

spectra



66

Question d'âge

2 Lorsque les toxicomanes prennent de l'âge

De longues années de toxicomanie accélèrent le processus de vieillissement à tel point que l'état de santé d'une personne toxicodépendante de 50 ans peut correspondre à celui d'une personne de 70 ou 80 ans non consommatrice de drogue. Le système de santé et la société sont donc confrontés à un défi inédit: comment s'occuper de ces toxicomanes qui vieillissent? A ce jour, les homes traditionnels pour personnes âgées ne sont pas encore capables de répondre véritablement à leurs besoins spécifiques.

5 Prévention du tabagisme: bilan

Selon son évaluation, le Programme national de prévention du tabagisme, lancé en 2001, a largement contribué à ancrer le fait de «ne pas fumer» comme norme sociale. Le monitoring du tabac fait apparaître un recul de la consommation de tabac et de la proportion de fumeurs (de 33 à 29% entre 2001 et 2006). Il révèle également un net changement des mentalités et des comportements. L'évaluation recommande de poursuivre à long terme et sans relâche le programme de prévention du tabagisme et de lui octroyer une grande marge de manoeuvre.

7 Substitution – Porte de sortie ou voie sans issue?

En matière de programmes de méthadone et de traitements avec prescription d'héroïne, la Suisse joue depuis longtemps un rôle de pionnier reconnu dans le monde entier. Comment ces offres de substitution désormais bien établies ont-elles pris leurs marques dans le paysage politique et thérapeutique? La substitution offre-t-elle vraiment une sortie de la dépendance ou s'agit-il plutôt d'un traitement palliatif? Telles sont deux des questions fondamentales que les quelque 300 participants à la Conférence nationale sur la substitution ont abordées les 6 et 7 septembre 2007 à Berne.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Toxicomanes vieillissants: un problème récent

Vieillesse et toxicomanie: un défi inédit pour la société et le domaine de la santé et la société. Comment traiter les personnes toxicomanes vieillissantes? Les institutions traditionnellement conçues pour les personnes âgées ne sont pas particulièrement adaptées à leurs besoins, encore moins si, à 50 ans, ces personnes sont dans l'état physique et ont les problèmes de santé des personnes âgées.

Un regard sur le siècle passé révèle que chaque décennie a connu sa substance phare. Dans les années 30 et 40, c'était la morphine – à l'époque une «drogue d'élite» –, puis les années 60 ont vu l'apparition du cannabis et du LSD qui ont, à leur tour, cédé la place à l'héroïne, de plus en plus consommée dans les milieux de la drogue des années 70 jusqu'au début des années 90. L'héroïnomanie galopante de cette époque révèle désormais ses effets. Les personnes toxicomanes qui ont survécu à leur addiction, ou qui ont réussi à s'en sortir, vieillissent avec leur dépendance ou avec leurs thérapies. Aujourd'hui, le patient le plus âgé bénéficiant d'un traitement de substitution a 68 ans. Si l'on observe les statistiques des âges de di-

verses institutions, on peut s'attendre à une recrudescence de situations de ce type. L'âge moyen des personnes hospitalisées pour toxicomanie augmente d'année en année; en 1994, il était de 29 ans, en 2005 il est déjà de 37 ans. On retrouve cette évolution des âges chez les habitués des lieux de consommation, et dans les traitements de substitution avec prescription de méthadone ou d'héroïne.

Les personnes toxicomanes vieillissent précocement

Lorsque l'on parle de «vieux toxicomanes», il ne s'agit pas forcément de toxicodépendants ou de patients soignés parvenus à l'âge de la retraite. Une longue carrière de toxicomanie accélère le processus de vieillissement à tel point que l'état de santé d'un héroïnomanie de 50 ans peut correspondre à celui d'une personne de 70 ou 80 ans. Ces personnes souffrent fréquemment d'hépatites non traitées, susceptibles de conduire à de graves complications après 20 ans. Parmi les autres pathologies que l'on rencontre dans le milieu des drogués, on peut citer la tension artérielle élevée, des problèmes cardiaques (causés par les effets secondaires indésirables de divers médicaments), des maladies du

métabolisme dues à une insuffisance du foie, le diabète, des abcès, de l'ostéoporose, la réduction de la masse musculaire et des blessures par chute pendant des périodes de «défoncé» ou suite à des co-médications défavorables. De même, les conséquences de modes de vies défavorables à la santé pendant des décennies, comme le tabagisme ou la consommation excessive d'alcool, une mauvaise alimentation et un manque d'activité physique accélèrent le processus de vieillissement de manière drastique chez les toxicomanes. Leur état mental est tout aussi précaire: démence précoce et dépressions ne sont que deux des nombreuses maladies psychiques dont souffrent ces personnes.

Attention à la co-médication

Si, pendant un temps, la politique de drogue était essentiellement orientée sur la substance, la dépendance est, aujourd'hui, bien davantage considérée comme une caractéristique de la personnalité, c'est-à-dire comme une pathologie psychique indépendante de la substance. Cette «psychiatisation» de la dépendance s'est accompagnée d'un changement dans le traitement médicamenteux: les prescriptions de psychotropes sont en augmentation. Toutefois,

en cas de prescriptions multiples, la prudence est de rigueur, surtout pour les personnes dépendantes les plus âgées. Les médecins et le personnel soignant ne doivent pas sous-estimer l'action combinée des médicaments et de l'état de santé général, la plupart du temps mauvais, des patients toxicomanes plus âgés. Le nombre croissant de personnes toxicomanes âgées ou vieilles précocement confronte la société, et en particulier le système de soins, à de nouvelles interrogations. Où et comment soigner ces personnes? Dans des établissements spéciaux pour toxicomanes âgés, dans des institutions spéciales de soins de longue durée, ou à la maison? Il y a un déficit, non seulement en institutions de soins adéquates et en nouveaux programmes de soin, mais aussi en offres de formation pour le personnel soignant et en assurance qualité capables de répondre aux exigences complexes de ce groupe de patients. Il faudra pourtant remédier à ce déficit si l'on veut respecter en tous points le principe des 4 piliers (prévention, réduction des risques, thérapie et répression), quel que soit l'âge des personnes concernées.

