcool, présentés par Bernard Kouchner le 27 septembre 2001.

**FICHE À DÉTACHER ET
À NOUS RENVOYER**



VOS RÉACTIONS SUR LE TEXTE DE ...

ELISABETH DOLAR

En quoi ce texte peut vous être utile dans votre réflexion éthique sur la pratique?

En quoi ce texte renforce votre point de vue?

En quoi ce texte vous amène à reconsidérer votre point de vue?

Quels sont vos points d'accord et de désaccord ?



ETHIQUE ET PREVENTION ALCOOL DU POINT DE VUE DES SCIENCES DE L'EDUCATION

Les Sciences de L'Education regroupent un ensemble de disciplines qui ont pour objet d'appréhender et d'étudier les différents phénomènes éducationnels (éducation, formation, prévention...). "Votre interrogation a toute sa pertinence en Sciences de l'Education".

En préambule, deux remarques.

Dans l'idéal, nous pourrions souhaiter que l'école soit une terre d'accueil des problématiques de santé qui constitueraient, sous des formes à déterminer, des objets d'enseignement. La réalité est autre. L'éducation pour la santé n'y existe que reléguée à une portion congrue, voire insignifiante. "Je risque donc une parole en décalage avec votre demande tant je ne parlerai qu'au niveau des principes et pas des faits".

"Vous souhaitez articuler l'éthique et la prévention des risques liés à l'alcoolisation en convoquant neuf champs disciplinaires, dont leur mission est d'apporter un éclairage sur l'éthique. Cela vous conduit-il à supposer qu'il existerait différentes éthiques (neuf ?), ou n'existerait-il pas une seule éthique qui se déclinerait dans plusieurs champs disciplinaires ? Je me rallierai au premier point de vue et donc je ferai d'abord référence au berceau de l'éthique, la philosophie".

D'un point de vue philosophique, le concept d'éthique peut être rapproché de celui de "morale". L'éthique relève d'un ordre fondateur et se place du côté de la réflexion, du "penser", tandis que la morale se situe plutôt sur un versant comportemental, du côté des règles à observer, du "faire". Il n'existe pas de réflexion éthique sans un questionnement sur les valeurs et la place faite au bien.

Historiquement, trois conceptions du bien se distinguent avec comme référence l'absolu - chez Platon, l'universel - chez Kant et le relatif - chez Durckheim.

- L'absolu. Chez Platon, l'éthique renvoie à la recherche de la vérité. Ce qui est bien, c'est ce qui est vrai. L'éthique est à la dimension de l'absolu de la connaissance. Le bien, se confond avec le vrai. L'amour de la sagesse (la *philosophia*) doit prendre le pas sur l'opinion (la *philodoxa*). La valeur ultime réside dans la connaissance.
- L'universel. Pour Kant, la valeur ultime de la vérité ne peut être maîtrisée par l'homme qui ne peut pas tout connaître. L'infini, le temps, par exemple ne sont pas connaissables, même s'ils sont pensables. La valeur ultime ne peut en conséquence résider dans la

connaissance. Elle est à rechercher non pas dans l'homme, mais dans ce qui le dépasse, dans un universel qui le transcende. D'un point de vue kantien, ce qui dépasse l'homme, c'est Dieu. D'un point de vue post-kantien, dans une vision laïque, ce qui dépasserait l'homme, ce serait l'Homme.

- Le relatif : Chez Durkheim, l'absolu ou l'universel tiennent à une culture, dans un temps, un espace, un contexte donné. Le bien présente un caractère relatif.

L'éthique emprunte à ces conceptions qui ne se recouvrent pas. Aussi, la réflexion contemporaine les dépasse-t-elle, en insistant sur la notion de responsabilité du sujet. La valeur ultime qui est à rechercher est d'abord en soi, du côté de la responsabilité que l'on décide d'assumer, ce qui rapproche les principes de leur mise en actes. L'éthique n'est pas alors seulement une réflexion de nature philosophique attentive à des principes. Elle doit se rapprocher de la politique et du droit. La bioéthique, l'idée d'entreprise citoyenne en constituent des illustrations.

Ces éléments de cadrage posés, nous pouvons interroger la question de l'éthique dans le champ éducatif.

Eduquer, c'est aider à l'émergence de l'altérité dans une relation de parité asymétrique. Eduquer, c'est faire en sorte que mes fils, mes étudiants, mes proches ne soient pas mes doubles, mes clones. Altérité tant est premier le souci de l'autre. Relation de parité asymétrique parce que l'éducateur n'est ni le grand frère, ni le père de ceux à l'éducation desquels il participe mais il est leur pair. Asymétrique car il a un projet sur eux.

On rejoint l'aporie éducative. D'une part, l'éducateur doit être attentif à faire exister l'altérité, c'est-à-dire développer l'autonomie, la liberté et la responsabilité de l'autre. Et d'autre part, l'éducateur construit un projet sur autrui, projet qui produit de la contrainte. Comment faire advenir de la liberté dans un cadre contraignant ? Deux concepts pédagogiques peuvent nous aider à travailler la réponse à cette interrogation : la liaison (le fait d'avoir un projet sur l'autre qui le lie à soi) et la déliaison (ne pas assujettir l'autre, le capter et fusionner avec lui mais faire en sorte qu'il se libère de mon projet).

Une éthique dans le domaine éducatif renvoie à cette question de la liaison et de la déliaison, au refus de la captation, du dressage et du conditionnement, aux processus susceptibles de faire advenir de l'autonomie...

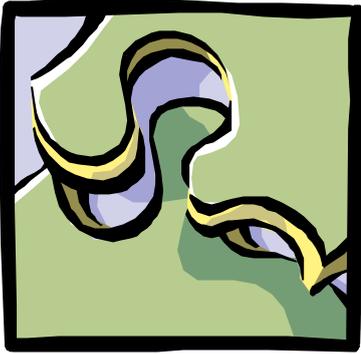
Quant à l'application de cette réflexion éthique dans le champ spécifique de l'alcoolisme, il nécessiterait d'identifier les questions, des principes et des règles d'action pour une action, qui spécifient ce domaine par rapport à d'autres domaines proches (le tabagisme, la toxicomanie...).

Quelques interrogations peuvent nous aider à revenir à l'idée de responsabilité qui nous paraît susceptible de fonder le questionnement éthique : de quoi suis-je responsable et de quoi autrui est-il responsable ?

Comment paraît-il possible de faire naître le libre arbitre de la décision de l'individu quant à sa limitation voire son arrêt de boire lorsque les actions de prévention proposent des actions de l'ordre de la contrainte (en usant d'un émétique dans certains sevrages dans les cures de dégoût pour se désintoxiquer) ou les discours de dramatisation, de moralisation pour être entendus ? Quelle place faire au libre arbitre d'un alcoolique dans un contexte social où l'alcoolisation est banalisée par la publicité, les valeurs culturelles ?

La notion de droit d'ingérence peut nous éclairer également en posant la question suivante : comment être garant de la liberté individuelle tout en ayant le souci de l'intérêt collectif ? Il s'agit bien d'un questionnement éthique, non pas moral.

Entretien avec Michel Develay, directeur de l'Institut des Sciences et des Pratiques d'Education et de Formation de l'Université Lyon II. Compte-rendu réalisé par Marc Babin et Gwenaelle Le Ponner, chargés de mission au CRAES-CRIPS.



VOS RÉACTIONS SUR LE TEXTE ...

SCIENCES DE L'ÉDUCATION

En quoi ce texte peut vous être utile dans votre réflexion éthique sur la pratique?

En quoi ce texte renforce votre point de vue?

En quoi ce texte vous amène à reconsidérer votre point de vue?

Quels sont vos points d'accord et de désaccord ?



PREVENTION, ETHIQUE ET SANTE PUBLIQUE

Françoise FACY

Directeur de recherche - INSERM

UN CONTEXTE DE SANTE PUBLIQUE : Pathologies et conduites addictives

Les politiques de Santé Publique s’instaurent progressivement en France à partir des connaissances cliniques et épidémiologiques sur l’état de santé des populations et résultent des choix collectifs d’aide et de protection sociale.

Pour la plupart des pathologies, l’espace géographique et l’espace temps servent à organiser les observations, pour suivre les indicateurs principaux, avec la morbidité et la mortalité. (Atlas de la Santé – 1999).

Le schéma classique de la survenue d’une maladie dans une population, sur un mode transmissible, en fonction d’un environnement plus ou moins favorable, sert à la définition de niveaux d’interventions sanitaires et sociales en termes de prévention et de soins : ce modèle de base pour la prévention est la vaccination, avec un taux de couverture de la population calculé en fonction d’un critère d’efficacité, par rapport à la survenue de la maladie et aux effets “indésirables” du vaccin.

L’apport complémentaire des recherches entreprises dans les domaines des sciences sociales et humaines permet de mieux connaître les comportements humains et leur rôle déterminant pour acquérir ou maintenir un état de santé et de bien-être satisfaisant – selon les recommandations de l’OMS. Inégalités sociales de santé et processus de précarisation sont analysés (INSERM, 2000) et intégrés aux programmes de santé (PRS et PRAPS).

Tandis que les champs disciplinaires se construisaient dans le domaine de la Santé Publique, des événements majeurs de société survenaient, bousculant politiques et opinions publiques (épidémies de Sida, prion, hépatite C) : le concept du principe de précaution où la responsabilité collective est posée par rapport aux générations suivantes, complète actuellement le raisonnement des facteurs de risque individuels, issus des travaux épidémiologiques, bases des actions de prévention en santé.

Les risques sont posés :

- Risque individuel de contracter une maladie ou de laisser dégrader son état de santé
- Risque collectif de créer ou de subir des conditions de vie dommageables pour la santé

Et les réponses avancées sont centrées sur la prévention, avec des arguments, souvent politiques, d'actions multiples, dont l'évaluation économique guide, même dans le domaine de la santé, la durée et la généralisation.

