

la Lettre du RESPADD

RÉSEAU DE PRÉVENTION DES ADDICTIONS



30

OCTOBRE 2017

SOMMAIRE

→ ADDICTOLOGIE

• Premier essai pilote en France du programme de prévention américain « Good Behavior Game » (GBG)

• « MIRAGE DE VIVRE », un formidable spectacle sur la prévention des addictions !

• Thérapie étayée par le conjoint en addictologie (TECA) : adaptation culturelle en France

→ TABACOLOGIE

• WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2017

• Golden Holocaust – La conspiration des industriels du tabac / Richard N. Proctor

→ LIRE UTILE

→ AGENDA



Le développement des interventions auprès des jeunes dans le domaine de l'usage et de l'abus de drogues remonte au début des années 1990. Il est rapidement apparu que, contrairement à la situation qui se présentait pour les programmes d'intervention auprès des adultes, on disposait de peu de modèles éprouvés sur lesquels s'appuyer. Aujourd'hui, les actions à destination des adolescents et adolescentes sont nombreuses. Que ce soit au niveau de la prévention, de l'intervention ciblée ou des soins plus complexes, les professionnels ne ménagent pas leurs efforts pour favoriser la motivation des jeunes à adopter des habitudes de vie plus saines. Ces pratiques couvrent tout le spectre de l'intervention auprès des jeunes, allant de la

prévention primaire ou secondaire à l'intervention spécialisée et à l'organisation des services. Elles s'adressent également aux multiples problèmes associés aux dépendances chez les jeunes, que ce soit les comorbidités psychiatriques ou les difficultés sociales et impliquent les divers milieux dans lesquels le jeune vit : milieu scolaire, sportif, culturel, services de santé et sociaux et bien sûr le milieu familial. L'avenir est d'ailleurs peut être celui de l'approche intégrée pour prendre en charge de façon concomitante la santé physique, la santé mentale et la dépendance chez les adolescents, offrant un continuum d'interventions et de services développés pour répondre aux besoins de cette population.

Le RESPADD s'est engagé de longue date dans la mise en place, le soutien ou la valorisation d'actions à destination des jeunes : formation d'infirmières scolaires et d'intervenants de consultations jeunes consommateurs à la passation de la Dep-Ado et à la capacité de formateur en entretien motivationnel en région Auvergne-Rhône-Alpes, soutien au programme Unplugged, organisation de manifestations en région, etc. Et aujourd'hui c'est avec un véritable plaisir que nous vous présentons dans ce nouveau numéro – rallongé – de la *Lettre du RESPADD* un article passionnant de Catherine Reynaud-Maurupt sur le premier essai pilote du programme de prévention américain « Good behavior game ».

Au sommaire de ce numéro également la présentation de l'adaptation culturelle en France d'une thérapie comportementale de couple dans l'addiction « spouse-aid therapy », rebaptisée TECA (thérapie étayée par le conjoint) et à quelques semaines de la deuxième édition de *Moi(s) sans tabac*, un retour sur le remarquable ouvrage « Golden Holocaust » et sur le rapport mondial de l'OMS sur le tabagisme.

Anne Borgne,
Présidente du Respadd

→ PREMIER ESSAI PILOTE EN FRANCE DU PROGRAMME DE PRÉVENTION AMÉRICAIN « GOOD BEHAVIOR GAME » (GBG)

Expérimentation dans les Alpes-Maritimes d'un programme de développement des compétences psychosociales destiné aux enfants de l'école élémentaire et fondé sur des preuves scientifiques

CATHERINE REYNAUD-MAURUPT – SOCIOLOGUE – GRVS, www.grvs06.org

→ INTRODUCTION

Le programme GBG est un programme de développement des compétences psychosociales destiné aux enfants de l'école élémentaire qui a montré les preuves de son efficacité dans le cadre de plusieurs évaluations scientifiques et d'un suivi à long terme. Les élèves adhèrent fortement à ce programme, car les séances leur sont présentées comme « un jeu » (d'où l'acronyme GBG, Good Behavior Game, qui signifie littéralement *le jeu du bon comportement*).

Le programme GBG est actuellement expérimenté et adapté pour la France par le Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale (GRVS) et les services départementaux de l'Education Nationale des Alpes-Maritimes (SDEN 06), en lien étroit avec les services santé et/ou les services éducation des communes sur lesquelles se déroule l'expérimentation : Valbonne Sophia Antipolis (2015-2016), puis Vallauris et Nice (2016-2017).

Cet essai pilote est soutenu par l'Agence nationale de santé publique « Santé publique France » (SPF), la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), et l'Agence régionale de santé PACA (ARS PACA).

→ LE PROGRAMME GBG ET LES AVANTAGES DE SON IMPLANTATION

La méthode GBG

Le programme GBG est une stratégie de gestion du comportement en classe, directement mise en œuvre par les enseignants eux-mêmes, dont l'objectif est d'aider les enfants à mieux comprendre et investir leur rôle d'élèves.

Les séances se déroulent pendant que les enfants travaillent sur leurs exercices

habituels, aussi le programme n'empiète-t-il pas sur le temps réservé aux apprentissages.

Le fait de ne pas empiéter sur le temps d'enseignement a été un levier majeur pour faciliter l'implication des professionnels de l'Education. En effet, pour garantir les effets attendus en termes de développement des compétences psychosociales chez les enfants, la bonne pratique du programme GBG implique des séances pluri-hebdomadaires tout au long de l'année.

Le programme GBG s'appuie sur quatre éléments-clés, pour lesquels les gestes professionnels de l'enseignant sont précisément décrits, afin de garantir les effets attendus.

- **Les quatre règles de la classe**, qui sont fondamentales pour garantir un apprentissage efficace, recouvrent toutes les situations en se déclinant en fonction des contextes. Ces règles de classe deviennent « les règles du jeu » pendant les séances GBG.

- Nous devons travailler dans le calme
- Nous devons respecter les autres
- Nous ne devons pas nous lever sans permission
- Nous devons suivre les consignes

- **La pédagogie du renforcement positif** allie les principes de l'éducation bienveillante (valorisation des comportements attendus, rituels de félicitations, présentation de modèle de bons comportements et d'attentes claires) tout au long du temps de classe à l'application systématique de renforcements positifs sociaux (rituels de félicitations par l'enseignant, rituels de félicitations par les

pairs, livret des victoires GBG, récompenses intangibles) et matériels (récompenses tangibles), puis uniquement sociaux après quelques semaines de pratique.

- **L'appartenance à une équipe** permet aux élèves qui ne maîtrisent pas encore les comportements de ceux qui réussissent (par exemple être attentif, suivre les consignes, bien travailler avec les autres) d'interagir avec d'autres élèves pouvant servir de modèle. Elle permet à tous les enfants d'apprendre à s'entraider et à coopérer avec des pairs qui n'ont pas les mêmes comportements et les mêmes capacités d'apprentissage. Les équipes sont constituées de façon hétérogène, en termes de genre, de comportement et de niveau scolaire.

- **L'observation active du comportement** des élèves par l'enseignant pendant les séances GBG lui permet une analyse plus fine du profil de chaque élève en groupe et facilite une pédagogie différenciée, tant sur le plan comportemental que sur le plan d'apprentissages. Les données recueillies pendant les séances GBG sont mises à profit pour nourrir et personnaliser la pédagogie du renforcement positif au quotidien. Pendant ces séances, les élèves sont eux aussi conduits à porter plus d'attention au comportement de leurs camarades et ainsi mieux comprendre les attentes des adultes.

Les séances GBG

Le jeu du GBG consiste à respecter les quatre règles de la classe alors qu'une situation d'apprentissage est en cours et doit être menée à bien. Les séances codifiées et ritualisées s'articulent autour de la génération du sentiment d'apparte-

nance au groupe (la « solidarité ») et de la pédagogie du renforcement positif.

Toutes les équipes qui enfreignent moins de cinq fois les règles pendant une séance GBG gagnent la séance (les équipes ne sont pas en compétition entre elles, elles peuvent toutes gagner).

Au fil de l'année, les séances GBG deviennent plus complexes et durent plus longtemps. Le choix des travaux scolaires et des modalités de réalisation sont orientés en fonction des compétences que l'on souhaite développer (autonomie, coopération, négociation, verbalisation,...). Les séances GBG sont toujours suivies, après les rituels de félicitations et de célébrations des victoires, d'un retour réflexif avec les élèves pour partager les clés du succès, les progrès effectués mais aussi les difficultés rencontrées dans l'équipe et les moyens mis en œuvre pour les surmonter.

Les enjeux du programme

→ Un impact immédiat sur le climat scolaire et la qualité des apprentissages

De façon générale, les enseignants citent le comportement en classe et leur manque de formation en gestion du comportement comme étant l'une des principales raisons qui peuvent les conduire à quitter leur profession. Or les études portant sur le programme GBG ont montré son impact immédiat sur le climat scolaire, avec une réduction des comportements agressifs et perturbateurs chez les élèves bénéficiaires (Dolan, 1993 ; Van Lier & al, 2005 ; Leflot & al, 2010 ; Chan & al, 2013).