Thomas Egli, Section Drogues,
thomas.egli@bag.admin.ch

La consommation de médicaments chez les personnes âgées

Dépendance médicamenteuse chez les aînés. Si les excès en matière de drogues sont plus rares chez les seniors, l'utilisation nocive de médicaments, elle, est en croissance. Deux tiers de tous les psychotropes sont prescrits à des personnes de plus de 60 ans. Celles qui séjournent en institutions sont davantage exposées à ce problème. Le climat émotionnellement défavorable, le manque d'attention et les prescriptions trop faciles conduisent à une consommation de sédatifs et d'hypnotiques d'environ 40% supérieure dans les établissements médico-sociaux par rapport à l'extérieur. Ces informations ont été rapportées à la réunion de la Conférence des délégués cantonaux aux affaires de toxicomanies.

En Suisse, le taux de femmes qui, en 2002, ont consommé tous les jours des analgésiques, des hypnotiques ou des tranquillisants est de 18,2% chez les 70-74 ans et de 22,6% chez les plus de 74 ans. Chez les hommes, ce taux est de 10,3% chez les 70-74 ans et de 14,3% chez les plus de 74 ans. La prise à long terme d'hypnotiques, et en particulier de benzodiazépine, peut non seulement conduire à une dépendance, mais elle recèle également le risque d'effets secondaires indésirables comme la détérioration de la mémoire ou une perturbation de la physiologie du sommeil. Comme tout ce qui touche au domaine «Vieillesse et dépendance», la question

des tranquillisants dans les homes pour personnes âgées est très peu documentée. Il existe cependant des signes à prendre au sérieux sur la qualité des procédures de prescription de médicaments dans les institutions résidentielles. Il est probable que cette prescription «facile» de médicaments soit imputable au manque de conscience du problème chez les médecins. Quoi qu'il en soit, des voix se sont fait entendre lors de la journée à Lucerne, selon lesquelles l'utilisation de médicaments dans les institutions de soins servirait, en premier lieu, à y préserver un climat aussi calme que possible.

Il n'existe pas, à ce jour, de données épidémiologiques complètes sur les dépendances dues aux médicaments chez les aînés. Néanmoins, certaines études étrangères peuvent donner matière à s'inquiéter, y compris en Suisse. Une étude berlinoise (BASE) a par exemple diagnostiqué une dépendance médicamenteuse chez 0,5% des plus de 69 ans. Selon des études américaines, les plus de 65 ans consomment plus de médicaments prescrits et vendus sans ordonnance que tous les autres groupes d'âge. Alors que les personnes âgées constituent désormais 13% de la population des Etats-Unis, elles consomment environ 30% des médicaments prescrits et 40% de ceux vendus sans ordonnance. De plus, les personnes âgées consomment très vraisemblablement les médicaments sur des périodes plus longues que les groupes plus jeunes. Au moins 10% de la population adulte aux Etats-

Unis se plaignent en outre d'insomnie, pathologie qui s'accroît avec l'âge. Les problèmes croissants concernant l'insomnie à un âge avancé peuvent être mis en parallèle avec les taux de consommation accrue de substances hypnotiques parmi les adultes plus âgés. En ef-

fet, ces taux sont deux fois plus élevés chez les 65 ans et plus, que chez les groupes d'âge plus jeunes.

Contact: Tamara Estermann,
Section Drogues,
tamara.estermann@bag.admin.ch

Causes spécifiques à la vieillesse lors du développement de dépendances

Facteurs physiques: un métabolisme ralenti, une part de graisse plus élevée et une moindre quantité d'eau dans un organisme humain vieillissant font que des substances, bien que plus faiblement dosées, déploient les mêmes effets que dans un corps plus jeune. De plus, l'élimination des substances est plus lente, ce qui rallonge leur durée d'action. **Facteurs psychiques:** la confrontation avec sa propre mort et celle de proches ainsi que l'apparition généralement accrue d'angoisses, de la solitude, de

sentiments de dévalorisation, de résignation et de divers troubles somatiques peuvent favoriser le développement d'une dépendance.

Facteurs sociaux: l'image la plus répandue des «vieux» est plutôt négative. Les valeurs importantes de la société occidentale – la performance, l'activité et la santé – sont fortement liées à la jeunesse. Chez les personnes âgées, cette situation peut renforcer le sentiment d'inutilité et accroître la propension à des pathologies de dépendance.

«Age et dépendance» à la Conférence des délégués cantonaux aux problèmes de toxicomanies

La Conférence des délégués cantonaux aux problèmes de toxicomanies (CDCT) a consacré sa Journée du 7 juin 2007, organisée à Lucerne, à la question «Age et dépendance». Les articles précédents sont tirés des exposés présentés lors de cette manifestation. La Journée s'est clôturée sur les constations suivantes: le problème est toujours sous-estimé, le niveau de connaissances encore faible, et les mesures efficaces se font toujours attendre.

La CDCT regroupe 23 cantons. Outre l'échange d'informations, la CDCT s'occupe de l'actualité politique en matière de dépendance et, le cas échéant, élabore des prises de position et émet des recommandations. Sa mission est de mener une politique nationale harmonisée en matière de toxicomanie, en tenant compte des particularismes cantonaux. Elle se réunit quatre fois par an et organise un séminaire sur un thème actuel de politique en matière de drogue.

On ne trouve que ce qu'on cherche

VIH et âge avancé. L'épidémie liée au VIH est appelée à concerner de plus en plus la population âgée en Suisse. D'une part, parce que les nouveaux cas découverts dans cette population sont loin d'être rares et, d'autre part, parce que l'espérance de vie des patients VIH a fortement augmenté.