Les contours fluctuants de définitions des concepts, d'élaboration des programmes et des critères de résultats soulèvent des questions éthiques, que ce soit par rapport aux contextes publics, national ou territorial ou par rapport aux personnes visées ou non, incluses ou non dans des programmes.

Le domaine des conduites addictives, alcoologie, toxicomanie ou tabacologie, parce qu'il ne relève pas strictement du champ des soins (à la différence des pathologies principales), est exemplaire pour la diversité des modèles développés dans les stratégies de prévention, alliant éducation et action sociale.

L'avancée des travaux épidémiologiques sur l'analyse des besoins de la population, la recherche des facteurs de risque et l'évaluation des actions permet d'illustrer des questions éthiques posées par la démarche de prévention en alcoologie, inscrite dans le domaine de la santé (Haut Comité de Santé Publique).

LA RECHERCHE EN SANTE : AVANCEES ET ETHIQUE

Acquisition et transfert de connaissances structurent les travaux de la recherche en santé. Les connaissances dans le champ des conduites addictives ont été profondément modifiées avec des travaux pharmacologiques et neurobiologiques récents (Roques, Goodman) faisant reconsidérer la partition d'une population non plus en non-usagers, usagers et dépendants mais en introduisant d'autres sous-groupes, usagers à risques et usagers à problèmes (Parquet, Reynaud).

Les classifications internationales des maladies, comme la CIM10, servent classiquement à établir les niveaux d'intervention entre prévention primaire, secondaire et tertiaire. Autant les classifications des symptômes de morbidité reposent sur des nomenclatures homogènes

médicales, autant les classifications des usagers de substances psycho-actives, de leurs risques et problèmes associés, font référence aux normes sociales et réglementations liées aux modes de vie et fonctionnements humains.

Par exemple, les risques liés aux seuils de consommation d'alcool sont rapportés à certains milieux de vie : la mobilité sur la route ou l'exercice professionnel. La classification des usages par rapport aux risques encourus et aux difficultés rencontrées selon les réglementations en vigueur reflète une éthique collective, mais la désignation des individus en fonction de telle ou telle classification, doit être envisagée par rapport à son utilisation : le classement peut avoir des répercussions individuelles, alors que la variabilité des effets est une vaste question de recherche (INSERM 2001 Expertise collective – Effets de l'alcool). La réglementation en matière d'alcool offre une large panoplie de mesures du code de débit des boissons à l'obligation de soins.

Les arguments scientifiques sont de plus en plus sollicités pour établir les preuves de dangerosité d'usages d'alcool (et drogues) dans certains contextes sociaux et justifier des mesures légales. L'exemple de la loi Gayssot (oct. 2001) est illustratif de cette volonté publique : une étude épidémiologique est prévue sur 2 ans pour rechercher le rôle des stupéfiants associés éventuellement à l'alcool dans la responsabilité d'accident.

D'autres connaissances, issues de l'économie de la santé (P. Kopp – MILDT – 1999) posent actuellement des questions éthiques par rapport au coût des traitements des personnes dépendantes (alcool ou drogue). Face aux libertés individuelles d'usage de produits, quelle est la responsabilité collective et donc les choix d'actions prioritaires en santé ?

LA PREVENTION : CONSTRUCTION D'UNE DEMARCHE DE SANTE

A partir de bilans des actions de prévention, menées ces dernières années en France et dans les pays voisins, on peut distinguer différents objectifs, cibles et stratégies utilisées.

Objectifs :

La plupart des interventions de prévention ont des objectifs multiples, selon l'orientation conceptuelle et les modalités du programme. Trois types d'objectifs sont fréquemment

donnés : informer sur les drogues, modifier l'attitude ou le comportement envers les drogues, favoriser l'acquisition de compétences sociales.

Certains programmes de prévention s'appliquent très spécifiquement aux problèmes d'alcool ou de drogue. D'autres, en revanche, cherchent à forger des capacités générales, à réduire les pressions ou à influencer sur les prédispositions et les facteurs aggravants.

Les objectifs principalement avancés sont : donner des informations sur les drogues (toxicité, biologie...), faire prendre conscience des conséquences des usages de drogues (sanitaires, sociales), changer les attitudes envers les drogues, développer des attitudes de refus envers les drogues, changer le comportement envers la prise de drogues, renforcer les compétences générales permettant de faire, augmenter la confiance en soi, renforcer l'autonomie, promouvoir un comportement général sain, renforcer les facteurs de protection.

En prévention secondaire, menée dans les centres de soins généralement, on trouve également : donner une formation et des moyens de "réduction des risques" lors de l'utilisation de drogues ou d'alcool.

Cibles :

Les cibles peuvent être directes, pour les sujets concernés par l'usage de drogues ou d'alcool ou indirectes (dans un second temps). De nombreux programmes de prévention s'adressent à un groupe intermédiaire en vue de susciter un changement dans un groupe cible : professionnels ou entourage, voire pairs.

Ainsi, tel programme scolaire peut avoir pour objectif le développement d'aptitudes sociales chez les élèves, à partir de la formation de personnels éducatifs. Les cibles sont, le plus souvent : le public en général, les jeunes (âge et sexe peuvent être pris en compte pour diversifier les actions), la communauté locale, les associations sportives, les personnalités (politiques ou autres) dans la communauté, les parents, les enseignants.

Dans le milieu des entreprises, des sensibilisations et formations des personnels encadrants sont organisées entre alcoologues et médecins du travail en lien avec les ressources humaines et comités d'entreprises.

Modalités :

La prévention se déploie dans trois directions et utilise des moyens diversifiés :

1. L'éducation. L'ensemble du discours préventif aujourd'hui a beaucoup évolué. On utilise des techniques de communication diversifiées : écrit, audio-vidéo. L'enseignement de biologie inclut la toxicomanie et les dépendances dans ses programmes. Les dangers ne sont plus la seule notion abordée, des thèmes de réflexion sur l'hédonisme et la recherche de sensations sont évoqués. Actuellement, les actions de prévention illustrent une transdisciplinarité importante à travers les concepteurs de projets (praticiens, experts, administrateurs) et les organismes réalisateurs (structure de prévention, centre de traitement, système de santé, système scolaire, association locale).

2. La formation de relais pour multiplier l'information et la traduire dans la langue et la culture de chaque groupe.

La formation continue constitue le principal moyen de ces actions. La pluridisciplinarité est la règle. Toutefois, il existe peu de formation diplômante à l'université, en dehors des capacités en alcoologie et toxicomanie et du nouveau DESC en faculté de médecine, sur les conduites addictives dans leur ensemble.

3. La législation et la réglementation. Sous la pression de la Communauté internationale, un système législatif complexe est mis en place.

En France, ce sont surtout les milieux spécifiques, où des activités relèvent de la sécurité publique, qui justifient de nouvelles réglementations (sécurité routière, sécurité du travail).

Pour la prévention secondaire, c'est le cadre de Santé publique qui est surtout utilisé pour la réduction des risques, en lien avec des services de justice, par exemple pour les récidives de CEA (conduites en état d'alcoolisation).

Dans les politiques européennes de prévention de l'alcoolisme 1999, la fiscalité est un des premiers outils proposés.

Le problème d'harmonisation des taxes entre les pays producteurs de vin et les pays producteurs de bière domine les débats actuels et vient s'ajouter aux débats sur les seuils d'efficacité de hausse de prix des produits dans la prévention des abus de substance. Par exemple en tabacologie, le trafic accompagne les hausses les plus fortes (sans que les quantités des plus gros fumeurs diminuent).

Evaluation :

Peu d'actions de prévention comportent un volet d'évaluation. Même si l'impact n'est mesurable qu'à long terme à travers les indicateurs épidémiologiques principaux de mortalité et morbidité, deux modes d'évaluation sont envisageables :

- Le contrôle de la réalisation du programme
- L'estimation de son efficacité

L'évaluation des procédés nécessite une description complète des diverses étapes du programme, la population cible et les services assurés en fonction des moyens.

Si la mise en œuvre du programme n'est pas adaptée, l'impact des résultats en sera d'autant plus réduit.

L'éthique de l'évaluation implique de définir les buts et la place de l'évaluateur avant l'implantation de l'action et renvoie les différents professionnels engagés à leurs codes de déontologie respectifs (confidentialité et partage d'informations par exemple sont à délimiter).

DISCUSSION :

Historiquement, les interventions destinées à prévenir l'abus d'alcool et de drogues se sont déroulées dans un contexte éducatif. Dans les années 60, les pays du Nord de l'Europe et les Etats-Unis ont développé une éducation en matière d'alcool orientée vers l'abstinence avec "une confiance faite aux déclarations magistrales, une présentation unilatérale de l'information et des appels à la peur".

Au début des années 70, le modèle fondé sur l'information est développé dans le domaine de la psychologie sociale, avec des recherches sur le changement d'attitude.

Le modèle de communication-persuasion de McGuire (1976) postule pour le changement de comportement, une succession de six étapes : la présentation, l'attention, la compréhension, la soumission, le maintien, le comportement. Après quelques adaptations cette méthode vise à renforcer les attitudes existantes en immunisant les individus contre les arguments contraires auxquels ils pourraient être exposés.

Les évaluations des formations à partir de la seule connaissance des drogues ont montré leurs limites dans la prévention des abus ; ils produisent même parfois l'effet inverse. Les

programmes à base d'information peuvent être efficaces si les informations sont exactes, font écho aux valeurs du public visé. Malgré des résultats inégaux, la stratégie fondée sur l'information continue à être largement employée, étant peu coûteuse et facile à appliquer.

D'autres méthodes se sont développées sur un mode plus actif avec une participation active des jeunes notamment, ce sont les programmes "humanistes" conduits aux Etats-Unis au cours des années 70, consistant à clarifier les valeurs, à insister sur la prise de décision, et à inventorier les solutions de rechange.