D'autre part, un grand nombre d'études convergent

pour affirmer que les enfants qui témoignent dès le CP de comportements agressifs et perturbateurs et ne parviennent pas à maîtriser les exigences de comportement attendues (être attentif, respecter ses pairs, respecter les consignes) ont un risque fortement majoré d'être exposés dans l'avenir à toute une série de problèmes sur le plan des résultats scolaires et sur le plan de la santé et de l'insertion sociale. Parmi ces problèmes, il y a l'échec scolaire et le décrochage, la consommation et l'abus de substances psychoactives réglementées (alcool, tabac) ou illicites, le développement de personnalités antisociales ainsi que le comportement violent et délinquant (Poduska & al, 2008).

Le programme GBG permet ainsi de développer chez les enfants des compétences émotionnelles et sociales qui constituent des facteurs de protection pour le bon déroulement de leur vie d'adultes.

→ Un impact à long terme sur la santé et l'insertion sociale

Plusieurs études scientifiques conduites avec rigueur ont analysé l'impact du programme GBG sur la longue durée : la plus importante d'entre elles a suivi des enfants qui ont bénéficié du programme en 1985 en classe de CP/CE1 jusqu'à leur entrée dans l'âge adulte (Kellam & al, 2008). Dans ces études, l'impact du programme GBG est analysé en comparant les groupes d'enfants bénéficiaires à des groupes comparables qui n'en ont pas bénéficié, utilisés comme groupe contrôle. Ces études scientifiques montrent un impact bénéfique à long terme pour tous les bénéficiaires, mais constatent également que plus les enfants sont vulnérables au départ (définis comme « garçons agressifs et perturbateurs en CP »), plus le programme est efficace.

Peuvent notamment être cités, comparativement aux jeunes qui n'avaient pas bénéficié du programme dans leur enfance, la réduction de l'usage

GBG : un impact structurant à toutes les étapes de la vie

<p>Écoliers</p> 	<p>RÉDUCTION</p> <ul style="list-style-type: none"> • des comportements agressifs et perturbateurs • du rejet par les pairs chez les garçons et de la timidité excessive chez les filles <p>AMÉLIORATION du suivi des consignes</p>
<p>Collégiens, lycéens</p> 	<p>RÉDUCTION</p> <ul style="list-style-type: none"> • des comportements agressifs et perturbateurs • de l'initiation précoce au tabac (11-13 ans) • de l'utilisation des services de santé mentale <p>AMÉLIORATION du suivi des consignes</p>
<p>Jeunes adultes</p> 	<p>RÉDUCTION</p> <ul style="list-style-type: none"> • de l'utilisation des services de santé mentale et d'addictologie • de l'usage et abus de drogues illicites, d'alcool et de tabac • des conduites à risques pour la santé • des personnalités antisociales

des drogues illicites, de l'usage abusif d'alcool et du tabagisme régulier (Kellam & al, 2008), la réduction des troubles de la personnalité antisociale (Kellam & al, 2008), la réduction du passage au tribunal pour mineurs et/ou l'incarcération à l'âge adulte pour comportement violent et délinquant (Petras & al, 2008), la réduction des tentatives de suicide (Wilcox & al, 2008), ainsi que la ré-

duction du comportement sexuel à risques (Kellam & al, 2014).

Le programme GBG est considéré aujourd'hui dans la littérature scientifique comme l'une des stratégies préventives les plus efficaces en matière de conduites addictives : par exemple, la méta-analyse de la littérature scientifique sur la prévention de l'alcoolodépendance montre que les programmes de développement

des « compétences de vie », menés bien en amont des premières consommations, sont bien plus efficaces pour prévenir l'usage de l'alcool que les programmes de prévention construits autour de l'usage. Cette revue de littérature met également trois programmes en exergue pour leur efficacité, dont GBG (Foxcroft & Tsertsvadze, 2011).

.../...

COHORTE DE BALTIMORE (1985-2008)

Quelques résultats de l'impact du GBG à l'entrée dans l'âge adulte (19-21 ans)	GBG	Programme standard	Réduction du risque
Abus de drogues illicites /Dépendance (Kellam et al., 2008)			
Garçons	19 %	38 %	50 %
Garçons agressifs et perturbateurs en CP	29 %	83 %	65 %
Abus d'alcool /Dépendance (Kellam et al., 2008)			
Garçons et filles	13 %	20 %	35 %
Tabagisme régulier - + de dix cigarettes par jour (Kellam et al., 2008)			
Garçons	7 %	17 %	59 %
Garçons agressifs et perturbateurs en CP	0 %	25 %	100 %
Trouble de la personnalité antisociale (Kellam et al., 2008)			
Garçons et filles	17 %	25 %	32 %
Garçons agressifs et perturbateurs en CP	41 %	86 %	52 %
Tribunal pour mineurs et/ou incarcération à l'âge adulte pour comportement violent et délinquant (Petras et al., 2008)			
Garçons agressifs et perturbateurs en CP	34 %	50 %	32 %
Recours aux services de l'école pour des problèmes de comportement, d'émotions incontrôlées ou de drogue et d'alcool (Poduska et al., 2008)			
Garçons agressifs et perturbateurs en CP	17 %	33 %	48 %
Tentatives de suicide (Wilcox et al., 2008)			
Filles	10 %	20 %	50 %
Garçons	10 %	18 %	44 %

→ MÉTHODE DE L'ESSAI PILOTE CONDUIT DANS LES ALPES-MARITIMES

L'essai pilote conduit dans les Alpes-Maritimes a pour objectifs d'acquérir les compétences nécessaires à l'implantation du programme GBG, d'adapter le programme et ses supports pédagogiques pour la France et de tester sa faisabilité et son acceptabilité dans notre contexte national.

L'American Institutes for Research (AIR), qui porte le développement du programme GBG au niveau mondial, a assuré un transfert de compétences vers GRVS durant deux années scolaires (2015-2016 et 2016-2017) tout en supervisant l'implantation du programme dans trois écoles de l'Académie de Nice, avec la collaboration de 660 élèves, 35 enseignants et des services départementaux de l'Education Nationale dans les Alpes-Maritimes (SDEN 06).

L'implantation du programme a débuté en 2015-2016 dans l'école de Garbejaire à Valbonne. Elle s'est poursuivie en 2016-2017 dans l'école de Langevin II à Vallauris (REP/Réseau d'Education Prioritaire) et dans l'école René Arziari à Nice.

La formation des enseignants couvre une année scolaire, à l'issue de laquelle ils peuvent continuer de pratiquer le programme en toute autonomie. Pendant cette première année de pratique du programme GBG, l'équipe pédagogique bénéficie de trois journées de formation en regroupement et d'une séance d'observation en classe tous les quinze jours, suivie d'un entretien en face-à-face dédié à l'analyse des pratiques professionnelles.

L'étude de faisabilité et d'acceptabilité s'appuie sur le croisement de différentes sources de données :

- des données quantitatives destinées à estimer l'évolution des comportements perturbateurs dans l'école et l'évolution des compétences psychosociales des élèves,
- des données d'observation recueillies pendant les séances GBG conduites dans les classes,

- des données qualitatives recueillies auprès des enseignants et des élèves lors d'entretiens individuels ou de groupe.

→ PREMIERS RÉSULTATS DE L'EXPÉRIMENTATION FRANÇAISE

Le travail sur le terrain s'est achevé en juillet 2017 et un compte-rendu complet sur l'expérimentation est prévu pour la fin de l'année 2017.

Les premiers résultats obtenus lors de la première année d'implantation dans l'école de Garbejaire à Valbonne illustrent cependant le succès du programme GBG au cours de cette phase expérimentale.

L'apaisement du climat scolaire dans l'école de Garbejaire en 2015-2016

La mesure des comportements perturbateurs au fil de l'année scolaire s'effectue grâce aux rapports de scores sur lesquels les enseignants consignent les résultats de chaque séance GBG.

Pendant les séances GBG, les enseignants consignent le nombre de règles enfreintes ⁽¹⁾ sur ce rapport de scores. L'analyse statistique des rapports de scores permet

d'observer l'évolution des comportements perturbateurs au fil de l'année pendant les séances consacrées au GBG. Le programme GBG comprend également des « jeux secrets », c'est-à-dire des séances qui ne sont pas annoncées aux enfants, dont l'analyse permet d'observer l'évolution des comportements perturbateurs pendant le temps de classe habituel, en dehors du jeu.

La durée effective des séances varie selon l'activité effectuée pendant le temps d'observation des comportements et selon la période de l'année (plus l'année avance, plus les séances sont longues). Le graphique 1 présente le nombre moyen de comportements par séance pour chaque semaine d'implantation du programme, ajusté sur une durée identique afin de pouvoir les comparer.

Ce graphique permet de voir que les comportements perturbateurs pendant les séances GBG sont peu nombreux tout au long de l'année, ce qui témoigne de séances de travail menées dans de bonnes conditions (avec une moyenne comprise entre 4 et 10 comportements perturbateurs par séance), propices aux appren-

tissages et à la promotion des comportements attendus.