En 2006, les données de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) montrent que parmi les nouveaux cas diagnostiqués, 5,9% des cas de transmission hétérosexuelle et 2,8% des cas de transmission par voie homosexuelle sont âgés de plus de 60 ans. Ce qui est particulièrement préoccupant, c'est que si l'on considère les nouveaux cas de sida, les patients âgés sont surreprésentés. Dans cette population, le diagnostic est souvent tardif, si bien que le risque d'infections opportunistes, voire de mortalité, s'en trouve augmenté. Si l'on considère l'ensemble de la population séropositive en Suisse, celle-ci vieillit clairement, avec environ 20% de patients âgés de plus de 50 ans en 2006. Les thérapies anti-rétrovirales ont en effet permis d'avoir un impact majeur sur la survie des patients VIH-positifs. Aux Etats-Unis, on estime que 50% des séropositifs auront plus de 50 ans en 2015.

Diagnostic du VIH/sida dans la population âgée

Pourquoi le diagnostic de séropositivité VIH est-il posé tardivement chez les personnes âgées? Premièrement, le dépistage volontaire chez un patient asymptomatique est moins souvent proposé par le médecin. Deuxièmement, même



en cas de symptômes (primo-infection ou sida avancé), le VIH/SIDA n'entre pas dans le diagnostic différentiel. L'image associée au patient VIH demeure encore celle d'un patient jeune, préférentiellement homosexuel ou toxicomane, et on n'y pense pas chez le patient hétérosexuel de plus de 50 ans. Trop souvent, le patient âgé est investigué extensivement, et parfois invasivement, à la recherche d'une pathologie, et le test de dépistage VIH n'est finalement effectué qu'après la mise en évidence d'une infection opportuniste. Or le vieil adage «on ne trouve que ce qu'on cherche» est spécialement valable en maladies infectieuses.

Ainsi, il est essentiel de se souvenir que les patients âgés ont une sexualité, et que celle-ci est souvent plus complexe que ce que l'on peut supposer de prime abord. Un mariage n'exclut ni une relation homosexuelle concomitante, ni des rapports avec des prostituées. De plus, les patients âgés voyagent de plus en plus vers des destinations exotiques, voyages parfois accompagnés de nouvelles rencontres plus ou moins teintées de prostitution, au sein de populations bien plus sévèrement touchées par le VIH que la population suisse. Ceci concerne tant les hommes que les femmes, il faut le rappeler! Les campagnes de prévention des années 1980-1990 ont massivement ciblé les jeunes qui débutent leur sexualité, mais les personnes plus âgées n'ont souvent pas bénéficié de cours de rattrapage et ne sont que peu informées sur les infections sexuellement transmissibles et les moyens de les prévenir. Par ailleurs, après la ménopause, l'utilisation du préservatif à but de contraception ne s'impose plus, ce qui augmente encore les risques de contamination chez une population peu sensibilisée.

Prise en charge des patients séropositifs âgés

Le fait que le diagnostic VIH soit posé tardivement chez les patients âgés n'est pas sans conséquences. Le risque de maladies opportunistes est augmenté. Certaines peuvent menacer le pronostic vital, et sont d'autant plus dangereuses qu'elles ne sont pas reconnues à temps. Par ailleurs, l'âge en lui-même a probablement un impact négatif sur le cours de la maladie VIH. Le vieillissement du système immunitaire lié à l'âge semble

s'accompagner d'une progression plus rapide de l'infection VIH, et d'une réponse moins bonne au traitement.

De plus, avec l'âge d'autres comorbidités s'ajoutent au VIH et compliquent la prise en charge. D'une part, les médicaments nécessaires au traitement de ces autres affections présentent souvent un risque d'interactions médicamenteuses avec la trithérapie.

D'autre part, les trithérapies au long cours s'accompagnent d'effets secondaires. Le VIH s'accompagne également d'une augmentation du risque de nombreux cancers. Ainsi, l'infectiologue est de plus en plus appelé à collaborer avec les diabétologues, les cardiologues, les néphrologues, et les oncologues.

La démence, un phénomène concomitant fréquent

La prévalence de démence est augmentée chez les patients VIH-positifs, indépendamment de l'âge. Avant l'introduction des trithérapies, on estimait que 30% des patients VIH-positifs présentaient soit une démence associée au VIH, soit au moins des troubles cognitifs/moteurs mineurs. Ce taux est augmenté chez les patients âgés, même lorsqu'ils sont traités par trithérapie.

Avec le vieillissement de la population VIH-positive, ainsi que les atteintes cognitives liées au VIH, on voit de plus en plus de patients séjournant en EMS. Malheureusement, l'acceptation de ces patients ne va pas encore de soi. Il est important et nécessaire de reprendre régulièrement certains points fondamentaux dans la prise en charge des patients VIH avec le personnel soignant, afin de lutter notamment contre de vieilles peurs persistantes face à ces patients. Les patients ont droit à la confidentialité, et il s'agit d'être attentif à ne pas discuter d'un diagnostic VIH dans un couloir ou une pièce avec une porte ouverte.

En conclusion, l'infection VIH peut survenir à tout âge, et un test de dépistage doit être proposé au moindre signe d'appel. Proposer le test, c'est aussi l'occasion d'aborder une discussion sur la sexualité et la prévention des infections sexuellement transmissibles. Les personnes âgées ont souvent beaucoup de questions sur cette maladie qu'ils ne connaissent pas, ou mal. N'oublions pas qu'elles peuvent aussi être des personnes-clés dans la prévention auprès des jeunes, leurs petits-enfants. C'est en banalisant le sujet du VIH qu'on lutte au mieux contre sa propagation, et non en perpétuant les secrets et les tabous.

Ce texte est un résumé d'un article de Yolanda Mueller et Matthias Cavassini, du Service des Maladies Infectieuses au CHUV, Lausanne.

En première ligne

Le nombre des plus de 64 ans va fortement progresser ces prochaines années, alors que celui des jeunes diminuera. L'évolution de la pyramide des âges est due aux changements enregistrés par la natalité et à l'augmentation de l'espérance de vie. Cette évolution démographique pose un défi à la société et à la politique, notamment à la politique de santé.