Un autre modèle est caractérisé par l'importance donnée à l'acquisition d'aptitudes sociales spécifiques à partir de la théorie de l'apprentissage social (Bandura, 1977). Les stratégies cognitives et comportementales visent à aider les jeunes à refuser l'offre de drogues dans des circonstances sociales précises, et à développer leurs relations interpersonnelles.

Parallèlement aux actions menées dans les systèmes éducatif et sanitaire, de nombreuses dispositions réglementaires sont prises : législation sur les produits, à partir de leur toxicité, législation sur les sujets, à partir de leur comportement, au nom de la Santé Publique ou de la sécurité publique. La prévention à partir du contrôle est souvent critiquée : les actions législatives ou répressives sont présentées comme inefficaces, voire souvent incitatrices à la consommation. Cependant des mesures ciblées ont prouvé leur intérêt comme l'exemple récent du dispositif de sécurité routière en matière d'accidents de la circulation. Ces mesures se trouvent parfois combattues au nom des libertés fondamentales. Ainsi, certains fabricants, distributeurs et publicitaires en matière d'alcool disent défendre des valeurs éthiques alors que, à la fin du XIXe siècle, avec les théories libérales, c'était plus la liberté du commerce qui était avancée. Des débats actuels, polémiques, portent sur la définition de seuils de consommation non dangereuse, voire recommandée. Normaliser la consommation entraînerait alors d'autres difficultés pour les professionnels du soin et de la prévention, face à des sensibilités individuelles et des contextes très variables.

LES PRATIQUES DE PREVENTION EN ADDICTOLOGIE : points éthiques généralement abordés dans les actions.

- L'importance de l'écoute est située comme fondement de la communication humaine, et aucune "information", ne passe sans ce préalable. L'écoute met de côté, par méthode

comme par respect, le jugement moral sur la personne écoutée. L'écoute constitue un élément essentiel d'un processus de guérison, comme il l'est aussi dans l'éducation.

- L'action solidaire s'est aussi révélée comme indispensable dans la lutte contre la dépendance. Des compétences diverses peuvent se coordonner. De là l'idée d'association ou de façon plus souple, de "réseau", tant pour la prévention que pour les soins.

- La reconnaissance de la multiplicité des champs d'action et le respect de leur spécificité constitue une exigence éthique : le champ politique et juridique, le domaine médical, l'espace familial, l'école, l'environnement socioprofessionnel, l'espace communautaire.

- Le respect des médiations est montré par les associations ou réseaux. Le partenariat paraît utile avec ces instances intermédiaires plus proches du terrain pour organiser les politiques publiques.

L'éthique habituellement citée dans le domaine de la santé trouve en alcoologie ses axes principaux et conduit les interventions des professionnels, en prévention, comme en soins :

- La dignité de l'être humain et son respect dans toutes ses dimensions : le corps, les facultés mentales, la sociabilité, la liberté et la conscience.

- Une éthique de guérison : le refus de tout intervenant face à la personne alcoolique de mise à distance, d'exclusion, et de négation. Une telle éthique sans moralisation et exclusion appelle un diagnostic précis et des accompagnements et prises en charge adaptés et progressifs.

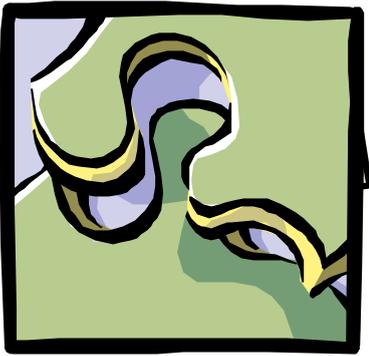
- Une articulation entre les systèmes de soins et de justice : un processus éducatif comprend la "peine" adaptée au comportement infractionniste, à certaines étapes de la trajectoire de dépendance, tout autant que l'intervention de santé. La globalité de l'individu est envisagée dans ses composantes biologiques, psychologiques et sociales.

- La formation des intervenants : la nécessité de disposer d'informations fiables et actualisées en alcoologie est d'autant plus établie que les connaissances évoluent et que les choix actuels de société reflètent plus d'exigences de protection et sécurité individuelles. Les missions confiées aux acteurs de prévention nécessitent la définition de cadres et objectifs précis, où le principe "primum non nocere" est une base et le rôle du professionnel un repère fondamental.

CONCLUSION

Face à une multitude de risques, avérés ou imaginaires, des stratégies de prévention se développent, dont les fondements dépassent le champ de la Santé Publique, habituellement délimité par les connaissances acquises pour les pathologies.

Les professionnels de l'alcoologie, du fait de l'ampleur et de la complexité des usages, abus et conduites de dépendance observée en France, démontrent la nécessité d'une prévention globale, où le produit n'est pas la cible privilégiée, où l'individu n'est pas isolé de son contexte affectif et social, où la prévention est reliée au soin, à l'éducation et à l'action sociale ; mais pour atteindre de tels objectifs, une formation des acteurs de prévention doit être particulièrement multidisciplinaire.



VOS RÉACTIONS SUR LE TEXTE DE ...

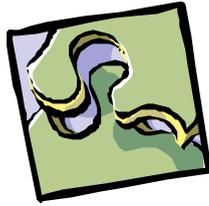
FRANÇOISE FACY

En quoi ce texte peut vous être utile dans votre réflexion éthique sur la pratique?

En quoi ce texte renforce votre point de vue?

En quoi ce texte vous amène à reconsidérer votre point de vue?

Quels sont vos points d'accord et de désaccord ?



L'ALCOOLISME

Dr Daniel SETTELEN²⁰

Psychiatre - Psychanalyste (S.P.P.)

Enseignant 3^{ème} cycle, DU et Capacité d'Alcoologie à la faculté.

L'alcoolisme est étroitement lié à l'histoire du vin et des boissons alcoolisées et de ce fait existe depuis des millénaires, même si le mot n'est apparu qu'au XIX^{ème} siècle sous la plume de Magnus Huss en Suède.

Privilège des chefs et des grands prêtres, utilisé pour ses vertus psychoanaleptiques et psychodysleptiques, considérées magiques, le vin et la bière sont devenus peu à peu d'usage populaire et universel.

L'histoire du vin est étroitement liée à l'histoire de la France qui s'enorgueillit de posséder les plus grands crus du monde et s'enrichit de leur commercialisation.

L'alcoologie science nouvelle dont nous devons le nom au professeur FOUQUET en 1966 est un ensemble de nombreuses disciplines ayant l'alcool pour objet : la psychiatrie, la biologie, la pharmacologie, la criminologie, la sociologie, la psychologie, la médecine interne, l'ethnopsychiatrie et la psychanalyse. Une véritable approche de cette discipline devrait pouvoir passer par une **mise en commun et une harmonisation de ces différentes disciplines dans le respect de la spécificité de chacun.**

Le concept d'Alcoolisme s'élargit de nos jours et sa prévention ne peut plus désormais être envisagée isolément des autres addictions.

L'alcoolisme est une dépendance pathologique (une addiction) qui s'inscrit actuellement dans le concept des pathologies du comportement.

Ce n'est **ni un vice ni une maladie** mais l'expression par un comportement compulsif d'une **souffrance profonde et archaïe** **que** qui ne peut ni se dire, ni se représenter avec des mots.

²⁰ Psychiatre - Psychanalyste (S.P.P.). - 8, place des Terreaux 69001 Lyon. Tél. : 04 78 39 45 44
Clinique Villa des Roses, 62 rue Commandant Charcot 69005 Lyon. Tél. : 04 78 15 00 00

L'existence de cette souffrance profonde indicible innommable est en lien avec la notion de traumatisme précoce advenu avant l'acquisition du langage et de la capacité à représenter et à symboliser. Ce traumatisme n'ayant pu être élaboré psychiquement laisse une cicatrice corporelle, une sorte de trou, qui demeurera une menace pour le Moi du sujet. Le reste de la maturation affective se déroulant par ailleurs normalement.

Le traumatisme peut être également transgénérationnel et transmis directement de l'inconscient des parents à l'inconscient des enfants.

Dans ces conditions, toute la problématique du soin peut se réduire à la question : Comment passer du comportement à la Parole ? De l'inexprimable à l'exprimable ? Comment abrégir un traumatisme dont le souvenir n'est pas représenté mais vécu corporellement ?

Il convient de ne pas se limiter à traiter le comportement seul qui, s'il disparaissait, entraînerait un changement d'addiction ou une somatisation souvent mortifère.

Tout jugement, toute attitude moralisatrice ne peut être qu'inefficace voire préjudiciable au sujet dépendant.

Il apparaît nécessaire d'utiliser des **médiateurs de parole**, c'est-à-dire des activités **groupales** destinées à provoquer des émotions, des vécus, des décharges émotionnelles qui permettront dans un second temps une abréaction et de reconstruire dans l'après-coup le traumatisme. Il y aura ainsi accession à une possible parole pouvant se substituer au comportement.

Ces activités peuvent être multiples mais toujours groupales afin d'utiliser la valeur contenant et pare-excitante du groupe. Ce peut être : le photo langage, atelier de création artistique, atelier d'expression corporelle, atelier d'écriture, de lecture, groupes de parole à thèmes et métapsychologiques, et d'autres encore.

Sans oublier l'utilité du génogramme pour le repérage des répétitions, des secrets de famille et des traumatismes.

En ce qui concerne la prévention de l'alcoolisme, il est évident qu'elle doit intervenir sur la représentation et non sur le comportement et de fait, elle s'adresse aux sujets non encore atteints par le trouble, donc aux enfants et aux adolescents.