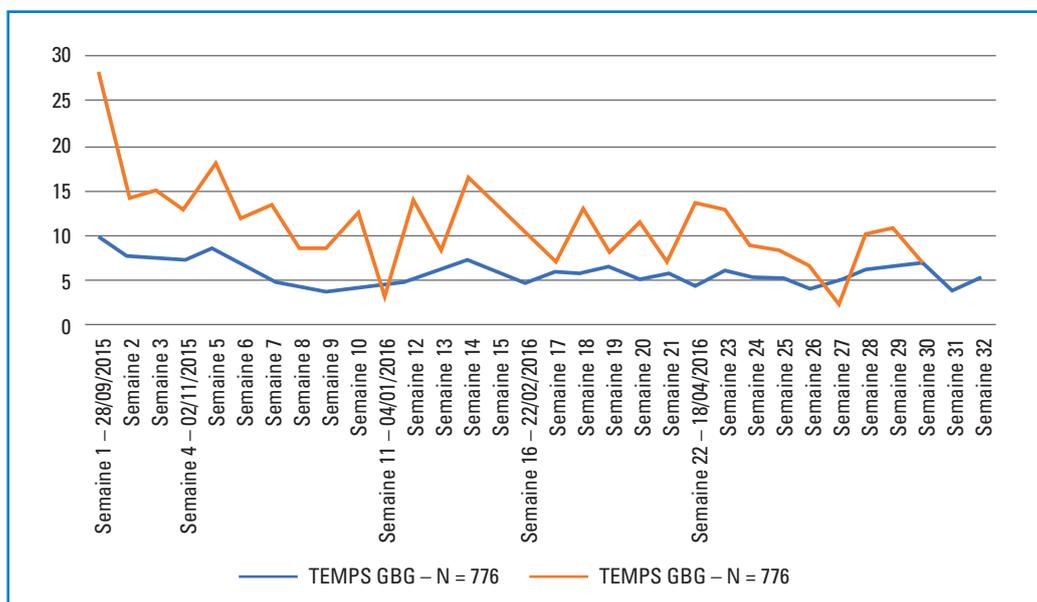
L'évolution des comportements perturbateurs pendant les jeux secrets, qui constitue un indicateur du comportement des élèves pendant le temps scolaire classique, en dehors des séances GBG, est plus anarchique, mais au fil des semaines, le nombre moyen de comportements perturbateurs baisse progressivement : de ce fait, nous pouvons considérer que les élèves tendent à internaliser les comportements attendus, en généralisant leur attitude en dehors du temps GBG.

Le renforcement des compétences émotionnelles, sociales et scolaires chez les élèves les plus en difficulté de l'école de Garbejaire

L'échelle TOCA (Teacher Observation of Classroom Adaptation) est une échelle anglo-saxonne validée pour analyser l'évolution des comportements sociaux des enfants en contexte scolaire. Elle permet de recueillir l'expertise pédagogique d'un enseignant sur un élève en particulier. L'échelle TOCA permet ainsi une mesure plus fine de l'évolution des compétences chez

(1) Nous devons travailler dans le calme. Nous devons respecter les autres. Nous ne devons pas nous lever sans permission. Nous devons suivre les consignes.

GRAPHIQUE 1 – Évolution des comportements perturbateurs à l'école de Garbejaire au cours des 32 semaines du programme GBG en 2015-2016 (nombre moyen ajusté sur une durée de 15 minutes)
N = 1 030 séances (11 classes, 280 élèves)



les élèves les plus en difficulté, destinée à estimer l'impact à court terme des programmes de prévention tels que le GBG. Chaque enseignant a rempli une échelle en début, milieu et fin de programme, pour les deux à cinq enfants de sa classe identifiés en début d'année comme étant les plus perturbateurs.

L'échantillon constitué dans l'école de Garbejaire comprend 43 élèves, qui constituent donc le groupe des élèves les plus en difficulté de l'école selon l'expertise de l'équipe pédagogique. Cela représente environ 15 % de l'ensemble des élèves (43/280). Le groupe se répartit harmonieusement sur les classes de l'école. L'analyse montre que les enfants ont progressé sur l'ensemble des compétences que l'échelle TOCA permet d'évaluer (voir graphique 2) : au fil de l'année, ils régulent mieux leurs émotions, ils ont un meilleur comportement pro-social et de meilleures compétences sociales. Ils acceptent mieux l'autorité et gèrent mieux leur impulsivité. Ils ont plus de facilité à se concentrer et à apprendre. Ils sont moins isolés socialement et l'entente entre les enseignants et ces élèves perturbateurs s'est améliorée au fil de l'année.

Expertise pédagogique du programme GBG

Le premier essai-pilote du programme GBG mené en France en 2015-2017 a montré tout d'abord son impact bénéfique sur la gestion de classe^[2]. Il constitue un outil codifié et ritualisé qui offre un cadre clair permettant d'atteindre également les objectifs du nouveau Socle commun de connaissances, de compétences et de culture, notamment du point de vue de la coopération. Il facilite la maîtrise du niveau sonore, la mise au travail, ainsi que la mise en œuvre du travail de groupe et de la pédagogie bienveillante. Il permet également aux enseignants de prendre du recul en se mettant en situation d'observation, ce qui leur permet de recueillir des données riches sur le comportement des enfants en situation de groupe, qu'ils peuvent ensuite mettre à profit pour pratiquer une pédagogie différenciée.

L'essai pilote a également mis en évidence le développement de compétences émotionnelles, sociales et cognitives chez les enfants bénéficiaires. Un apaisement du climat scolaire a pu être observé, du fait de la réduction des comportements perturbateurs au fil de l'année. D'autres progrès ont

également été observés chez les élèves : une meilleure confiance en soi, plus de respect des autres et de l'environnement, une meilleure implication et une meilleure concentration, plus d'autonomie, plus de coopération et plus de solidarité. Dans certains groupes-classes, le programme GBG a également permis le développement d'une meilleure faculté à résoudre collectivement les problèmes et à prendre des décisions négociées, ainsi qu'une plus grande efficacité dans la verbalisation des émotions et des argumentaires.

L'acceptabilité du programme chez les parties prenantes

Les enfants des trois écoles expriment tous leur satisfaction de jouer au GBG, et mesurent eux-mêmes les enjeux du programme pour le développement de leurs compétences.

→ **Groupe focal cycle 2, école Langevin II, REP, Vallauris**
Alors, les enfants, est-ce que ça vous plaît de jouer au GBG ?

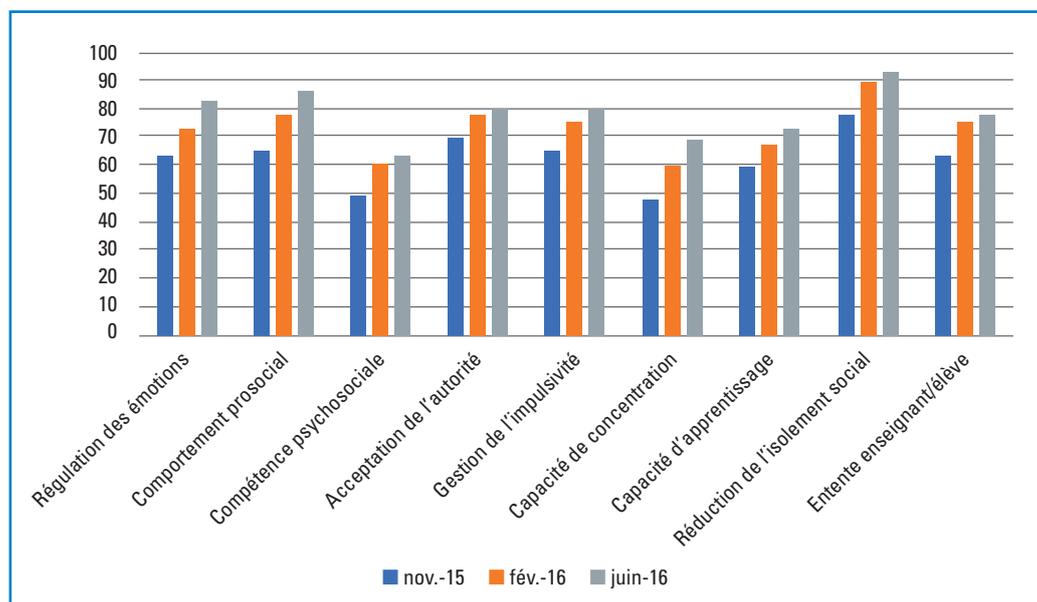
– Parce qu'on peut aider les autres, c'est ça qui me plaît
– Ça me plaît parce que en fait quand on joue au GBG dans notre classe si on a moins de 5 croix on a un jeton et à la fin du mois on ramène tous les trottinettes à l'école.

– C'est calme et ça résonne pas, c'est ça qui me plaît dans le GBG
– Oui, voilà au moins on peut plus se concentrer, on peut aider les autres

→ **Groupe focal cycle 3, école de Langevin II, REP, Vallauris**
Alors, est-ce que ça vous plaît de jouer au GBG ?