Une politique sanitaire multisectorielle efficace promeut des mesures dans divers secteurs politiques et conduit à une meilleure santé et qualité de vie au sein de l'ensemble de la population. La politique de santé multisectorielle est guidée par le principe de l'égalité des chances, de la capacité des individus et de la collaboration partenariale de tous les acteurs impliqués dans la politique de santé multisectorielle.

Faisant suite au postulat Leutenegger Oberholzer de 2003, l'Office fédéral des assurances sociales a concrétisé la motion parlementaire et publié à cet effet en 2006 un rapport sur la «Stratégie en matière de politique de la vieillesse en Suisse» qui adopte une approche multisectorielle. Cinq possibilités d'action y sont consignées dans lesquelles les pouvoirs publics pourraient influencer le processus individuel de vieillissement et la situation de vie des personnes âgées: la santé et les soins, le logement et la mobilité, le travail et la transition vers la retraite, la situation économique et enfin, l'engagement et la participation sociale.

S'appuyant sur ce postulat, la Conseillère nationale Bea Heim a présenté une motion en 2005: «Troisième âge. Renforcer la prévention pour une meilleure autonomie». Dans sa prise de position, le Conseil fédéral a chargé le DFI (Office fédéral de la santé publique) d'initier cette stratégie nationale, dans le cadre des ressources existantes et en collaboration avec les cantons, et d'en assumer la coordination.

Des études conduites en Europe et aux Etats-Unis sur des personnes jusqu'à un âge avancé le confirment: la promotion de la santé et la prévention dans la vieillesse peuvent accroître le nombre des années de vie autonomes. Handicap et dépendance peuvent ainsi être retardés, ou leurs conséquences négatives peuvent être maîtrisées et, ainsi, contribuer à la baisse des coûts.



Ursula Ulrich-Vögtlin
Responsable Unité de direction Politique de la santé a. i.
Responsable Division Politique de santé multisectorielle
Office fédéral de la santé publique

Impressum

spectra no. 66, Décembre 2007–Janvier 2008
«spectra – Prévention et promotion de la santé» est un bulletin d'information de l'Office fédéral de la santé publique qui paraît six fois par an en français, en allemand et en anglais. Il publie également des opinions qui ne coïncident pas avec la position officielle de l'office.

Editeur: Office fédéral de la santé publique
3003 Berne, Tél. 031 323 54 59,
Fax 031 324 90 33, www.bag.admin.ch
Réalisation: Pressebüro Christoph Hoigné,
Allmendstr. 24, 3014 Berne
hoigne@datacomm.ch
Responsable de la commission de rédaction:
Adrian Kammer,
adrian.kammer@bag.admin.ch
Textes: Collaborateurs de l'OFSP,
Christoph Hoigné et d'autres auteurs
Traduction: Marie-Françoise Dörig-Moiroud
Photos: BAG, Christoph Hoigné
Graphisme: Lebrecht typ-o-grafik,
3006 Berne
Impression: Bütiger AG, 4562 Biberist
Tirage: 7000 ex. allemands,
4000 ex. français, 1500 ex. anglais

Il est possible de commander des numéros séparés et des abonnements gratuits à:
Office fédéral de la santé publique,
Section Campagnes, 3003 Berne
Tél. 031 323 87 79, Fax 031 324 90 33
kampagnen@bag.admin.ch

Le prochain numéro paraîtra en Février 2008

«Nous voyons des situations catastrophiques s'améliorer rapidement»

5 questions à Philip Nielsen, Psychologue psychothérapeute FSP à Genève. Nielsen est responsable local pour l'étude internationale INCANT (INternational CAnnabis Need of Treatment) et superviseur de la méthode MDFT (Thérapie Familiale Multi Dimensionnelle).

Qu'est-ce que INCANT et quel est le but de cette étude?

INCANT est un projet scientifique qui tente de trouver de nouvelles réponses à l'augmentation inquiétante du nombre de consommateurs problématiques de cannabis et des problèmes y associés chez les jeunes en Europe. En clair, l'étude principale de la recherche INCANT cherche à tester l'efficacité de la Thérapie Familiale Multi Dimensionnelle dans un setting randomisé. La MDFT jouit d'une réputation internationale d'envergure, soutenu par 25 ans de recherche scientifique et pas moins de 5 études randomisées. Elle est actuellement connue comme l'une des approches les plus efficaces dans le champ des addictions durant l'adolescence dans le contexte nord-américain. (cf. Spectra 62).

Comment un traitement développé à Miami est-il venu en Suisse?

Un groupe d'experts scientifiques indépendant du projet INCANT s'est réuni à la demande des cinq ministères des Pays-Bas, de la Belgique, de l'Allemagne, de la France et de la Suisse, sous la direction de l'Université Erasmus à Rotterdam afin de sélectionner l'approche

thérapeutique la plus prometteuse. La MDFT a été retenue et les équipes des cinq pays participants sont parties se former auprès de l'Université de Miami où travaille l'équipe de conception de la méthode, sous la direction du Prof. Howard Liddle. Cela fait une année maintenant que notre équipe est revenue de Miami. La certification de thérapeute et/ou superviseur MDFT a eu lieu en mars 2007, suite à un examen écrit et l'analyse par les experts de l'Université de Miami de plusieurs enregistrements de séances thérapeutiques.

Quelle est la spécificité de l'approche MDFT?

Le postulat de base de cette approche est que la consommation problématique de cannabis et d'autres drogues à l'adolescence est un «déraillement» du processus normal de développement. Les origines de ce déraillement sont multifactorielles et celui-ci requiert par voie de conséquence une réponse multidimensionnelle et simultanée. Les quatre cibles d'intervention sont le jeune, le tandem parental, la dynamique familiale et l'entourage extra familial tel que l'école, la justice, les amis et les fréquentations du jeune. L'idée centrale de l'approche est d'opérer un maximum de changements correcteurs dans ces domaines en l'espace de 4 à 6 mois. L'intensité du traitement est donc très importante.