Cette prévention ne peut donc pas être spécifique du trouble, non encore advenu, mais multidisciplinaire et faire intervenir tous les acteurs de terrain : médecins, psychologues, éducateurs, assistantes sociales, mais aussi les enseignants, les sociologues, les juristes, les politiques au sens large, les familles, les parents et même les jeunes mieux armés psychologiquement.

Il y a donc nécessité de dépister les sujets à risque et pour cela déterminer :

- les facteurs de risque extérieurs au sujet qui constituent l'élément déclenchant du trouble : ce sont toutes les circonstances traumatiques de la vie auxquelles nous avons à faire face.

- les facteurs de risque intérieurs au sujet :

- les carences de fonctionnement imaginaire susceptibles d'amener le sujet à chercher hors de lui-même les stimulations palliatives face à sa vie relationnelle et affective pauvre,

- les carences identificatoires parentales afin de pouvoir aider et soutenir ces parents défaillants en tant que modèle,

- la dépressivité de l'enfant, en écho à celle des parents, se manifestant par une absence des buts de vie, un narcissisme défaillant, des difficultés à communiquer et à participer à la vie du groupe.

Tous les acteurs de terrain peuvent être amenés à repérer ces enfants et **devront travailler en complémentarité et en collaboration.**

Ils devront donc apprendre à se connaître et à se respecter pour ne pas renvoyer aux jeunes un discours morcelant.

Ce sont des jeunes qui s'isolent, participent peu à la vie du groupe, sont instables, fugues, ont parfois des troubles du comportement,...

Quelquefois, le repérage est plus difficile et dans ce cas **les adultes devront être attentifs et vigilants.**

Il faudra, enfin, **qu'ensemble les adultes** recherchent des conditions les plus efficaces pour leur venir en aide, envisager une prévention qui intervienne sur les facteurs de risques extérieurs et intérieurs des sujets à risques afin :

- de leur permettre d'utiliser les forces de la vie, la violence qu'ils possèdent en eux à des fins positives et créatives,
- de leur apprendre ou réapprendre à communiquer entre eux, avec leurs parents, les enseignants, les éducateurs en utilisant des activités créatives communes,
- d'apprendre aux parents à faire des choses avec leurs enfants plutôt que de rester passifs devant le "petit écran",
- de leur proposer du rêve, des buts de vie, des passions, des centres d'intérêt qui leur permettront de réaliser leur besoin de créativité qui seul peut donner un sens véritable à l'existence humaine.

Les acteurs de terrain devront également **aider et soutenir les parents** défaillants qui souvent ne demandent rien, craignant le regard et le jugement d'autrui.

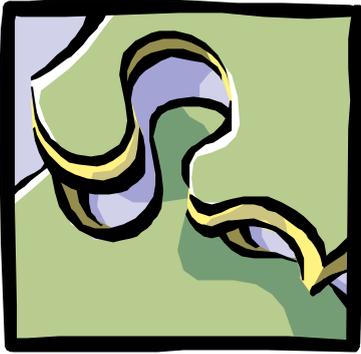
Car l'enfant en souffrance cherche souvent à atteindre son parent en lui infligeant des blessures narcissiques.

Notre société parle plus de répression, c'est-à-dire de **violence en réponse à cette violence** plutôt que de se préoccuper des causes à la dépressivité et à la morosité ambiante qui risque de compromettre la construction et le fonctionnement imaginaire des jeunes et de les entraîner dans des comportements palliatifs (alcool, drogue, etc.) destructeurs.

Une véritable prévention est donc d'ordre éducatif au sens large, c'est-à-dire concerne tous les adultes qui se doivent de proposer aux jeunes, à partir de relations concrètes, des modèles identificatoires et des buts de vie personnels.

Toute prévention qui se limiterait à faire des informations visant à diaboliser un produit ou un comportement et à le présenter comme la source de tous les maux, risque de rendre le produit ou le comportement très attractif puisque fantastiquement à l'origine de tous les plaisirs défendus. Le fruit défendu n'est-il pas le meilleur de tous, celui de la connaissance mystérieuse, de la toute puissance parce que défendu et donc celui de la liberté illusoire ?

L'action préventive est donc multidisciplinaire et l'affaire de tous en collaboration.



VOS RÉACTIONS SUR LE TEXTE DE ...

DR DANIEL SETTELEN

En quoi ce texte peut vous être utile dans votre réflexion éthique sur la pratique?

En quoi ce texte renforce votre point de vue?

En quoi ce texte vous amène à reconsidérer votre point de vue?

Quels sont vos points d'accord et de désaccord ?



ETHIQUE ET PREVENTION DES RISQUES ADDICTIFS

Patrick DESSEZ,
psychologue, CNDT²¹

La psychologie clinique est l'étude compréhensive de ce qui fait la singularité d'une personne ou d'un groupe en situation. Elle s'intéresse au cas singulier de la personne ou du groupe en situation. Sa méthode de généralisation opère par la réflexion et l'approfondissement de cas cliniques. Elle porte une attention particulière aux déterminants psychiques de la personne ou du groupe. Elle prend en compte les dynamiques inconscientes des personnes et des groupes.

La psychologie clinique utilise la psychothérapie, la psychanalyse ou les entretiens cliniques individuels ou de groupe. L'écoute de la personne, l'aide que le psychologue apporte pour que le sujet établisse des liens nouveaux entre le motif de sa demande et ce qu'il énonce spontanément au cours d'un entretien sont des outils de travail psychologique. La psychologie clinique privilégie une étude en profondeur des histoires singulières des personnes et des groupes. C'est pourquoi on entend beaucoup de psychologues se méfier des généralités. Ils insistent souvent sur le fait que chaque situation est unique et que les significations d'un événement vont être très différentes selon les personnes.

La psychologie clinique a été construite à partir des références de la psychopathologie mais son domaine d'étude ne se limite pas aux états psychiatriques. Elle se donne comme objet d'étude la conduite d'une personne ou d'un groupe. Plus que la description des conduites, elle s'attache à mieux comprendre le sens de la conduite pour la personne ou le groupe à travers l'étude des motivations de la conduite et des déterminations psychiques de cette conduite. La psychologie clinique prête une attention particulière aux paroles que la personne associe à ses conduites, aux représentations et aux conflits psychiques dont témoigne le sujet. C'est une intervention centrée sur le sujet, que celui-ci soit en entretien ou en groupe.

La psychologie clinique place l'intervenant dans une visée compréhensive avant d'être explicative. L'intervenant construit un cadre d'intervention qui situe le psychologue et le sujet dans un échange sur des positions subjectives. Ainsi, la psychologie clinique se réfère

²¹ CNDT, centre de prévention des conduites à risques, Espace régional de santé publique, 9 quai Jean Moulin, 69001, Lyon.

toujours à une éthique de la position du psychologue et à une théorie du sujet qui privilégie la compréhension de ses déterminations psychiques pour pouvoir provoquer un changement. L'éthique est la recherche collective de valeurs directrices communes qui aident à la prise de décisions et qui contribuent à éclaircir le jugement dans les sociétés complexes où les références sont multiples et contradictoires et où les progrès techniques et scientifiques peuvent être porteurs de dangers pour la société. Je souscris largement à cette définition de Paul Ricoeur qui définit l'éthique comme le souhait d'une vie accomplie avec et pour les autres dans des institutions justes. « L'équitable est la figure que revêt l'idée du juste dans des situations d'incertitude et de conflit, sous le régime ordinaire ou extraordinaire du tragique de l'action. »²² L'éthique a pour horizon la vie bonne, pour médiation la délibération et pour points d'application les situations singulières. En effet, les normes fondant la vie morale sont moins universelles qu'auparavant. De ce fait, les situations singulières qui appellent à une décision doivent s'appuyer sur une réflexion ou une discussion éthique qui aide chacun à trouver, au-delà du légal ou du raisonnable ce qui apparaît comme la solution qui s'inscrit dans le désir d'une recherche du bon, du juste et de l'équitable.

Les addictions enferment le sujet dans une difficulté pour maîtriser sa consommation bien qu'il ait souvent une connaissance ou une intuition des risques auxquels il s'expose. Les addictions se situent dans le registre prédominant de l'agir et leur organisation met en place chez le sujet une difficulté fréquente à pouvoir reconnaître le problème posé par sa consommation. Les addictions sont des comportements difficiles à mentaliser et à parler, d'où un décalage temporel important entre le constat du problème par l'entourage familial ou professionnel et la reconnaissance du sujet. L'addiction est parfois une solution prise par la personne pour répondre à des souffrances. En fait, loin de résoudre, à moyen terme, ces souffrances, l'addiction crée d'autres souffrances et introduit des perturbations relationnelles chez la personne et dans son entourage.

Toute action de prévention des addictions doit se référer à des principes qui ont cours dans le soin : c'est la reconnaissance par la personne et ses proches d'un problème rencontré avec l'alcool qui permet de faire naître l'espoir d'un changement qui peut s'opposer à l'aliénation que provoque parfois le mésusage de l'alcool. Des normes statistiques de groupe sur le mésusage existent maintenant pour déterminer un seuil statistique à partir duquel une personne risque de rencontrer des problèmes avec l'alcool. Ces normes peuvent aider une personne à mieux évaluer sa situation. Elles sont moins une norme qu'une aide à la réflexion de chacun. Il est nécessaire que la personne identifie et reconnaisse un problème pour pouvoir engager une démarche de soin. Ce principe repose sur une éthique du respect de la

²² Ricoeur, P.(1995), *Le Juste*, Paris, éditions Esprit, p.27.

personne humaine. On ne peut pas aider une personne sans une volonté de s'adresser à un sujet libre et responsable de lui-même et de ses actes. Dans ce cadre, toutes les actions d'information et d'aide à l'évaluation de sa situation contribuent à permettre à chaque personne de mieux réfléchir à son propre rapport aux substances psychoactives. Un des rôles de la prévention consiste probablement à mieux identifier et mieux définir son rapport aux substances psychoactives et à réfléchir aux motivations et fonctions de ces consommations chez le sujet.