– Oui, car ça nous apprend à être plus sages
– Et ça nous apprend à travailler en groupe
– Et à changer nos comportements
– Et aussi ça nous apprend à respecter les autres. (...)
– Aussi la chose qui est sympa c'est que quand on est en groupe, on peut bénéficier du savoir des autres et aussi le sien, alors on peut en même temps expliquer et apprendre des autres et des fois il y a des gens, je savais pas qu'ils étaient comme ils sont, et maintenant j'ai appris beaucoup de choses sur eux.
– Quand on s'aide, quand on est soutenu et qu'on s'aide, ça nous apprend des choses et ça nous aidera plus tard.
– Je comprends ce qu'il a dit (prénom enfant) ça nous aidera plus tard, c'est-à-dire si on travaille en équipe plus tard, dans les métiers, c'est du travail en groupe ou à 4 par exemple, dans les chantiers ou quoi, il faut que tu puisses communiquer, parler et s'aider aussi, se prêter des choses et tout ça (exactement) et comme ça ton copain il pourra avoir confiance en toi aussi.

GRAPHIQUE 2 – Évolution des compétences et de l'adaptation aux attentes scolaires chez les 43 élèves les plus en difficulté de l'école de Garbejaire à Valbonne en 2015-2016 (en %)



Parmi les enseignants, 31 sur 35 (90 %) se disent satisfaits d'avoir été formés au GBG et de le pratiquer, et confirment en fin d'année scolaire qu'ils continueront à le pratiquer en autonomie dans les années à venir. .../...

[2] D'après l'enquête PISA qui annonce de façon périodique le mauvais classement des élèves français en mathématiques, en sciences et en compréhension de l'écrit, les élèves français sont en revanche les champions de l'indiscipline (Meuret, 2017).

Enseignante de René Arziari, Nice :

« Le GBG m'a forcé à les mettre en équipes, j'étais assez réticente, donc en effet les premières fois je mettais les tables en équipes (pour les séances GBG) et on les remettait en individuel après, jusqu'à ce que je me rende compte que finalement c'était gérable. Du coup je fais beaucoup plus de travail de groupe que ce que j'ai pu faire dans ma carrière, parce que je n'ai plus la réticence de perdre la gestion de la classe par rapport au niveau sonore (...) parce que j'ai plus de facilité à faire du travail de groupe, je vais plus les amener à faire de la recherche, moins à leur donner facilement la méthode, plus les laisser chercher puisqu'ils sont capables de travailler ensemble. »

Enseignante de Garbejaire, Valbonne :

« Le GBG m'a permis d'avoir accès à des facettes de la personnalité des enfants que je ne soupçonnais pas. »

Directeur et enseignant de Langevin II, Vallauris :

« Les collègues ont tenu à souligner que féliciter ça changeait le regard de l'enseignant, on félicite plus, même dans la pratique en général (...) C'est vrai qu'on réfléchit, on se pose différemment oui, ça joue sur l'enseignement. »

→ PERSPECTIVES

L'essai pilote GBG s'est bien déroulé : le programme est faisable sur le plan organisationnel, s'adapte au contexte scolaire français et est bien accepté par les enfants comme par les enseignants. L'équipe du GRVS a acquis les compétences nécessaires à l'implantation, et a adapté l'ensemble des outils de formation et les supports pédagogiques pour la France. Les services de l'Education nationale qui se sont impliqués dans l'essai pilote confirment l'intérêt de la méthode GBG pour atteindre leurs propres objectifs détaillés dans le nouveau Socle commun de

connaissances, de compétences et de culture.

La principale question en fin d'essai pilote est de savoir comment transformer cette expérimentation menée à petite échelle à vocation de santé publique. L'essaimage du programme GBG s'effectue naturellement au fil du temps puisque chaque année scolaire produit une cohorte d'enseignants formés pouvant pratiquer en autonomie. Il s'agit donc de diversifier les points d'amorce qui permettent de diffuser la méthode GBG à partir de différents points géographiques, qui pourront se décliner sur les territoires selon le principe de l'arborescence.

L'année scolaire 2017-2018 constitue ainsi une année de transition destinée à expérimenter et modéliser le transfert de compétences depuis GRVS vers des porteurs locaux, en mesure après ce partenariat de développer par eux-mêmes le programme GBG sur leur territoire.

En plus de la poursuite du projet dans les Alpes-Maritimes (avec notamment une première implantation en Réseau d'éducation prioritaire + ou REP+), le dispositif GBG s'étend ainsi dans l'académie de Nice grâce à un partenariat avec les services départementaux de l'Education nationale dans le Var et le CODES 83.

L'ambition du travail est de pouvoir proposer un modèle de transfert de compétences à l'attention de structures locales volontaires, positionnées dans différents territoires à partir de la rentrée scolaire suivante. ■

Biographie

- Barrish HH, Saunders M, Wolf MM, Good Behavior Game: effects of individual contingencies for group consequences on disruptive behavior in a classroom, *Journal of Applied Behavior Analysis*, 2, 1969, 119-124.
- Chan GG, Foxcroft DR, Smurthwaite B, Coombes L, Allen D, Improving Child Behavior Management: An Evaluation of the Good Behaviour Game in UK Primary Schools (2010-2012), Oxford Brookes University, 2013, 62 pages.
- Dolan LJ, Kellam SG, Brown CH, Werthamer-Larsson L, Rebok GW, Mayer LS, Laudloff J, Turkkan J, Ford C, Wheeler L, The short-term impact of two classroom-based preventive interventions on aggressive and shy behaviors and poor achievement, *Journal of Applied Developmental Psychology*, vol. 14, n°3, 1993, 317-345.
- EMCDDA, North American Drug Prevention Programmes: are they feasible in European Cultures and Contexts ?, *Publication de l'Union Européenne*, 2013, 52 pages.
- Foxcroft DR, Tsertsvadze A, Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, 5, art n° CD009113.
- Huizink AC, Van Lier PA, Crijnen AA, Attention Deficit Hyperactivity Disorder symptoms mediate early-onset smoking, *European Addiction Research*, 15 (1), 2009, 1-9.
- Kellam SG, Brown CH, Poduska J, Ialongo N, Wang W, Toyinbo P, Petras H, Ford C, Windham A, Wilcox HC, Effects of a Universal Classroom Behavior Management Program in First and Second Grades on Young Behavioral, Psychiatric, and Social Outcomes, *Drug and Alcohol Dependence*, 95 (suppl. 1), 2008, S1-S28.
- Kellam SG, Wang W, Mackenzie ACL, Brown CH, Ompad DC, Or F, Ialongo NS, Poduska J, Windham A, The impact of the Good Behavior Game, a Universal Classroom-Based Preventive Intervention in First and Second Grades, on High-Risk Sexual Behaviors and Drug Abuse and Dependence Disorders into Young Adulthood, *Prevention Science*, 15 (01), 2014, 6-18.
- Leflot G, Van Lier PA, Onghena P, Colpin H, The role of teacher behavior management in the development of disruptive behaviors: an intervention study with the good behavior game, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38 (6), 2010, 869-882.
- Meunet D, « La mauvaise discipline dans les classes françaises et quelques autres résultats de Pisa 2015 », *Les notes du Conseil scientifique*, 2017, n°2.
- Petras H, Kellam SG, Brown CH, Muthen BO, Ialongo NS, Poduska J, Developmental Epidemiological Courses Leading to Antisocial Personality Disorder and Violent and Criminal Behavior: Effects by Young adulthood of a Universal Preventive Intervention in First - and Second-Grade Classrooms, *Drug and Alcohol Dependence*, 95 (suppl. 1), 2008, S45-S59.
- Poduska J, Kellam S, Wang W, Hendricks Brown C, Ialongo N, Toyinbo P, Impact of the Good Behavior Game, a Universal classroom-based Behavior Intervention, on young adult service use for problems with emotions, behavior or drugs or alcohol, *Drug and Alcohol Dependence*, 95 (suppl. 1), 2008, S29-S44.
- Van Lier PA, Vujik P, Crijnen A, Understanding Mechanisms of Change in the Development of Antisocial Behavior: The Impact of a Universal Intervention, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33 (5), 2005, 521-535.
- Van Lier PA, Huizink A, Crilnen A, Impact of a Prevention Intervention Targeting Childhood Disruptive Behavior Problems on Tobacco and Alcohol Initiation from age 10 to 13 years, *Drug and Alcohol Dependence*, 100 (3), 2009, 228-233.
- Van Lier PA, Huizink A, Vujik P, The Role of Friends' Disruptive Behavior in the Development of Children's Tobacco Experimentation: Results from a Preventive Intervention Study, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 2011, 45-57.
- Wilcox HC, Kellam SG, Brown CH, Poduska J, Ialongo NS, Wang W, Anthony JC, The impact of two universal randomized first- and second-grade classroom interventions on young adult suicide ideation and attempts, *Drug and Alcohol Dependence*, 95 (suppl. 1), 2008, S60-S73.

→ MIRAGE DE VIVRE, UN FORMIDABLE SPECTACLE SUR LA PRÉVENTION DES ADDICTIONS !