Cette méthode est très exigeante pour le thérapeute et le superviseur – qui fait partie intégrante de l'équipe thérapeutique. Chaque séance est préparée à l'avance en termes de buts à atteindre et de processus thérapeutiques à utiliser.

La planification de chaque étape est centrale et la maîtrise des techniques thérapeutiques déterminante. Toutes les séances sont enregistrées avec caméra (pour analyse avec le superviseur par exemple) et les plus importantes bénéficient de supervision live via caméra.

Les jeunes et leur famille jouent volontiers le jeu de ce rythme intense. L'engagement des thérapeutes a un effet mobilisateur sur toute la famille et les premiers cas ont abouti sur des changements aussi surprenants que réjouissants.

Combien de client(e)s participent à l'étude et d'où viennent-ils?

A ce jour 18 jeunes ont été randomisés (10 MDFT et 8 dans le groupe contrôle de traitement usuel; 16 garçons, 2 filles). La moyenne d'âge est de 16.6 ans. Tous ont un diagnostic de dépendance au cannabis avec, dans certaines situations, une consommation problématique d'autres substances psychoactives. La grande majorité provient de la justice des mineurs et a donc commis des actes délictueux. Le traitement est souvent imposé par la justice. Cela fait que la motivation au traitement est minime chez le jeune. Par contre il y a une excellente motivation chez les parents. Ceux-ci se trouvent dans un état de fatigue, d'impuissance et de désespoir depuis plusieurs années, ne sachant pas comment faire face à leur enfant qui empire dans son comportement. Ceci entraîne une nette tendance chez les parents à souhaiter être randomisé MDFT de façon à pouvoir activement participer à la thérapie de leur enfant. En comparaison

aux jeunes randomisés dans les autres pays, nous nous occupons à Genève de situations «lourdes»: jeunes à problèmes sévères et multiples.

Quelles sont les premières impressions?

Ce sont évidemment les résultats locaux et internationaux qui auront le dernier mot. Ils sont attendus pour fin 2009. Cela étant, je me suis laissé convaincre par cette méthode. Nous jouissons d'un taux de rétention de 100% de jeunes et leur famille pour le moment! C'est excellent. Par ailleurs, nous voyons des situations catastrophiques se transformer rapidement vers le mieux. Pas plus tard que hier soir, nous avons pu éviter le placement à long terme d'un jeune que l'on voulait envoyer en milieu carcéral pour une durée d'une année. Ceci, grâce à son évolution impressionnante.

Autre fait nouveau: l'importance du superviseur et sa place intégrée dans l'équipe thérapeutique. C'est une conception inhabituelle en Suisse, mais très courante dans d'autres pays. Or, cette fonction s'avère primordiale dans le travail avec les situations sévères.

L'impression générale qui se dégage après une année de pratique est que nous sommes (enfin) en possession d'un outil thérapeutique ambulatoire calibré à la hauteur de la sévérité et de la complexité des situations de détresse de certains jeunes et de leur famille.

www.incant.eu

Forum

La révolution silencieuse de l'âge mûr, crise ou nouveau départ à 40 ans?

Il y a encore trente ans, l'âge mûr (entre 40 et 65 ans) était une étape de la vie à laquelle les scientifiques accordaient peu d'importance et qui, d'une manière générale, était fort mal définie. Avec une espérance de vie se situant autour de 48 ans il y a un siècle, la différence «jeune-vieux» a largement suffi pendant longtemps. Mais l'allongement de cette espérance de vie ainsi que le vieillissement progressif de la génération du baby-boom, années de forte natalité de l'après-guerre, ont requis une nouvelle différenciation des années de vie gagnées.

L'âge mûr est alors devenu une phase de vie indépendante, accompagnée de définitions de vie, de formes d'expressions culturelles, de tâches de développement et de possibilités de traitement très spécifiques.

La nécessité de définir cette phase de la vie se reflète dans l'appréhension paradoxale de son quotidien. En effet, la maturité est considérée, d'une part, comme un niveau de développement

serein et sans grande perturbation, et est associée, d'autre part, à des événements dramatiques comme le commencement d'une seconde carrière, l'épuisement au travail, des conflits sans fin avec des enfants pubertaires et des parents vieillissants, un ennui immense dans la profession comme dans la relation de couple.

La considération plutôt marginale de l'âge mûr par les sciences sociales est toutefois une contradiction flagrante eu égard aux changements démographiques qui se feront sentir dans un avenir très proche (importance croissante des groupes d'âges les plus élevés) et aux transferts enregistrés dans les contextes de vie suite à l'allongement de l'espérance de vie (les générations vivent plus longtemps ensemble, importance accrue de la phase post-parentale et post-professionnelle, risque accru d'une position intergénérationnelle en «sandwich» de la génération du milieu). La tendance est à une plus forte connexion de l'âge mûr et de la vieillesse qui prendront une importance considérable à l'avenir pour les raisons suivantes:

– Ces «situations sandwich» intergénérationnelles font naître de nouvelles combinaisons de rôles – notamment pour les femmes qui assument à la fois le rôle de mère pour des enfants grandissant et celui d'accompagnatrices, voire de soignantes, pour des parents ou des beaux-parents handicapés. De plus, étant donné que ces «enfants» sont déjà âgés lorsque leurs parents décèdent, on parle souvent de la «génération déshéritée» puisqu'un héritage potentiel peut arriver à un moment où cette classe d'âge a, la plupart du temps, trouvé depuis longtemps ses racines professionnelles, familiales et sociales.

– Selon des études longitudinales, l'âge mûr est décisif pour la maîtrise des années de vie ultérieures. L'observation psychologique du développement de stratégies d'action et de maîtrise confirme que le bien-être et le comportement pendant la vieillesse sont fortement marqués par le contexte et les perspectives de vie dans les années de l'âge mûr. Ainsi, des travaux de recherche ont révélé que le comportement en matière de santé adopté pendant l'âge mûr annonce, avec une probabi-

lité considérable, la situation physique et psychique de la personne âgée. La consommation de médicaments, et en particulier la prise de tranquillisants, ou le fait de fumer dans les années de la maturité auront un impact négatif sur l'état de santé physique mais aussi psychique de la personne âgée.