Les groupes de paroles ou les entretiens sont des moyens de prévention qui utilisent des médiations expressives pour permettre aux sujets de mieux parler de soi et de son rapport aux produits. Il n'est nul besoin d'interpréter les paroles des personnes mais de les écouter avec attention, sans préjugé moral, dans un climat de confiance et de confidentialité dans la mesure où les problèmes liés aux addictions entraînent des sentiments de honte et des craintes de mauvaise réputation. Le but de ces actions de prévention est de faciliter une réflexion et une meilleure représentation de son propre rapport à l'alcool comme aux autres substances psychoactives pour être capable de choix plus lucides et responsables.

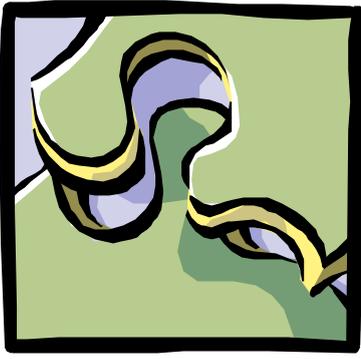
C'est en parlant avec des adolescents de leur rapport à l'alcool et aux autres substances psychoactives que nous contribuons à la prévention. L'information est nécessaire mais elle ne suffit pas à qualifier l'action de prévention. C'est l'échange qui la définit dans la mesure où il aide à se construire des représentations qui vont conduire l'action. Nous sommes encore trop persuadés que parler librement de l'alcool et des substances psychoactives risque de provoquer des comportements d'usage ou d'abus. Les actions répétitives qui se centrent uniquement sur l'échange ou l'information à propos des risques sont des actions restrictives qui empêchent d'avoir un réel échange sur la place qu'occupe l'alcool dans la société et en chacun de nous.

C'est entre 15 et 19 ans que se forment les comportements de consommation de substances psychoactives. Il est essentiel de développer des actions qui aident les adolescents et ceux qui les encadrent à mieux penser ces conduites d'usage ou d'abus dont les adolescents vont être les auteurs. Ce sont des actions d'éducation à la santé qui doivent être orientées à l'adolescence sur l'apprentissage des prises de risques qui permettent de grandir et de s'insérer progressivement dans la société. Les usages de substances psychoactives font partie de ces prises de risques qui ont une fonction d'insertion sociale, d'accès au plaisir et, dans certains cas, de réponses à des souffrances ou à des situations vécues comme des impasses. Ces actions de prévention nécessitent que des relations de confiance existent entre des intervenants spécialisés de la prévention, des soignants et des acteurs éducatifs ou sociaux.

Chacun doit définir sa place et ses limites et reconnaître la qualification et la légitimation de l'autre, qu'il soit bénévole ou professionnel. Pour faciliter les modalités de partenariat, il me paraît essentiel de bien préciser qui assure la précision des objectifs de l'action, ses modalités et sa programmation car aucune qualification précitée ne permet de légitimer ces fonctions de direction des actions de prévention. Les collaborations régulières entre des intervenants de différents statuts et professions sont souvent facilitées s'ils s'accordent sur des principes communs (charte ou texte d'orientations.)

La commande sociale de santé publique (réduisons l'alcoolisation des jeunes de 10% en 5 ans par exemple) est justifiée mais, par unique souci d'efficacité, elle tend parfois à réduire un ensemble humain à une population statistique observable et qu'antifiable. L'éthique permet de s'accorder sur le fait que la prévention s'adresse à des sujets libres et responsables capables d'une vérité intentionnelle. La prévention est d'abord une écoute et une reconnaissance des problèmes et difficultés qui peuvent se poser dans la vie d'une personne. Elle facilite une meilleure identification et anticipation des problèmes que nous pouvons rencontrer et des solutions que nous pouvons inventer ou trouver. La prévention est d'abord une disposition à être attentif aux pratiques addictives avant d'être une inquiétude des adultes. Elle est une recherche en commun de ce qui peut contribuer à vivre dans une société qui accepte les addictions tout en multipliant les possibilités d'aide aux personnes qui souhaitent parler de leurs pratiques addictives et du sens que prennent ces pratiques addictives dans leur vie. La prévention clinique définit une éthique de l'attention au sujet et se situe comme complémentaire d'autres approches préventives.

La prévention clinique facilite la reprise de la parole du sujet ou de ses proches et le rebondissement du projet de vie face à une prise de produits qui tend à restreindre toute communication et tout regard sur l'alcool. L'éthique de la prévention clinique est l'affirmation, par le choix du cadre d'écoute et par l'attention au sujet, que la parole peut se réinscrire dans la recherche singulière d'une vie bonne avec et pour les autres.



**FICHE À DÉTACHER ET
À NOUS RENVoyer**

VOS RÉACTIONS SUR LE TEXTE DE ...

PATRICK DESSEZ

En quoi ce texte peut vous être utile dans votre réflexion éthique sur la pratique?

En quoi ce texte renforce votre point de vue?

En quoi ce texte vous amène à reconsidérer votre point de vue?

Quels sont vos points d'accord et de désaccord ?



L'HISTOIRE dans une ETHIQUE en PREVENTION des RISQUES ALCOOL

Didier NOURRISSON

Professeur d'histoire contemporaine
IUFM de Lyon

A quoi sert l'histoire en santé publique ?

*"Le clinicien a un besoin urgent, quasi-éthique,
de prendre du recul de resituer dans son histoire,
ses vicissitudes, le problème qu'il a à traiter"*

Claude OLIEVENSTEIN

L'alcoolisation - et sa conséquence morbide, l'alcoolisme - dépend d'un certain état de la société. Elle est à la fois le résultat de l'histoire singulière de l'individu qui boit et de l'histoire collective de la société qui offre à boire (structures de la production, produits, structures de distribution, législation du régime des boissons). Une société donnée construit toujours un rapport culturel à la boisson ; elle définit un comportement normatif à son égard (ce que nous appelons le seuil de tolérance) variable suivant l'époque. L'historien qui sait croiser les multiples sources (administratives, policières, littéraires, médicales, médiatiques etc.) démontre la culture du boire d'une société donnée.

L'historien par ailleurs voit l'alcoolisme se constituer en « fléau social » (on dit « grande cause nationale » aujourd'hui) au cours du XIXe siècle, inaugurant ainsi la catégorie des sociopathies et la série des campagnes de prévention. Pour qu'une maladie devienne un fléau social, il faut 5 critères de reconnaissance :

- qu'elle relève directement du mode de vie de tous. L'alcoolisme est la conséquence de l'abus d'une pratique quotidienne généralisée.
- qu'elle entraîne de graves dommages pour la société (santé, stabilité familiale, ordre public) et même, selon les médecins de la fin du XIXe siècle, « dégénérescence » intellectuelle et morale.
- que ces dommages soient reconnus par les spécialistes, médecins, gens de justice, travailleurs sociaux, qui donnent leur caution scientifique à la dénonciation du phénomène. L'alcoolisme a été placé dans la nosographie et l'étiologie médicales par le professeur suédois Magnus Huss en 1848.

- que le phénomène inquiète l'ensemble de la société et les pouvoirs publics, car il n'a pas de bornes précises : il se présente à la fois sous une forme visible, voire spectaculaire (l'ivresse, l'ivrognerie, le delirium tremens) et se dissimule sous mille noms, de la tuberculose à la paralysie générale, et sous mille mensonges. En même temps Léviathan et Protée, il apparaît à la hauteur de l'individu et défie toute analyse épidémiologique.
- qu'il entraîne une large mobilisation dans une croisade - on dit aujourd'hui campagne-, destinée à l'éradiquer par tous les moyens : information, répression, prévention. Ainsi se met en place une politique de santé publique, faite de lois et d'institutions.

La science historique tend donc à montrer comment une politique en matière de lutte contre l'alcoolisme doit prendre en compte notre héritage : héritage matériel (les structures de soins et de prévention, les lieux de consommation, les produits, les industries productrices) et héritage culturel (l'intelligence de la maladie, les préjugés et idées reçues, le souvenir des politiques passées).

L'environnement socioculturel et la complexité de la réalité alcool :

Le savoir-boire est un fait de culture. Toute société boit (l'homme est le seul animal à ne pas se contenter d'eau), produit sa boisson et définit les modalités du boire. Dans l'espace français, qui a constamment bénéficié dans l'histoire d'apports migratoires, on sait que se sont constituées au fil des siècles des régions à boisson dominante : le vin (d'origine gallo-romaine) sur les trois-quarts du pays, la bière (d'origine franque, donc germanique), le cidre, successeur de la lointaine cervoise celte après le XVI^e siècle, à l'Ouest. Les normes du boire tiennent de la fonction sociale de la boisson. Les boissons alcoolisées, surtout à une époque où la pharmacopée était des plus limitées, ont toujours servi de médicament : le vin en particulier passe pour un élixir de longue vie (50% des remèdes du Moyen Age étaient réalisés sur une base vineuse, 10% à base alcoolique). La boisson par ailleurs a toujours servi de médiateur entre l'homme et Dieu ; elle jouit donc d'une aura sacrée (le vin, sang du Christ; l'extase, ivresse divine). Enfin, la boisson joue comme acteur d'intégration sociale, à condition de savoir boire : rites de passage à l'âge adulte (1^{ère} communion, conscription), dépassement des antagonismes sociaux dans la fraternisation du choc des verres. En Bretagne, au XIX^e siècle, l'ivresse même témoignait d'une reconnaissance de l'invité à l'égard de son hôte.

Issu de produits agricoles fermentescibles (fruits, betterave à sucre...) et donc avec cette légitimité du « naturel », l'alcool, dans toutes ses versions, a donné lieu à l'essor d'une industrie considérable, véritable fer de lance de la révolution industrielle : cidrerie, brasserie, distillerie constituent un secteur économique majeur, exportateur, innovateur. Le commerce des alcools a tissé une toile d'araignée sur le territoire (500 000 débits de boissons au début du XXe siècle, 1 pour 80 habitants) et rapporte gros à l'Etat.