CAROLE AUPETIT – COMPAGNIE SAUTERELLE EN SCÈNE

Le théâtre comme outil pour diffuser les messages préventifs liés à la consommation abusive de drogue, d'alcool ou de tabac, c'est le pari que fait la compagnie Sauterelle en Scène depuis quelques saisons déjà.

Écrit suite à la commande d'une infirmière de collège pour sensibiliser ses élèves de 5^e, *Mirage de Vivre* touche aussi bien les ados que leurs parents.

L'idée de départ est de valoriser le fait de ne pas commencer ou de ne pas en prendre. A l'âge où le sentiment d'appartenance à un groupe est moteur de bien des comportements, le spectacle, avec beaucoup d'humour, invite à refuser et à se sentir valorisé par cet acte de courage.

Il amène le public vers des questionnements profonds, tout en abordant très pédagogiquement les implications médicales, légales, sociales, humaines des addictions.

Il permet d'ébranler des convictions, sensibiliser sans moraliser, ouvrir des question-



nements, valoriser, donner de l'espoir et éveiller les consciences.

D'ailleurs le public ne s'y trompe pas, il plébiscite :

- « Bravo ! Les textes sont si vrais, on ne peut que s'y retrouver, en tant qu'ancien enfant,

ado, parent, éduc... La grande classe ! Surtout de mettre votre talent au service de la prévention ». Médecin scolaire

- « Merci pour ces visages d'élèves attentifs, fascinés, même ceux dont nous n'arrivons pas à capter l'attention en classe. Merci pour ces détails, cette minutie dans le «film muet» : je m'y croyais... Merci pour le rap... ». Professeur de Français

- « C'était super et très convainquant ! Je prends des notes, tout est gravé !!! J'ai beaucoup aimé car on apprend beaucoup en rigolant. Merci ». Kevin

- « Génial ! J'ai appris à refuser. Un bon moment pour les yeux, pour l'esprit et pour l'avenir. Merci d'être venu ». Vincent

Même la presse salue la performance !

« La pièce joue la carte de l'humour, voire du burlesque, entre comedia dell'arte et café-théâtre. Les 550 élèves qui l'ont vue dans l'auditorium cette semaine se marrent du début à la fin. Le message est grave, quand il évoque l'alcoolisme des parents, mais le ton est badin, avec une gestuelle débridée. »

La Dépêche du Midi – J.-A. L.

Quant à la compagnie Sauterelle en Scène, elle continue à diffuser avec brio ce superbe spectacle original et drôle sur un sujet difficile, convaincue que l'on peut grandir sans se détruire. ■

Contact : sauterelle@orange.fr
www.sauterelleenscene.fr
Tél. : 05 63 40 00 17

_ LIRE UTILE

→ ADOLESCENTS DÉPENDANTS OU À RISQUE DE LE DEVENIR : PRATIQUES D'INTERVENTIONS PROMETTEUSES

MYRIAM LAVENTURE
PUL Diffusion

Les interventions en dépendance auprès des adolescentes et adolescents dépendants ou à risque de le devenir sont de plus en plus nombreuses et diversifiées.

Que ce soit pour de la prévention, de l'intervention ciblée ou de la réadaptation, les intervenants, les gestionnaires et les chercheurs de plusieurs régions mettent en place de nouvelles pratiques pour favoriser la motivation à adopter des habitudes de vie plus saines. Le présent ouvrage collectif se veut un reflet de la diversité de ces pratiques prometteuses adaptées aux nombreux besoins de cette jeune clientèle et de l'engagement des acteurs de



l'intervention auprès des adolescentes et adolescents dépendants ou à risque de le devenir. Il saura sans doute inspirer d'autres intervenants, gestionnaires et chercheurs dans leur quête d'améliorer les services en dépendance pour les jeunes, tant par la mise en place de pratiques prometteuses que par leurs recherches.

→ LE CINÉMA COMME LANGAGE DE SOIN : SON INTÉRÊT EN ALCOOLOGIE

HENRI GOMEZ,
Atelier cinéma de l'AREA
367 pages
Editeur : Erès

Comme moyen d'expression et de liaison, le langage peut faire soin. Pourquoi et comment utiliser le cinéma dans ce but dans le cadre de problématiques alcooliques ? Ce livre constitue un outil pour aider les équipes soignantes et les psychothérapeutes à changer de regard sur les alcooliques, et aussi sur quelques autres chemins où l'esprit peut s'égarer. Le langage psychothérapeutique a besoin de médiations dans les temps de soin tant collectifs qu'individuels. Le cinéma est un langage qui fait appel à l'image, aux émotions, à la réflexion, à la culture. Il contribue à peupler



l'imaginaire de la personne en démarche en soin et à étoffer la relation d'aide. Il décentre progressivement l'attention sur ce qui n'est pas le comportement alcoolique. Il permet de passer plus aisément à autre chose. Constitué de fiches élaborées par des soignants et des aidants dans le cadre d'ateliers cinéma, cet ouvrage ouvre des pistes thérapeutiques.

→ WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC, 2017

NICOLAS BONNET – RESPADD

Un rapport de l'OMS conclut à une extension spectaculaire en 10 ans des politiques de lutte antitabac qui sauvent des vies.

4,7 milliards de personnes, soit 63 % de la population mondiale, sont protégées par des mesures telles que les mises en garde illustrées, les lieux publics non-fumeurs et d'autres encore.

Le dernier Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, publié aujourd'hui conclut que davantage de pays ont mis en œuvre des politiques de lutte antitabac, allant des mises en garde illustrées sur les paquets aux zones non-fumeurs, en passant par des interdictions de la publicité.

Environ 4,7 milliards de personnes, soit 63 % de la population mondiale, sont couvertes par au moins une mesure globale de lutte antitabac. Par rapport à 2007, quand seulement 1 milliard de personnes et 15% de la population étaient protégées, le chiffre a quadruplé. Les stratégies pour la mise en œuvre de ces politiques ont sauvé des millions de personnes d'une mort prématurée. Cependant, relève le rapport, l'industrie du tabac continue d'entraver les efforts des gouvernements pour appliquer pleinement les interventions qui sauvent des vies et permettent des économies.

« Dans le monde entier, les gouvernements ne doivent pas perdre de temps pour intégrer toutes les dispositions de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans leurs programmes et politiques nationales de lutte contre le tabagisme », a déclaré le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS. « Ils doivent aussi prendre des mesures autoritaires contre le commerce illicite du tabac, qui aggrave exacerbe l'épidémie mondiale de tabagisme et ses conséquences aux niveaux sanitaire et socioéconomique. »

Le Dr Tedros ajoute : « En travaillant ensemble, les pays peuvent éviter que, chaque année, des millions de personnes meurent de maladies liées au tabagisme et ainsi économiser des milliards de dollars par an en dépenses de santé et en perte de productivité ».

Aujourd'hui, 4,7 milliards de personnes sont protégées par au moins une mesure relative à une « meilleure pratique »

figurant dans la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, soit 3,6 milliards de plus qu'en 2007 selon le rapport. C'est grâce aux intensifications de l'action par les gouvernements qui ont redoublé d'efforts pour appliquer les mesures phares de la Convention-cadre qui a permis ce progrès a pu être enregistré.

Les stratégies pour soutenir l'application des mesures de réduction de la demande dans la Convention-cadre, comme les mesures « MPOWER », ont sauvé des millions de personnes d'un décès prématuré et permis d'économiser des centaines de milliards de dollars au cours des 10 dernières années. MPOWER a été mis en place en 2008 pour faciliter l'action des gouvernements concernant 6 stratégies de lutte conformes à la Convention-cadre :

- **(Monitor) surveiller** la consommation de tabac et les politiques de prévention ;
- **(Protect) protéger** la population contre la fumée du tabac ;
- **(Offer) offrir** une aide à ceux qui veulent arrêter le tabac ;
- **(Warn) mettre en garde** contre les méfaits du tabagisme ;
- **(Enforce) faire respecter** l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage ; et
- **(Raise) augmenter** les taxes sur le tabac.

« Un décès sur 10 dans le monde est dû au tabagisme, mais on peut changer cette situation grâce aux mesures de lutte MPOWER qui ont donné la preuve d'une grande efficacité », explique Michael R. Bloomberg, ambassadeur mondial de l'OMS pour les maladies non



transmissibles et fondateur de Bloomberg Philanthropies. Les progrès accomplis dans le monde, et mis en évidence dans ce rapport, montrent qu'il est possible pour les pays de renverser le cours des choses. Bloomberg Philanthropies sera heureux de travailler avec le Dr Ghebreyesus et de poursuivre la collaboration avec l'OMS.

Le nouveau rapport, financé par Bloomberg Philanthropies, est axé sur la surveillance de la consommation du tabac et les politiques de prévention. Les auteurs constatent qu'un tiers des pays ont des systèmes complets de surveillance de la consommation du tabac. Si leur proportion a augmenté par rapport à 2007 (elle était d'un quart à l'époque), les gouvernements doivent néanmoins en faire plus pour donner la priorité à ce domaine de travail et le financer.