De fait, l'âge mûr est une phase de la vie particulière, avec des tâches et des défis psychosociaux très spécifiques. On pourrait presque parler, pour cette phase de transition, de «boîte noire» dont la signification psychosociale reste encore à décrypter.

Pasqualina Perrig-Chiello



Bibliographie: Pasqualina Perrig-Chiello: In der Lebensmitte – Die Entdeckung des mittleren Lebensalters. NZZ, Libro, Zürich 2007 (en allemand)

«La norme est de ne pas fumer»: une vision d'avenir qui a besoin de perspectives à long terme et de poids politique

Évaluation du Programme national. D'après l'évaluation qui en a été faite, le Programme national de prévention du tabagisme (PNPT) 2001–2005/08 a porté ses fruits et a notablement contribué à ce que «ne pas fumer» devienne la norme sociale. L'analyse recommande de poursuivre à long terme le programme de prévention du tabagisme en lui accordant une grande marge de manœuvre. Il faudra également aborder la question de la publicité et prévoir de ratifier la Convention anti-tabac de l'OMS. Enfin, le nouveau programme aura besoin d'une direction forte et d'un large soutien.

Le Programme national de prévention du tabagisme (PNPT) 2001–2005/08 est le deuxième programme global de prévention du tabagisme de la Confédération. Lancé par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), sa vision est la suivante: «La société considère que la norme est de ne pas fumer». Pour atteindre cet objectif ambitieux, le PNPT a misé sur une stratégie complexe s'appuyant sur trois axes principaux et comportant douze objectifs spécifiques.

Mandat d'évaluation

L'Agence pour le développement et l'évaluation des politiques de santé (ADSAN), Genève, a soumis le PNPT à une évaluation entre octobre 2005 et décembre 2006, et a présenté ses résultats dans un rapport au mois de février 2007.

Conduite dans une perspective récapitulative et prospective, l'évaluation a examiné à la loupe le déroulement et les effets déployés jusqu'ici par le programme. Elle s'est également penchée sur l'atteinte des objectifs dans les différents domaines d'action du programme. Enfin, elle a dressé un bilan des effets de l'ensemble du programme jusqu'à fin 2006. L'évaluation avait aussi pour but de tirer des enseignements du déroulement et des résultats du PNPT ainsi que de formuler des propositions pour le programme suivant.

Bilan global positif après six ans de PNPT

L'évaluation parvient à un résultat globalement positif: la consommation de tabac et la proportion de fumeurs sont en net recul (de 33 à 29% entre 2001 et 2006). S'il n'est pas possible d'attribuer ce recul exclusivement au PNPT, le programme n'en est pas moins un succès. En effet, cette diminution de la consommation et de la proportion de fumeurs s'accompagne de changements indiscutables des mentalités et des comportements que l'on peut observer et démontrer. Le PNPT a donc bien fonctionné en tant que programme. Par ailleurs, il revêt une valeur hautement symbolique dans la mesure où il incarne la volonté politique de la Confédération et peut être mis en œuvre aussi bien par des ONG que par les cantons. Enfin, le PNPT peut se féliciter d'avoir remporté deux beaux succès: il a modifié la mentalité de la population envers le tabagisme passif et a contribué de manière décisive

à la «dénormalisation» de la consommation du tabac.

Conclusions et recommandations

L'ADSAN pose la question de savoir si le programme qui succèdera au PNPT (le Programme national Tabac 2008-2012 PNT) doit aller dans le même sens que le PNPT. Les évaluateurs répondent ainsi à cette question:

- Il faut que le nouveau programme poursuive le développement et approfondisse les priorités de la prévention du tabagisme commencée avec succès avec le PNPT.
- Il est nécessaire d'impliquer davantage de partenaires externes à l'OFSP dans le modèle de pilotage et de mise en œuvre du nouveau programme afin de renforcer le soutien et la légitimation politique du programme.

Appréciation de l'évaluation par l'OFSP

L'OFSP juge les résultats de l'évaluation globalement plausibles, tant en ce qui concerne l'appréciation globale positive du programme que pour les faiblesses identifiées dans certains secteurs cibles et dans la gestion du PNPT.

L'OFSP adhère largement à la recommandation selon laquelle il faut poursuivre régulièrement et à long terme le programme de prévention du tabagisme, lui octroyer une grande marge de manœuvre, aborder la question de la publicité et prévoir la ratification de la Convention anti-tabac de l'OMS. De même pour la recommandation selon la-

quelle l'OFSP aura besoin d'une gestion nationale renforcée pour la mise en œuvre du Programme national tabac 2008–2012 (PNT). L'OFSP reconnaît son rôle dans la coordination et le soutien apporté à la mise en œuvre, mais relève qu'un programme national doit être un programme commun porté par tous les acteurs impliqués et ne doit pas devenir un programme de l'OFSP. Plus loin, l'évaluation recommande à l'OFSP d'appuyer le pilotage et la mise en œuvre du futur PNT plus largement que c'était le cas jusqu'ici et d'impliquer plus fortement les partenaires. L'OFSP partage cet avis et est en train de mettre sur pied un modèle de pilotage du PNT. De même, l'OFSP approuve l'idée selon laquelle il doit garantir la gestion des connaissances et la coordination nationale dans la prévention.

Enfin, et conformément aux recommandations de l'évaluation, les mesures de prévention du tabagisme (essentiellement structurelles) qui ont remporté un succès certain seront poursuivies dans le prochain programme, de même que la collaboration et la coordination entre le PNT et le fonds de prévention du tabagisme seront améliorées.

Dans l'ensemble, l'OFSP intégrera de manière appropriée les questions critiques et les recommandations de l'évaluation du PNPT lors de l'élaboration du nouveau programme PNT 2008–2012.