Ce dernier n'a donc jamais eu une attitude résolue et permanente. S'il a pris en compte (tardivement) l'alcoolisme, il a toujours favorisé l'alcoolisation (les taxes sur l'alcool rapportaient près de 10 % des recettes à la Belle Epoque).

La légitimité des acteurs :

La légitimation de l'action a d'emblée été donnée par la science. La médecine "invente" l'alcoolisme au milieu du XIXe siècle. Magnus Huss le définit comme une maladie d'intoxication du sang (sur le modèle du saturnisme), une maladie chronique, née d'un usage répété, et une maladie progressive. Ses successeurs, rapidement, vont analyser les effets somatiques et mentaux de l'intoxication. Bientôt on parlera d'« alcoolomanie », ouvrant ainsi la voie à l'étude des toxicomanies (avec les notions d'accoutumance et de dépendance).

Les premiers intervenants en prévention alcool ont donc été des médecins, avec toute l'autorité de leur savoir. Dans les lycées de la fin du Second Empire, les élèves assistent à des conférences médicales. Les médecins (Bergeron pour la *Société Française de Tempérance*, Legrain pour l'*Union Française Antialcoolique*, Roubinovitch pour la *Jeunesse tempérante*) participeront activement à la fondation et à l'action des premières sociétés antialcooliques. Plus tard, les hommes de justice, les militaires (Gallieni, Lyautey, amiral Lacaze) interviendront à leur tour. Les religions ont fait de l'alcoolisme un « mal » et de l'ivrogne un « pêcheur », contribuant par-là, non seulement à discréditer le fait de trop-boire, mais à disqualifier socialement le malade. On peut remarquer que les « animateurs sociaux », enseignants, syndicalistes, _ par peur des préjugés ? _ n'ont été qu'exceptionnellement des acteurs décidés. Aussi militè-je pour la mise en place d'actions de formation en éducation à la santé dans tous les IUFM (cf. le groupe de recherche que j'anime à l'IUFM de Lyon).

Le partenariat :

Les membres des sociétés antialcooliques, qui appartenaient à l'élite de la fortune, de l'instruction et des pouvoirs, se sont lancés avec fougue dans la « lutte antialcoolique », convaincus qu'il en allait de l'avenir de la société et de l'ordre social. Ils ont construit le thème de « l'alcoolisme ouvrier », dédouanant ainsi leur monde et stigmatisant la culture populaire.

Les pouvoirs publics, interpellés, ont suivi et doté les acteurs d'un arsenal législatif plus répressif que dissuasif : 1872, loi sur « l'ivresse publique et manifeste » (délit d'ivresse) ; 1970, loi sur « les alcooliques dangereux » (possibilité d'enfermement) etc.

La cohérence :

Les mentalités persistent davantage que les sociétés. La société rurale, le monde ouvrier ont globalement disparu dans les années 50. Pourtant bien des manières de vivre, de penser et donc de boire, perdurent. Ce sont les préjugés et les idées reçues : « ça n'est pas de l'alcool, c'est du vin ». C'est la cuite du samedi soir (reliquat chez les jeunes d'aujourd'hui des soirs de paye des ouvriers d'hier). Les remèdes populaires d'aujourd'hui (à base d'alcool) sont souvent les témoins de la médecine savante d'hier. Les traditions d'« arrosage » professionnel : l'embauche (hier le « quand est-ce ? »), la promotion, la retraite, et les traditions familiales et religieuses (naissances, communions, noces, voire enterrements). On sait que certaines professions passent par une imbibation forte : les conducteurs de diligence, qui se « distinguaient » par leur capacité à avaler des « jambinets » (café+alcool chauffés ensemble) ne survivent-ils pas chez les pilotes d'avion ?

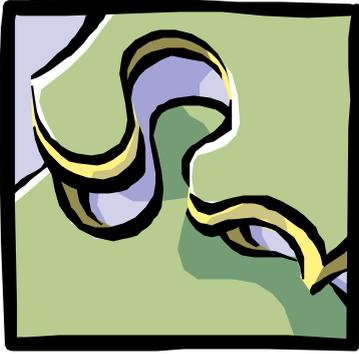
Les autorités éducatives du pays ont pu mesurer la force des préjugés et la difficulté de la prévention lorsque a été mis en place, entre 1895 et 1914, un enseignement antialcoolique systématique dans le 1er degré : les enfants ont reçu dans toutes les disciplines (morale, sciences naturelles, calcul, lecture, écriture) une propagande lourde contre l'alcool ; arrivés à l'âge adulte et dans la guerre mondiale, ils ont vu couler à flot dans les tranchées le « pinard » et la « gnole ».

Les premières campagnes

Des conférences antialcooliques en milieu populaire, en milieu militaire, voire en milieu carcéral, ont été données dès la fin du XIXe siècle. Les ligues ont délégué pour cela des orateurs patentés. Ils ont utilisé tous les procédés rhétoriques (séduction, argumentation, surtout effroi et condamnation) et toutes les technologies de communication (presse, affiche, cinéma). Au nom de l'intérêt collectif, ils ont dénoncé systématiquement le droit de boire et oublié le plaisir de boire. Ils ont cru à leur « mission » : « en attirant l'attention des enfants sur la répercussion sociale de leurs actes, en leur disant la grandeur du geste négatif par lequel ils refusent systématiquement l'alcool, en leur montrant que ce geste a pour effet non seulement de dégager la responsabilité de chacun des effroyables tragédies de l'alcool, mais qu'il porte plus loin, et que l'exemple étant contagieux dans le bien comme dans le mal, leur négation obstinée, après avoir suscité des rires, provoquerait des réflexions, puis des imitations, en leur montrant qu'il était inutile et vain d'attendre de l'État la guérison d'un mal que chacun de nous peut empêcher de naître et que de l'abstention de chacun naîtrait le salut commun, nous avons éduqué la jeunesse. Ce n'est pas l'antialcoolisme seul qui a profité de cette conscience, de ce sentiment de la responsabilité sociale ainsi éveillés. Sous l'influence de multiples et tenaces interventions, ce sont tous les devoirs, et non pas celui de la tempérance, qui sont apparus aux jeunes dans leur réelle et éclatante splendeur. »²³

Pendant des décennies (et même après la première Guerre mondiale), si l'usage abusif des spiritueux a été dénoncé, le recours aux boissons fermentées, volontiers dites « hygiéniques » a été accepté, voire préconisé. Au pays du vin, l'abstinence de type anglo-saxon n'a guère trouvé droit de cité. Après la cure de désintoxication forcée de la pénurie 1940-1950, on comprend mieux ainsi l'essor des consommations de la deuxième moitié du siècle. Les « buveurs d'eau » (dans une acception méprisante) sont considérés comme des ascètes hautains ou des « anciens buveurs » faibles. La prohibition de l'absinthe demeure (depuis 1915), l'alcool coule à flot partout.

²³ F. Riemain, secrétaire de la Ligue Nationale Contre l'Alcoolisme, ancêtre de l'ANPA, « 20 ans d'antialcoolisme », *l'Étoile Bleue*, janvier 1914, p.11.



VOS RÉACTIONS SUR LE TEXTE DE ...

DIDIER NOURRISSON

En quoi ce texte peut vous être utile dans votre réflexion éthique sur la pratique?

En quoi ce texte renforce votre point de vue?

En quoi ce texte vous amène à reconsidérer votre point de vue?

Quels sont vos points d'accord et de désaccord ?



LE POINT DE VUE DES SCIENCES POLITIQUES

Monika STEFFEN

Directeur de Recherche au CNRS
CERAT - Institut d'Études Politiques, ²⁴

La science politique n'a pas une délimitation très précise. Le champ est souvent désigné par l'usage du pluriel : les sciences politiques ou les sciences du politique. La discipline entretient des frontières communes avec les sciences administratives, le droit public et la sociologie politique. Les recherches et l'enseignement sont souvent pluridisciplinaires intégrant, outre des disciplines précitées, l'histoire, l'économie, l'analyse des discours, la démographie et d'autres domaines des sciences sociales.

Au sens restreint, la science politique étudie le système politique des sociétés humaines ainsi que les rapports de domination et de pouvoir qui se manifestent à travers :

- Les stratégies des acteurs
- Les modalités de représentation des intérêts
- Les mécanismes de prise de décision
- Les modalités de constructions du consensus

La science politique s'intéresse en particulier à la mise en oeuvre des politiques ainsi élaborées et décidées, en restituant la genèse et l'institutionnalisation des politiques publiques et en analysant les références qui fondent l'intervention publique ou politique et la relient aux enjeux politiques globaux. Par exemple, les politiques de la santé en France ont été structurées et légitimées pendant longtemps par "l'accès aux services médicaux". Ce référentiel a guidé les choix sectoriels et légitimé la croissance continue des dépenses jusqu'aux années 80. Ensuite, "la maîtrise des dépenses" est devenue la nouvelle référence structurante.

Le mot "politique" a plusieurs significations. Chacune élargit le champ de la science politique qui englobe ainsi :

- La question des *valeurs*, domaine qui renvoie aux choix de société. Dans le domaine de la santé, elle concerne le choix des objectifs généraux du système de santé, la

²⁴ CERAT - Institut d'Études Politiques,
Université Pierre Mendès-France de Grenoble,
B.P. 48, 38040 Grenoble, Cedex 9

hiérarchisation des priorités et la façon dont s'établit la répartition des responsabilités, droits et devoirs, collectifs et individuels.

- La question de la *légitimité*. Il s'agit ici d'étudier comment les choix sont légitimés. Qui décide de quoi, dans quelles limites et avec quels moyens de coercition ou de contrôle ?