Même les pays aux ressources limitées peuvent surveiller la consommation du tabac et appliquer des politiques de prévention. En produisant des données sur les

jeunes et les adultes, les pays peuvent ensuite promouvoir la santé, faire des économies sur les dépenses de santé et générer des recettes pour les services publics, indique le rapport. Il ajoute que le contrôle systématique des interférences de l'industrie du tabac dans l'élaboration des politiques gouvernementales protège la santé publique en mettant en lumière les tactiques de cette industrie, comme le fait d'exagérer son importance économique, de discréditer les faits scientifiques avérés et de recourir aux procédures judiciaires pour intimider les gouvernements.

« Les pays peuvent mieux protéger leurs citoyens, y compris les enfants, de l'industrie du tabac et de ses produits lorsqu'ils utilisent des systèmes de surveillance du tabac », affirme le Dr Douglas Bettcher, directeur à l'OMS du département Prévention des maladies non transmissibles (NCD).

« Les interférences de l'industrie du tabac dans les politiques publiques constituent un obstacle meurtrier au progrès de la santé et du développement dans de nombreux pays », déplore le Dr Bettcher. « Mais en contrôlant et en bloquant ces activités, nous pouvons sauver des vies et semer les graines d'un avenir durable pour tous. »

Autres constatations du rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme 2017 :

- 43 % de la population mondiale (3,2 milliards de personnes) sont couvertes par au moins 2 mesures MPOWER au plus haut niveau, soit près de 7 fois plus qu'en 2007;

- 8 pays, dont 5 à revenu faible ou intermédiaire, ont mis en place au moins 4 mesures MPOWER au plus haut niveau (Brésil, Irlande, Madagascar, Malte, Panama, République islamique d'Iran, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et Turquie).

Surveillance : le Népal, l'Inde et les Philippines font partie des pays ayant mené des initiatives soutenues par l'OMS pour surveiller la consommation du tabac, puis appliquer des mesures pour protéger la population du tabagisme :

- le Népal a introduit en mai 2015 les plus grandes mises en garde sanitaires sur les paquets de tabac (couvrant 90 % de la surface) après avoir utilisé une série de questions d'enquête sur le tabagisme dans les familles qui a permis de détecter une forte prévalence d'hommes adultes qui fument ou consomment des produits sans fumée ;
- l'Inde a lancé un programme de sevrage tabagique à l'échelle du pays et un numéro d'appel gratuit pour arrêter de fumer après avoir réalisé une « enquête globale sur le tabagisme chez l'adulte » en 2009-2010 qui a révélé un grand intérêt chez près d'un fumeur et d'un consommateur de produits sans fumée sur 2 pour mettre fin à leur habitude ;
- les Philippines ont adopté en 2012 la « Sin Tax Reform Law », réforme marquante de la législation sur la taxation du tabac et de l'alcool, après qu'une enquête globale sur le tabac chez l'adulte a révélé en 2009 des taux élevés de tabagisme chez les hommes (47,4 %) et les garçons (12,9 %). Ce type de fortes mesures de réduction de la demande

a contribué à faire baisser la consommation du tabac, selon les résultats de l'enquête de 2015.

Protéger : une législation antitabac complète est actuellement en place pour près de 1,5 milliard de personnes dans 55 pays. Depuis 2007, on a observé des progrès spectaculaires dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 35 d'entre eux ayant adopté une législation antitabac complète depuis 2007.

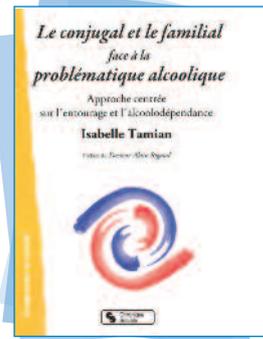
Offrir : des traitements adaptés pour le sevrage sont en place pour 2,4 milliards de personnes dans 26 pays.

Mettre en garde : la mesure consistant à apposer de fortes mises en garde illustrées sur les paquets de tabac est la plus appliquée de l'ensemble MPOWER et couvre près de 3,5 milliards de personnes dans 78 pays, soit près de la moitié de la population mondiale (47 %).

Mettre en garde : 3,2 milliards de personnes vivent dans un pays qui a diffusé dans les médias au moins une campagne nationale complète antitabac au cours des 2 dernières années.

Faire respecter : les interdictions de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage interfèrent avec la capacité de l'industrie du tabac à promouvoir et à vendre ses produits et réduisent la consommation. Mais ce type d'interdiction totale ne couvre pour l'instant que 15 % de la population mondiale.

Augmenter : la hausse des taxes pour augmenter les prix des produits du tabac est le moyen le plus efficace et le plus rentable de réduire la consommation de tabac, incitant les consommateurs au sevrage. Mais c'est l'une des mesures de lutte les moins appliquées. ■

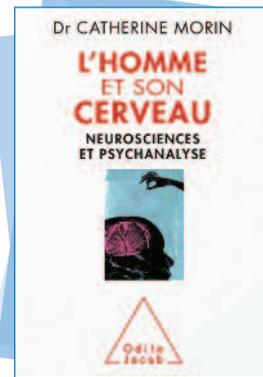


→ LE CONJUGAL ET LE FAMILIAL FACE À LA PROBLÉMATIQUE ALCOOLIQUE
ISABELLE DAMIAN

174 pages

Editeur : Chronique Sociale

Dans cet ouvrage, l'auteure revisite d'abord les différents modes « généralistes » d'écoute et d'intervention au niveau des couples et présente un dispositif en institution spécialisée pour accueillir des couples présentant leurs difficultés sous le registre de l'alcool. Elle dégage de cette expérience à la fois des aperçus cliniques et des perspectives pour le travail avec l'entourage. Elle aborde les différentes méthodes d'accompagnement et de prise en charge thérapeutiques. Le sujet alcoolodépendant et son entourage sont conduits à porter un regard nouveau sur leur parcours, à se resituer mutuellement dans leurs liens familiaux et à voir pour chacun s'ouvrir ainsi un accès à sa place de sujet qui ouvriront les possibilités d'un changement.

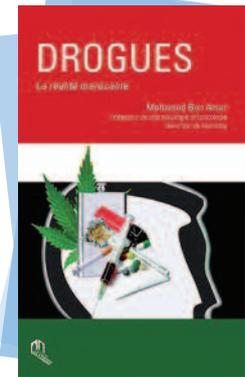


→ L'HOMME ET SON CERVEAU : NEUROSCIENCES ET PSYCHANALYSE
CATHERINE MORIN

243 pages

Editeur : Odile Jacob

Les connaissances scientifiques sur le cerveau ne cessent de progresser. Ces progrès remettent-ils en question la place des psychanalystes dans la prise en charge des maladies mentales ou neurologiques chroniques ?



→ DROGUES : LA RÉALITÉ MAROCAINE
MOHAMED BEN AMAR

Poche: 340 pages

Editeur : La Croisée des Chemins

Ce livre dresse un tableau complet et contemporain de la réalité des drogues au Maroc. Il traite des produits suivants : alcool, amphétamines, caféine et boissons dites « énergétiques », cannabis, cigarette électronique, cocaïne, ecstasy, gamma-hydroxybutyrate ou GHB, héroïne, LSD, médicaments psychotropes, méthadone, nouvelles drogues de synthèse, substances dopantes, substances volatiles, tabac. Pour chaque substance, sont étudiés la présentation, l'historique, les effets aigus et chroniques, les effets chez la femme enceinte et lors de l'allaitement, les indications thérapeutiques, la tolérance, la dépendance, l'épidémiologie et la législation. La stratégie marocaine antidrogue est détaillée. Le livre se complète par un glossaire des termes scientifiques, une bibliographie et des adresses utiles.

Quelles conséquences pour la pratique des uns et des autres ? Ces questions se posent à ceux qui veulent travailler ensemble pour mieux traiter les troubles psychiques, les maladies neurologiques et mentales, et être à l'écoute de leurs patients. Comment penser les rapports entre psychanalyse, neurologie et neurosciences pour mieux soigner ? C'est tout l'enjeu de ce livre qui précise les points de vue et les méthodes des neuro-scientifiques, des neurologues et des psychanalystes. Pour un dialogue entre neurosciences et psychanalyse au bénéfice du patient.

→ GOLDEN HOLOCAUST LA CONSPIRATION DES INDUSTRIELS DU TABAC RICHARD N. PROCTOR

RAPHAËLE GOUJAT – PSYCHOLOGUE CLINICIENNE – CSAPA DU CH D'ORSAY

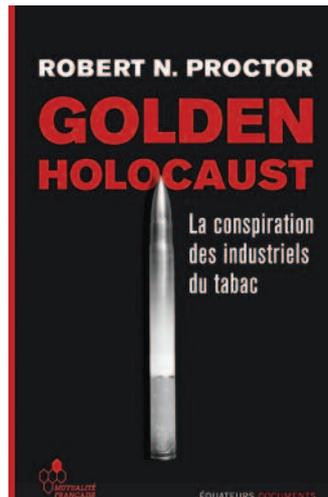
Il serait presque une tautologie de dénoncer le fléau que constitue le tabac. Et pourtant. 73 000 décès par an en France, six millions à l'échelle mondiale ; première cause de mortalité évitable devant les accidents de la route ; complications vasculaires, cardiaques et pulmonaires, chute de l'espérance de vie de dix à vingt-cinq ans.... Un véritable inventaire léthal bien connu du corps médical, des pouvoirs publics et des professionnels de santé œuvrant dans le champ de l'addiction.