Contact: Christina Eggenberger,
Section Alcool et Tabac,
christina.eggenberger@bag.admin.ch

La campagne de prévention du tabagisme continuera

Évaluation de la campagne de prévention du tabagisme.

La campagne «BRAVO – La fumée en moins, la vie en plus», lancée en 2006, fait partie du programme national pour la prévention du tabagisme de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Après une phase de sensibilisation/information («Fumer, ça fait du mal...») et une phase de mobilisation («De l'air!»), la campagne BRAVO a été conçue autour de messages positifs visant à ancrer les acquis de la prévention du tabagisme et à honorer leurs auteurs, en illustrant des cas concrets et authentiques de création d'espaces sans fumée.

La société Evaluanda SA de Genève a évalué la campagne BRAVO d'octobre 2006 à avril 2007. L'évaluation a porté d'une part sur la cohérence et sur la pertinence de cette réorientation de la stratégie de communication à partir de 2006 et, d'autre part, sur l'efficacité de la campagne BRAVO 2006.

En résumé, les résultats sont les suivants: avec le lancement de BRAVO, l'OFSP a fait le bon choix, au bon mo-

ment, bien que l'impact de cette nouvelle campagne sur la population se soit révélé plus modeste que celui de la campagne «De l'air!». Pour évaluer l'efficacité de la campagne BRAVO, 463 personnes des trois régions linguistiques de la Suisse ont été interrogées. L'enquête comprenait une série de questions sur le style de vie et sur le système de valeurs de ces personnes. Les principaux résultats de l'évaluation de l'efficacité de la campagne sont les suivants:

Le tabagisme reste le sujet numéro 1

Bien que la diffusion des dernières images de la campagne BRAVO datait de presque trois mois au moment de l'enquête, 46% des personnes interrogées ont mentionné spontanément le tabagisme lorsqu'on leur a demandé de citer les campagnes de prévention qu'elles connaissaient. L'OFSP considère comme très positif que près de la moitié des participants au sondage (48%) ont fait le lien entre la campagne et l'OFSP ou la Confédération.

Un message équivoque

Le sondage montre que la majorité des

personnes interrogées ont perçu la campagne de manière globale (renoncement à la cigarette, meilleure qualité de vie sans tabac, méfaits du tabagisme, etc.). Le message initial de la campagne BRAVO qui portait sur l'utilité de locaux non-fumeurs n'a, lui, été compris que par 25% des personnes interrogées. A l'avenir, les textes explicatifs seront désormais plus concis afin de mieux faire ressortir le message principal.

Respectueuse et crédible, mais trop «gentille»

82% des personnes interrogées estiment que la campagne est honnête, objective et qu'elle reflète bien leur réalité. Dans ce sens, la campagne a bien rempli ses objectifs principaux, à savoir: aborder la prévention du tabagisme sous un angle positif et ancrer dans les esprits que «la norme est de ne pas fumer». Toutefois, 47% des personnes interrogées jugent que la campagne manque de mordant et ne fait pas suffisamment ressortir les dangers liés à la consommation du tabac. Mais 31% seulement pensent que le message positif transmis par la campagne constitue une banalisation de la consommation du tabac.

Mobilisation

43% des personnes interrogées ont déclaré que la campagne les avait motivées à s'engager en faveur de locaux non-fumeurs. De l'avis de l'OFSP, il s'agit ici d'un résultat étonnamment bon étant donné que la mobilisation n'était qu'un objectif secondaire de cette campagne.

Et maintenant?

Sur la base des premiers résultats de l'évaluation, en février 2007, il a été décidé de poursuivre la campagne en 2008, pour autant que le Fonds de prévention du tabagisme en accepte le financement. La nouvelle campagne prévoit à la fois un message plus simple et des éléments plus provocateurs. A partir de 2009, la stratégie de communication sera repensée dans le cadre du nouveau programme pour la prévention du tabagisme. Un appel d'offres sera alors fait pour la nouvelle campagne.

Contact: Ursula Reinhard,
Section Campagnes,
ursula.reinhard@bag.admin.ch

www.bravo.ch
www.health-evaluation.admin.ch

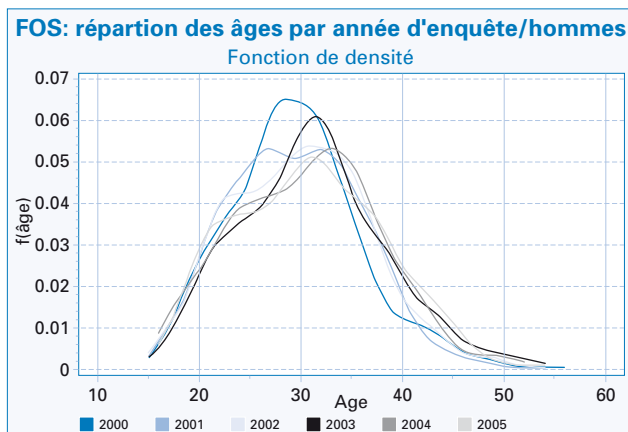
Evolution de l'âge dans la prise en charge des dépendances

Statistique de l'aide aux personnes dépendantes. Les client-e-s qui viennent aux centres de prise en charge pour des problèmes de cannabis sont, en moyenne, plus jeunes que ceux qui suivent des traitements avec prescription d'héroïne ou de méthadone. Les personnes admises en traitement résidentiel de l'alcoolodépendance représentent la proportion la plus âgée dans le secteur de la prise en charge et du traitement des dépendances.

Les résultats d'une étude d'act-info (addiction, care, and therapy information) portant sur les années 2000 à 2006 le montrent clairement: l'âge moyen de la clientèle diffère selon la substance. De plus, l'étude révèle des évolutions de la répartition de l'âge différentes en fonction des substances: La clientèle «cannabis» reste jeunes, l'âge de la clientèle «alcool» reste le même, alors que celui de la clientèle de la thérapie résidentielle des drogues illégales ainsi que celle du traitement avec prescription de méthadone augmente.