Dans le secteur de la santé, les études de science politique et de sociologie politique ont permis de comparer les politiques publiques et les réformes adoptées dans différents pays. La mise en comparaison a rendu évidentes les caractéristiques du système français : le pouvoir important de la profession médicale et de son élite hospitalo-universitaire, la forte tendance à la médicalisation des problèmes sociaux dont témoigne la consommation particulièrement élevée des médicaments, et corrélativement, la position particulièrement faible de la santé publique et de l'éducation sanitaire. La situation française se singularise dans ce domaine par la faiblesse du dispositif d'expertise (la pauvreté des statistiques épidémiologiques par exemple) et des hésitations devant l'action, tant du côté des pouvoirs publics que des professionnels. L'inaction, dont la raison est souvent à chercher dans les politiques électorales, est soutenue par des discours "éthiques" qui visent le plus souvent à délégitimer l'intervention préventive. Le problème est illustré par les retards et errements dans la politique de lutte contre le Sida. Celle-ci a finalement dû être revue et entièrement restructurée à partir de 1994-95, après le "scandale du sang contaminé".

Réponses aux "huit problématiques"

Une précision s'impose ici. Les recherches que l'auteur a menées sur les politiques de la santé nourrissent les commentaires apportés ci-après, qui constituent des avis informés et éclairés. Ils ne relèvent pas du registre des résultats d'une recherche car ils ne répondent pas à une problématique formulée selon un corps d'hypothèses scientifiques, mais aux questions des professionnels et acteurs de terrain.

1 - Groupes de paroles et confidentialité

Parler, prendre la parole est un acte de pouvoir, il signifie participer au pouvoir social. Communiquer revient à interagir avec l'environnement social et donc à co-déterminer cet

environnement et son devenir, au lieu de le subir passivement. Ici réside la différence *fondamentale* avec la psychanalyse, tournée vers le soi et le passé intime. Si l'alcoolisme est un dopant de sociabilité qui ensuite détruit la capacité sociale du sujet alcoolisé, l'aide efficace, pour prévenir ou arrêter l'alcoolisation, a probablement plus de chance de venir du côté des solutions impliquant les autres, du type "groupe de parole", plutôt que de l'entretien psychologique.

La confidentialité n'est pas synonyme d'anonymat, de silence ou de secret. Le secret professionnel fait partie des obligations de l'agent professionnel, mais la confidentialité ne se résume pour autant pas au secret. Dans une conception anonymat/secret, la confidentialité est inopérante pour résoudre des problèmes se situant au niveau de la capacité sociale ; elle sert surtout les intérêts des professionnels en rendant impraticable l'évaluation de leur activité.

La confidentialité se réfère à la confiance, c'est-à-dire à la qualité d'une relation. Elle a trait au *respect* de la personne qui souffre et en parle. De façon concrète, le respect consiste à viser le bien-être de cette personne, à long terme et dans l'environnement social.

Conçue en termes de "respect", c'est-à-dire comme un engagement pour sauvegarder l'avenir social de l'autre, la confidentialité fournit la réponse à l'ensemble des questions détaillées posées par les intervenants dans le paragraphe 1.

2 - Urgence et pertinence des actions

L'urgence est une donnée permanente dans le social et fait donc partie de toute stratégie d'intervention qui se veut crédible. Se déclarer incompetent pour le cas urgent ou non-préparé pour répondre à l'imprévu délégitime l'ensemble du dispositif.

Il est exact que les règles de fonctionnement des institutions (bureaucratiques) ne sont que rarement adaptées à l'urgence. Une meilleure adaptation s'impose, mais elle ne sera jamais totalement suffisante. Ce décalage est normal, d'où l'obligation pour les agents de compenser les manques institutionnels ; cela suppose un minimum de capacité d'initiative à leur niveau. Une action de prévention est à évaluer par rapport à son objectif : diminuer la survenue d'un phénomène reconnu grave et fréquent, ici l'alcoolisation excessive. L'efficacité de l'intervention préventive et, donc, de l'emploi effectif des financements publics, est mesurable par des critères tout à fait objectifs, voire chiffrés (diminution des ventes, de la conduite en état d'ivresse, du nombre des accidents ou hospitalisations, l'âge des personnes concernées, etc.).

3 - Légitimité

Un professionnel de la prévention qui se demande si son action pour la prévention est "légitime" parle de lui. Il détourne l'intervention censée diminuer une conduite de risque chez les autres au profit de ses propres états intérieurs (cette attitude peut constituer une faute professionnelle, par exemple dans le cas d'un psychologue qui utilise ses patients pour régler ses propres problèmes).

La prévention fait appel, naturellement et comme d'autres domaines éducatifs, à des compétences *multiples*, aussi bien techniques qu'humaines, d'où la difficulté de proposer une formation qui serait à la fois spécialisée et adaptée. Si une rénovation des filières d'études pour les métiers de la santé s'impose, car les filières sont particulièrement cloisonnées en France, une adaptation personnelle et permanente de chaque agent aux données mouvantes de la réalité sociale exigera toujours une "formation" acquise dans la pratique, et un effort de formation professionnelle permanente.

4 - Méfiance partenariale et relais

Les luttes internes, ouvertes ou cachées, qui alimentent la "méfiance partenariale" sont cultivées par la logique des corporatismes, institutionnels autant que professionnels. Pour en sortir, il faut mettre au second rang ses propres intérêts et enjeux au profit de l'objectif principal et commun qui est de réduire le taux d'alcoolisation.

Une distinction entre des termes souvent utilisés comme synonymes serait utile dans cette démarche :

| <i>Sens positif</i> | <i>Sens négatif</i> |
|---|--|
| <i>Rôle créatif dans la collaboration</i> | <i>Rôle destructeur dans le partenariat</i> |
| Approche critique | Rivalité |
| Déléguer des compétences | Refuser la responsabilité |
| Partager des compétences | Refuser l'altérité |
| Tenir compte des dimensions multiples | Diluer les responsabilités |
| Hiérarchiser les objectifs partiels | Délégitimer l'objectif global sous prétexte de sa complexité |

5 - Priorité de l'objectif "alcool"

L'action contre l'abus d'alcool est une porte d'entrée dans le champ plus vaste de l'éducation pour la santé. C'est en même temps une priorité réelle vue l'ampleur du problème et la gravité des conséquences.

Les "causes" de l'alcoolisme dépassent généralement l'individu pris dans l'abus, car ces causes sont considérées comme "collectives". L'emprise personnelle de l'individu sur les "causes collectives" lui semble donc limitée. Dès lors, il est probablement plus efficace, car plus motivant pour la personne en cause, de travailler sur les "conséquences" qui, elles, la concernent de façon directe et personnelle.

6 - Situer le champ d'action préventif dans l'univers socio-économique global

Les réponses au paragraphe 5 s'applique également ici.

La notion de "cicatrisant social" pour désigner l'alcoolisme inviterait plutôt à en faire la promotion ; la prévention se fonderait mieux sur la notion de "dopant" social, avec toutes les conséquences sociales néfastes des produits dopants.

Un intervenant professionnel ou volontaire de la prévention qui ne soit pas convaincu des conséquences néfastes de l'alcoolisme devrait choisir une autre activité. Certains intervenants semblent être prisonniers d'une vision abstraite, en blanc et noire, face aux bons et mauvais usages de l'alcool. Il conviendrait de se souvenir ici des règles, parfaitement connues, du bon usage social de l'alcool qui se distingue fondamentalement de l'alcoolisation néfaste. Dans les interrogations exprimées par les intervenants dans le paragraphe 6 se lit surtout leur propre incertitude quant à la légitimité d'une démarche consistant à poser des règles normatives. Dès lors, il ne faut pas s'étonner que la perception des règles demeure floue chez les sujets socialement fragilisés sous l'emprise de l'alcoolisme.

7 - Sortir de l'incohérence

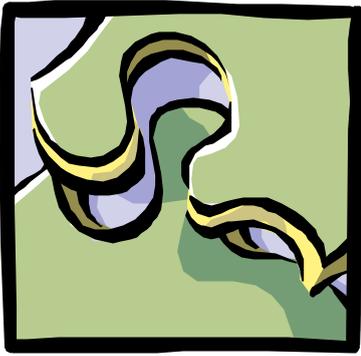
L'écoute n'est pas incompatible avec le rappel des règles, ni avec leur imposition. La "cohérence" recherchée ne peut être attendue d'une philosophie éthique, ni de la science, mais uniquement d'un consensus parmi les intervenants sur le but de leur intervention : réduire l'alcoolisme.

8 - Respecter la liberté d'autrui

Les réponses au paragraphe 1 concernant la "confidentialité" s'appliquent ici également. Le respect de l'autre et de sa "liberté" n'est pas de le laisser face à l'alcoolisme qui détruit son avenir social, mais de l'aider efficacement à diminuer sa consommation à des proportions compatibles avec sa santé et son avenir social. Pour les intervenants professionnels, il s'agit d'une question de responsabilité professionnelle (affirmer une liberté, chez autrui, à s'autodétruire semble une attitude contraire à l'obligation professionnelle).

L'opposition abstraite entre "moralisation et psychologisation" s'est avérée intellectuellement stérile et concrètement désastreuse pour la santé publique, et ce dans maints domaines comparables (pour l'exemple du secteur de la toxicomanie en France, cf. l'ouvrage d'Henri Bergeron). Il convient de l'écarter définitivement.

Concernant l'interférence chez l'intervenant de son rapport personnel avec l'alcool, les règles déontologiques des chercheurs en sciences sociales peuvent être éclairantes. Un chercheur préfère travailler sur un sujet qui l'intéresse, plutôt qu'un sujet qu'il "n'aime pas", parce que cela stimule son investissement. En revanche, il lui est formellement déconseillé de choisir des sujets qui le touchent au point de diminuer sa neutralité axiologique (le *Wertfreiheit* de Max Weber), celle-ci étant la condition indispensable pour une approche objective. D'où, en guise de conclusion, un intervenant qui n'a pas un rapport neutre ("sain") avec le sujet de l'alcool devrait choisir un autre terrain d'activité (il en va de l'avenir social des autres).