Malgré le développement de la recherche scientifique et de l'accroissement des connaissances sur les risques liés à la consommation tabagique, une véritable pandémie s'est déployée à l'échelle planétaire. Par quels moyens la diffusion du tabac s'est-elle opérée ? De quelle manière sa substance addictive princeps, la nicotine, est-elle devenue aussi prisée par ses consommateurs ?

À partir de 80 millions de pages d'archives des cigarettiers américains, rendues publiques sur décision de justice dans les années 90, Richard N. Proctor, professeur d'histoire des sciences à l'université de Stanford (Californie, USA), a mené l'enquête sur ce produit banal qu'est la cigarette, déployant ainsi une réalité complexe peu connue. Au décours de cinq cents pages passionnantes, *Golden Holocaust* (littéralement « *l'or qui part en fumée* ») nous raconte ce que son auteur nomme à juste titre « *la conspiration des industriels du tabac* ».

→ 1953

Alors qu'en Europe, la mort de Staline bouleverse les rapports de force politiques et économiques et amorce la transformation de la société russe, un autre cataclysme s'abat sur les industriels du tabac américains : Ecusta, société productrice de papier à cigarette, démontre par diverses expériences menées dans ses laboratoires que les goudrons du tabac sont des agents cancérigènes. Ce fait n'est cependant pas si nouveau, d'autres expériences ayant déjà



eu lieu dès les années vingt et aboutissant à la même conclusion. Le séisme de cette nouvelle tient au fait que pour la première fois, la confirmation du risque de cancer émerge des laboratoires mêmes de l'industrie. Dès lors, les industriels du tabac n'auront de cesse de développer des ressources et un savoir hors pair sur le plan marketing, politique et scientifique pour dissimuler le risque mortel de la cigarette et en poursuivre la diffusion auprès de ses consommateurs, au mépris d'enjeux sanitaires majeurs.

→ UN PRODUIT DE HAUTE TECHNOLOGIE

La composition de la cigarette est le fruit d'une recherche de pointe industrielle, physique et chimique. On y retrouve plus de quatre mille produits tels que des métaux lourds (nickel, chrome, plomb), des pesticides pétrochimiques, des dilatateurs bronchiques (pour faciliter l'inhalation) et divers additifs tels que des arômes sucrés.

Des agents de texture, de la colle (pour éviter l'effritement) et des agents de combustion sont également ajoutés. La présence de ces composants a pour objectif exclusif de séduire le consommateur en sollicitant ses sens, que ce soit par l'odeur (odeur de paquet et de la fumée), la vue (couleurs attrayantes du produit et de son emballage) ou le goût. Connus pour leur haute toxicité, la plupart de ces produits sont manipulés dans le plus grand secret. La nicotine, substance addictive par essence de la cigarette, n'est pas en reste : condition sine qua non de l'envie de fumer, sa concentration est manipulée grâce à l'ajout d'ammoniaque pour augmenter le pH de la fumée et créer le « *free-basing* » qui renforce ses effets pour accentuer la dépendance.

→ CIGARETTE ET MARKETING

Pour vendre leur produit, les cigarettiers déploient également des stratégies marketing spécifiques. D'une part, la cigarette doit faire face aux accusations dont elle est l'objet en terme d'atteinte à la santé et de mortalité et redorer son image auprès des consommateurs. L'image du tabac est ainsi travaillée dans le sens du patriotisme (« fumer, c'est soutenir l'industrie américaine et l'effort de guerre »), de la liberté (« fumer c'est être libre de choisir ») ou d'un point de vue psychologique (« fumer c'est donner une image de soi cool et détendue »). Le recours au sponsoring sportif, au mécénat d'œuvres caritatives et au secours de populations sinistrées

a plus pour vocation de faire oublier le caractère nocif de la cigarette que de constituer une véritable préoccupation philanthropique. D'autre part, le marketing a pour tâche la conquête de nouveaux consommateurs. Inscire l'objet cigarette et l'acte de fumer dès le plus jeune âge (par les poupées imitant le geste de fumer ou encore la consommation de cigarettes en chocolat) et dans les objets usuels du quotidien (tels que les cendriers dans les portes de voiture, allume-cigares, pochette de chemise pour avoir le paquet sur soi, ...) est le résultat de réflexions stratégiques menées par les industriels de la cigarette. Hollywood et le monde du cinéma contribuent également à la diffusion du produit par la mise en scène d'acteurs connus pour faire de la publicité aux marques.

→ CIGARETTE ET RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Les industriels du tabac visent également à faire cautionner la consommation de leur produit par les scientifiques qui s'engagent, contre avantage pécuniaire, à apporter leur voix positive au tabac. Loin de vouloir dissimuler les preuves témoignant de la nocivité de la cigarette, le discours de ces chercheurs, médecins, chimistes, statisticiens, vise plutôt à instiller le doute en évoquant la nécessité de recherches complémentaires. D'autres moyens sont employés : la création du Conseil de la Recherche sur le Tabac (dont l'objectif est de financer la recherche universitaire et qui, dans la réalité, ne financera que les projets non

→ THÉRAPIE ÉTAYÉE PAR LE CONJOINT EN ADDICTOLOGIE (TECA) : ADAPTATION CULTURELLE EN FRANCE

Intervention aux journées de la SFA des 15, 16 et 17 mars 2017

GONZAGUE DE LAROCQUE, ANNE-SOPHIE WECKER, LAËTITIA USUBELLI – CSAPA VICTOR SEGALIN (CLICHY)

À la fin des années 1970, de nombreux articles ont souligné les limites des thérapies individuelles dans le traitement de l'addiction et ont également montré le rôle des partenaires dans le maintien de la consommation du patient ou dans ses rechutes. Différentes études ont pu montrer à l'époque qu'il existait un cercle vicieux entre le comportement addictif du patient et une mauvaise relation conjugale (Emmelkamp & Vedel, 2006).

Fortes de ces dernières données empiriques, deux équipes américaines ont mis en place une nouvelle thérapie comportementale de couple pour traiter des problèmes d'addiction (O'Farrell TJ, 1993 ; Noel & McCrady, 1993). Que ce soit l'équipe de Barbara McCrady dans le New Jersey ou celle de Jeremy O'Farrell dans le Massachusetts, il s'agissait d'une thérapie comportementale centrée sur le patient qui visait à la fois la diminution voire l'arrêt des consommations du patient, un meilleur coping du partenaire et une amélioration de la communication du couple (De Larocque, Wecker, Usubelli, Aubague, Michaud, 2015).

préjudiciables aux compagnies) ; le financement de départements universitaires ou encore de travaux d'historiens à des fins de réécriture d'une histoire du tabac sous un angle plus favorable...

→ LA CONSPIRATION

Réunissant ses ressources scientifiques, marketing et juridiques, les industriels du tabac purent monter une véritable conspiration négationniste entretenant le doute et l'ignorance des méfaits du tabac auprès du grand public. De par l'envergure des moyens employés, et que nous avons survolé ici de manière non exhaustive, l'auteur révèle ainsi l'ampleur sanitaire catastrophique de ce produit « banal » qu'est la cigarette. ■

Depuis 40 ans, de nombreuses études ont été menées pour montrer l'efficacité des thérapies comportementales de couple dans l'addiction (ABCT) (Stanton & Shadish, 1997). En 2000, une méta-analyse des études randomisées a non seulement confirmé cette efficacité mais a prouvé également la supériorité des ABCT sur les thérapies individuelles (Powers, Vedel, & Emmelkamp, 2008). Il était donc dommage que la France ne se dote pas de cet outil thérapeutique, d'autant que 38 % des consultants en CSAPA vivent en couple (OFDT, 2014).

Mais ce n'est pas parce qu'une thérapie fonctionne dans une situation culturelle donnée qu'elle est efficace quelle que soit la situation (Bernal, Jiménez-Chafey, Domenech Rodriguez, 2009). Pour que la France puisse utiliser les ABCT encore faut-il en faire l'adaptation culturelle. Pour ce faire, nous avons suivi les recommandations de l'Office des Nations Unies contre la drogue et les crimes (UNODC, 2009). Lorsque l'on adapte culturellement une thérapie, le premier principe est de modifier *a minima* la thérapie originale en termes de théorie, de structure et de contenu de programme. Nous avons décidé au CSAPA Victor Segalen à Clichy d'adapter le protocole de Barbara McCrady (McCrady & Epstein, 2009a, McCrady & Epstein, 2009b). Il s'agit d'une thérapie en 12 séances de 90 minutes, avec des couples, en ambulatoire. Le modèle théorique reste de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) basée sur l'analyse fonctionnelle avec pour objectif la restauration de com-

pétences sociales nécessaires pour vivre au quotidien avec une maladie addictive (Bandura, 1977). Cette thérapie est utilisée suivant deux modalités : dans l'accompagnement à l'arrêt ou la diminution du produit et dans le cadre de la prévention de la rechute.

Vis-à-vis du protocole de McCrady, nous avons d'abord fait des adaptations de surface en modifiant le nom de la thérapie. Nous utilisons pour notre part « Thérapie Etayée par le Conjoint » – traduit de *spouse-aided therapy* (Hafner ; 1980) –, pour mieux insister sur le fait qu'il s'agit d'une thérapie centrée sur le patient impliquant le conjoint et non une thérapie de couple en tant que telle. Nous avons supprimé les américanimes gênants comme les références à la prière et réduit les séances à 60 minutes, plus compatible avec une prise en charge en CSAPA.

Nous avons procédé entre janvier 2016 et mars 2017 à une enquête pilote sur 7 patients qui nous a permis d'améliorer la qualité de notre adaptation, notamment en portant un effort particulier sur l'engagement des patients et de leurs conjoints. Pour ce faire, nous avons amplifié l'utilisation du style motivationnel sur l'ensemble du processus (Miller & Rollnick, 2013). Par ailleurs McCrady proposait d'inclure à la fin du processus des éléments de la troisième vague des TCC basées sur l'acceptation et l'engagement (Hayes, 1999) appliqués au couple comme le concept de tolérance présent dans la Thérapie Intégrative de Couple (TIC) (Christensen et Jacobson, 1996).

Nous l'avons au contraire intégrée dès les premières séances. Dans le même mouvement, nous avons insisté sur le processus expérientiel de la thérapie en ayant recours à des renforcements par contingence pendant les séances cherchant ainsi à produire des changements *in situ* (Skinner, 1969).

On a pu constater que la principale résistance à la mise en place de la thérapie reste celle des équipes, prises par le paradigme de la maladie alcoolique qui ne conçoit les prises en charge que dans un cadre individuel ou familial. C'est donc une nouvelle manière d'intégrer le soin qu'il nous faut assimiler, en acceptant la présence du conjoint lors d'une consultation centrée sur le patient. Ce changement de paradigme a été possible grâce à un travail de formation de l'équipe. Par ailleurs, l'utilisation d'un modèle de TCC trop stricte est mal adaptée au public français qui demande une mise en œuvre avec plus de souplesse. Si aux États-Unis, cette thérapie est utilisée en première intention, nous sommes pour l'instant restés en deuxième ligne de traitement chez des patients bénéficiant par ailleurs d'un suivi individuel. Enfin durant cette phase d'évaluation culturelle, nous nous sommes aussi rendu compte de combien la consultation initiale d'évaluation avait été l'occasion de dépister des troubles cognitifs (contre-indiquant la thérapie) mais aussi des violences conjugales, ce qui nous a permis de proposer un protocole de prise en charge spécifique. .../...

_ ADDICTOLOGIE (suite)

À la fin de cette phase d'adaptation culturelle, force est de constater que les thérapies menées à leur terme ont obtenu les mêmes résultats que le modèle américain sur les quatre critères de suivi : un accompagnement efficace vers l'abstinence, une diminution des envies de boire, et une amélioration de la satisfaction conjugale chez le patient et chez son conjoint.

En prenant pour objet la relation réciproque entre l'usage de produit et la dynamique conjugale, les thérapeutes peuvent contribuer à faire changer la perspective des couples afin de passer d'une communication négative basée sur un passé douloureux et la peur des échecs à venir, à une communication plus constructive centrée sur les changements et les efforts de chacun pour y arriver. L'enquête pilote a permis d'obtenir les premiers *feedbacks* nécessaires à l'adaptation culturelle de cette thérapie innovante. La prochaine étape sera une étude d'évaluation de l'efficacité des TECA dans leur adaptation française, avant de promouvoir sa diffusion pour la pratique quotidienne dans les structures de prise en charge addictologie. ■

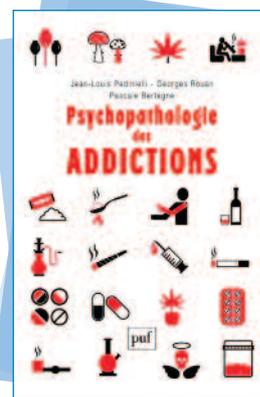
Références

- Bandura A. (1977) Self-efficacy : toward a unifying theory of behavioral change, *Psychological review*.
- Christensen A. & Jacobson NS. (1996) Integrative Couple Therapy. Promoting Acceptance and Change, New York: Norton & Compagny.
- De Larocque G, Wecker AS, Usubelli L, Aubague S, Michaud P. (2015) Thérapie étayée par le conjoint en addictologie, *Sexologies*, 24 (4), p.163-169
- Emmelkamp PM & Vedel E (2006) Evidence-based treatments for alcohol and drug abuse : a practitioners' guide to theory, research and treatment, New- York : Routledge Taylor & Francis
- Hafner RJ. (1980) Marital Homeostasis and Spouse-Aided Therapy in Persisting Psychological Disorders, *Australian Journal of Family Therapy*, 2, p.2-8
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG (1999) Acceptance and commitment therapy. An experimental approach to behavior change, New York Guilford press
- McCrady BS. & Epstein EE. (2009a) Overcoming Alcohol Problems. A couples-Focused Program: Therapist Guide, Oxford: Oxford University Press
- McCrady BS. & Epstein EE. (2009b) Overcoming Alcohol Problems: workbook for Couples, Oxford: Oxford University Press
- Miller WR. & Rollnick S. (traduction française) (2013) L'entretien motivationnel : aider la personne à

engager le changement, Paris : Dunod-InterEditions

- Noel NE, & McCrady BS. (1993) Alcohol-Focused Spouse Involvement with Behavioral Marital Therapy. In O'Farrell TJ, *Treating Alcohol Problems: Marital and Family Interventions*. New-York, Guilford Press, p. 210-235.
- O'Farrell TJ. (1993) A Behavioral Marital Therapy Couples Group Program for Alcoholics and Their Spouses. In: O'Farrell TJ, editor. *Treating Alcohol Problems: Marital and Family Interventions*. New-York : Guilford Press, p. 170-209
- OFDT (2014) <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxcpw6.pdf>
- UNODC (2009) Guide d'application des programmes d'acquisition de compétences familiales pour la prévention de l'usage de drogue, New York : Publication des Nations Unies
- Powers MB, Vedel E, Emmelkamp PM. (2008) Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders : a meta-analysis, *Clinical Psychology Review*, 28, p.952-962
- Skinner BF.(1969) Contingencies of reinforcement : a theoretical analysis. New York : Appleton-Century-Crofts
- Stanton D, & Shadish WR. (1997) Outcome, Attrition, and Family-Couples Treatment for Drug Abuse: A Meta-Analysis and Review of Controlled, Comparative Studies. *Psychological Bulletin*. 122 (2), p. 170-191

_ LIRE UTILE



→ **PSYCHOPATHOLOGIE DES ADDICTIONS**
JEAN-LOUIS PEDINIELLI
180 pages
Editeur : Presses Universitaires de France

_ AGENDA



→ COLLOQUE « VERS DES LIEUX DE SANTÉ SANS TABAC : L'EXPÉRIENCE DE L'HÔPITAL » 24 OCTOBRE 2017 Ministère de la santé

Cette journée est organisée par le RESPADD avec le soutien de la Direction générale de la santé et de la Direction générale de l'organisation de soins. Au programme : la présentation de la nouvelle politique et des nouveaux outils « Hôpital et Lieu de santé sans tabac », des communications d'expériences prometteuses dans la prise en charge du tabagisme, l'intervention d'un représentant australien du réseau international des hôpitaux sans tabac et, en point d'orgue, la signature par les directeurs des fédérations hospitalières en présence de Madame la Ministre d'un soutien officiel à la politique « Lieu de santé sans tabac ».



→ **LE 11^e CONGRÈS NATIONAL DE LA SFT se tiendra du JEUDI 16 AU VENDREDI 17 NOVEMBRE 2017**
« Les défis de la tabacologie francophone »
Maison Internationale, CIUP, Paris – www.csft2017.com
Renseignements :
Mathilde Catteau / KATANA santé
29, rue Camille Pelletan,
92300 Levallois-Perret
Tél. : 01 84 20 11 90
m.catteau@katanasante.com

La Lettre du Respadd

Bulletin trimestriel du Respadd
Octobre 2017 - N° 30
ISSN 2105-3820
96 rue Didot
75014 Paris
Tél : 01 40 44 50 26
Fax : 01 40 44 50 46
www.respadd.org
contact@respadd.org
Directeur de Publication : Anne Borgne
Directeur de Rédaction : Nicolas Bonnet
Comité de rédaction : Nicolas Bonnet, Anne-Cécile Cornibert
Secrétariat : Maria Baraud
Ont collaboré à ce numéro : Carole Aupetit, Nicolas Bonnet, Anne Borgne, Raphaële Goujat, Gonzague De Larocque, Catherine Reynaud-Maurupt, Laëtitia Usubelli, Anne-Sophie Wecker
© Textes et visuels : Respadd 2017
Bernard Artal Graphisme
Imprimerie Peau
Tirage : 4 000 exemplaires