VOS RÉACTIONS SUR LE TEXTE DE ...

MONIKA STEFFEN

En quoi ce texte peut vous être utile dans votre réflexion éthique sur la pratique?

En quoi ce texte renforce votre point de vue?

En quoi ce texte vous amène à reconsidérer votre point de vue?

Quels sont vos points d'accord et de désaccord ?

BIBLIOGRAPHIE



Ethique (*documents généraux*)

Ouvrages :

- DE KONINK T.- De la dignité humaine.- Paris : PUF, 1995.
GENARD J-L.- Sociologie de l'éthique.- Paris : L'Harmattan, 1992.
GROSSELIN G.- Une éthique des sciences sociales. La limite et l'urgence.- Paris : L'Harmattan, 1992.
LEVINAS E.- Ethique comme philosophie première.- Paris : Rivages, 1998.
LEVINAS E.- Ethique et infini.- Paris : Fayard, 1992.
QUERE F.- L'éthique et la vie.- Paris : Odile Jacob, coll. Points, 1992.
RABELAIS F.- Pantagruel.- chapitre VII.
RICOEUR P.- Le soi et la visée éthique.- Paris : Seuil, 1996.
RICOEUR P.- Soi même comme un autre.- Paris : Seuil, 1990.
SAND R.- L'économie humaine.- Paris : Presses universitaires, 1941.
VERGELY B.- La souffrance : la recherche du sens perdu.- Paris : Gallimard, 1997.

Revue / articles :

- L'éthique s'enracine dans la philosophie (entretien avec Perrotin C.).- In : La santé de l'homme, n° 345, 2000 : 34-35.
LADRIERE P.- L'éthique, soi et les autres.- In : Informations sociales, n° 9, 1991 : 10-18.

Ethique et santé (*éducation pour la santé et santé publique*)

Ouvrages :

- BON Nobert, BON Monique.- La parole, moyen et limite de la prévention.- In : AICH_P., BON N., Deschamps JP_ - Comportements et santé : questions pour la prévention. - Nancy : Presses Universitaires, 1992.
CASTIEL D.- Ethique et santé.- Rennes : ENSP, 1995.
COMITE FRANÇAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE.- La dimension éthique de l'éducation pour la santé.- Vanves : CFES, (coll. Séminaires), 2000.
DODET B., PERROTIN C., VALETTE L.- Santé publique et éthique universelle où comment concilier les tensions entre le bien de la personne et le bien commun ? Actes du colloque organisé par la Fondation Marcel Mérieux et le Centre de bioéthique de l'Université catholique de Lyon, Les Pensières, Veyrier-du-Lac, Annecy le 11-12 juin 1998. - Paris : Elsevier, 1999.
FAINZANG S.- Réflexions anthropologiques sur la notion de prévention.- In : AICH_P., BON N., Deschamps JP_ - Comportements et santé : questions pour la prévention. - Nancy : Presses Universitaires, 1992.

FOURREZ G.- Pour une éthique et une morale de l'éducation pour la santé.- In : REGINSTER-HANEUSE G., LECLERCQ D., DEMARTEAU M.- Education pour la santé à l'école.- Collection Santé Education, Service de technologie de l'Education, Université de Liège, 1986.

MALHERBE J-F.- Autonomie et prévention.- Québec : Catalyses, 1994.

MOULIN M., POU CET T.- L'éducation pour la santé, quelle(s) éthique(s) ? -Bruxelles: Centre de Diffusion de la Culture Sanitaire asbl, 1993.

Revue / articles :

BANKOWSKI Z.- Ethique, valeurs humaines et politiques de santé.- In : Forum mondial de la santé, 1996 : 151-5.

BERTOLINI R.- Quelques réflexions à propos de l'éthique dans l'éducation.- In : Bulletin d'éducation du patient, n° 4, 1995 : 19-20.

BERTOLOTTO F.- Ethique et éducation pour la santé : l'espace intime d'une production collective.- In: La santé de l'homme, n° 345, 2000 : 24-25.

DEMARTEAU M.- Le projet éthique en éducation pour la santé.- In : L'Observatoire, n° 3-4, 1993: 64-65.

Ethique et santé publique.- Echanges santé-social, n° 86, 1997.

FAINZSANG S.- L'éthique est-elle risquée ? In : La santé de l'homme, n° 345, 2000 : 32-31.

LADRIERE.- L'éthique, soi et les autres.- In : Informations Sociales, n°9, 1991.

LECORPS P.- Au-delà de la morale une éthique du sujet.- In : La santé de l'homme, n° 345, 2000 : 30-31.

LECORPS P.- L'éthique l'engagement d'un sujet qui se libère ! In : Sandrin -Berthon B., Aujoulat I., Ottenheim C., Martin F.- L'éducation pour la santé en médecine générale Vanves : CFES, coll. Séminaires, 1996 : 77-85.

LECORPS P.- Le patient comme "sujet". - In : Sandrin-Berthon B. L'éducation du patient au secours de la médecine, Paris : PUF, 2000 : 61-67.

LERY N., LERY L.- Ethique et santé publique.- In : Soins-Formation-Pédagogie- Encadrement, n° 8, 1993 : 3-9.

L'éthique, l'homme, la santé.- Prévenir, n° 22, 1992.

LONFELS R., LARROSE B., MEREMANS P.- Intervention, politique et éthiques en éducation pour la santé : la participation, renforcement des valeurs et des normes de la société ? In : Education santé, n° 109, 1996 : 3-8.

MANN J.- Santé publique : éthique et droits de la personne.- In : Santé Publique, n°3, 1998 : 239-255.

MEIREIV Ph.- Le modèle et la pédagogie.- In : Groupe Familial, n°124, oct-déc 1990.

PELLEGRINI B.- Peut-il y avoir une éthique professionnelle.- In : Informations Sociales, n°9, 1991. Peut-on promouvoir la santé ? .- La santé de l'homme, n° 325, 1996.

Rapport d'un atelier OMS du Bureau Régional, par le Centre de médecine préventive de Vandoeuvre.- Centre de collaboration de l'OMS pour la santé communautaire.- Nancy, 28-30 oct. 1985.

Ethique et pratique professionnelle

Ouvrages :

- CHOPARD J-N.- Les mutations du travail social. Dynamiques d'un champ professionnel.- Paris : Dunod, 2000.
- FRISON-ROCHE M-A. (sous la dir.).- Secrets professionnels.- Paris : Autrement, 1999.
- MEIRIEU P.- Le choix d'éduquer : éthique et pédagogie.- Paris : ESF, 1991.

Revue / articles :

- BEAUVAIS S., HAMELIN J-B.- Comment l'éthique interroge-t-elle la formation en éducation pour la santé ? In : La santé de l'homme, n°345, 2000 : 46-47.
- DEMARTEAU M., VANDOORNE C., GRIGNARD S., LAFONTAINE C.- L'éthique, un questionnement perpétuel.- In : Education santé, n° 152, 2000 : 5-7.
- DEMARTEAU M.- Evaluer : une question d'éthique.- In : La santé de l'homme, n° 345, 2000 : 36-38.
- LOPEZ M-L.- Le concept d'éthique et son application dans le travail social.- In : L'Observatoire, n° 3-4, 1993 : 24-23.
- LEPRESLE C., BLICK C., DESPLANCHES M-N, [et al...].- Ethique et formation.- In : La lettre de l'espace éthique, n° 12-13-14, 2000 : 74-76.
- MACQUET P.- L'éthique du "préventeur". - In : Contact santé, n° 107, 1996 : 16-17.
- OBERLE D.- Les valeurs des professionnels en éducation pour la santé.- In : Promouvoir la santé, réflexions sur les théories et les pratiques.- Québec : Refips, coll. Partage, 1994 : 53-88.
- OUSLIKH M., MOULIN M., HERSCOVICI A.- Les pratiques en éducation pour la santé.- In : Education santé, n° 88, 1994 : 14-23.
- SANDRIN-BERTHON B.- Savoir se remettre en cause.- In : Le généraliste, n° 1629, 1995 : 32-33.

Alcool : documents généraux

- ANCEL P., GAUSSOT L.- Alcool et alcoolisme : pratiques et représentations.- Paris : L'Harmattan, 1998, 237.
- DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES RHÔNE-ALPES.- Programme régional de santé : alcoolisation excessive en Rhône-Alpes 1998-2003.- Lyon : DRASS Rhône-Alpes, octobre 1998, 109.
- GOT C., WEILL J.- L'alcool à chiffres ouverts : consommation et conséquences, indicateurs en France.- Paris : Seli Arslan, 1997, 350.
- MENARD C.- Alcool et communication : un cadre pour les actions nationales 1997-1999, Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques, 1997, 108.
- MISSION INTERMINISTÉRIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE., COMITE FRANÇAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE.- Drogues : savoir plus, risquer moins.- Paris : MILDT, 2000, 146.

OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES.- Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances.- Paris : OFDT, 1999, 271.

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE RHÔNE-ALPES.- La prévention du risque alcool en Rhône-Alpes.- Lyon : ORSRA, 1998, 171.

PARQUET P.-J.- Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives : usage, usage nocif, dépendance.- Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques, 1998, 46.

PARQUET P.-J.- Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives.- Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques, 1997, 107.

REYNAUD M., PARQUET P.-J., LAGRUE G.- Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives.- Paris : Odile Jacob, 2000, 273.

ROQUES B.- La dangerosité des drogues.- Paris : Odile Jacob / La documentation française, 1999, 316.