Cannabis et alcool: pas de vieillissement

Exception faite de légers écarts enregistrés au cours de toute la période d'observation, l'âge moyen de la clientèle «cannabis» est de 17 ans, à quasi égalité pour les deux sexes. En revanche, les différences entre hommes et femmes sont sensibles au niveau du nombre des clients qui consultent: celui des hommes est environ quatre fois plus élevé que celui des femmes. Dans l'ensemble, on n'observe pas, au cours des ans, de



vieillesse de cette clientèle ni chez les hommes, ni chez les femmes. En d'autres termes: il y a toujours autant de nouveaux jeunes clients qui s'adressent aux services ambulatoires. La même tendance peut être observée, à un niveau d'âge beaucoup plus avancé, dans le domaine du traitement résidentiel de l'alcoolodépendance. Là aussi, l'âge des hommes et des femmes est resté stable, en moyenne chaque année à 45 ans.

Qu'est-ce qu'act-info?

act-info (addiction, care and therapy information) est un système national de monitoring harmonisé destiné aux usagers de l'aide professionnelle en matière de dépendance. Ce système de documentation concerne l'offre de prise en charge ambulatoire et résidentielle des problèmes liés aux substances légales et illégales ainsi que des troubles assimilables à une addiction. act-info est le résultat du processus d'harmonisation

des statistiques de traitement sectorielles. Les instituts de recherche impliqués dans ce projet (ISPA Lausanne, ISGF Zurich, ISPM Berne) sont responsables de la récolte des données et des analyses spécifiques aux différents secteurs de traitement. act-info est financé et coordonné par l'Office fédéral de la santé publique qui est également responsable du projet act-info dans sa globalité.

Moins de jeunes pour les drogues dures

Le graphique montre la répartition de l'âge des hommes lors de leur admission dans un centre de traitement résidentiel pour toxicomanes orienté vers l'abstinence. La proportion d'hommes particulièrement jeunes ou particulièrement âgés était

faible. D'une manière générale, il apparaît que la clientèle vieillit d'année en année. Il ne s'agit toutefois pas du même groupe de personnes, mais majoritairement de nouveaux clients plus âgés. Parallèlement, il n'y a pas de gros afflux de jeunes dans ce secteur. La répartition des âges chez les femmes était similaire, à une exception près: chaque année a vu l'arrivée d'un petit nombre de jeunes femmes (20 à 22 ans) dans la thérapie résidentielle, ce qui suggère que les jeu-

nes femmes représentent un groupe à risque particulier quant à l'entrée en consommation problématique de drogue illégale.

L'étude a également permis d'observer un «vieillesse» des patients suivant une thérapie avec prescription de méthadone. Depuis l'an 2000, l'âge moyen a progressé de presque un an chaque année. En 2000, la grande majorité des client-e-s étaient âgé-e-s d'environ 30 ans, alors qu'en 2006 ils étaient âgés de 35 ans. On peut supposer que la plupart des personnes sous thérapie à la méthadone sont restées les mêmes au cours des ans.

Nécessité d'une offre thérapeutique différenciée

Compte tenu des profils d'âge variant en fonction de la principale substance posant problème des évolutions différentes de la structure des âges selon le secteur l'existence d'offres différenciées dans le domaine de l'aide aux personnes dépendantes semble non seulement justifiée mais indispensable. En effet, on peut supposer que la diversité des offres de traitement répond de manière optimale aux exigences spécifiques inhérentes aux différentes étapes de la vie.

Contact: Christopher Eastus, Section Bases scientifiques et juridiques, christopher.eastus@bag.admin.ch

Le présent article est un résumé d'une étude d'act-info qui n'existe actuellement qu'en allemand sous www.act-info.ch

«C'est facile»: manger, bouger et apprendre

Alimentation et activité physique dans le quotidien scolaire. Le manuel «Kinderleicht. Ess- und Bewegungsprojekte» et le CD qui l'accompagne montrent comment intégrer facilement les questions d'alimentation et d'activité physique dans le groupe de jeux, au jardin d'enfants ou au cours de natation. Il s'adresse aux enseignants et personnes accompagnatrices d'enfants âgés de 3 à 12 ans.

Construire des pyramides alimentaires, organiser des parcours d'activité physique et un marché du goûter ou introduire des tables pour les mamans afin d'instaurer un échange interculturel: voici quelques-unes des idées présentées dans le livre et destinées à favoriser l'initiative personnelle dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique. Le manuel contient non seulement de nombreuses incitations, des exemples de leçons et de projets, mais fournit également un grand nombre d'outils pour planifier et réaliser des projets. «Kinderleicht» est un manuel pratique



pour tous les adultes qui vivent, jouent et apprennent avec des enfants, en particulier au jardin d'enfants, à l'école pri-

maire, dans les crèches et les groupes de jeux et de formation.

Promouvoir la culture sanitaire

Le livre dépasse largement les simples questions d'alimentation saine ou de surpoids. «Kinderleicht» aborde la nutrition et l'activité physique non seulement dans une optique de santé physique, mais aussi comme des moments quotidiens qui offrent la chance de promouvoir les compétences sanitaires et sociales des enfants. Pour y parvenir, les enfants doivent prendre leurs propres responsabilités et apporter leurs idées, par exemple en agencant et en «gérant» eux-mêmes l'offre du coin goûter ou du coin activité physique dans la salle de classe. Outre des incitations à transmettre des connaissances sur un mode ludique et expérimental, le livre contient

de nombreuses idées de projets qui font appel aux parents dans un esprit d'échange interculturel.

«Kinderleicht. Ess- und Bewegungsprojekte»
1^{ère} édition 2007, 64 pages, illustré, broché, avec CD-Rom.
ISBN 978-3-292-00459-8
Prix CHF 20.-
Schulverlag, Güterstrasse 12, 3008 Berne
Auteur: Isabel Zihlmann, avec le soutien professionnel de la Société suisse de nutrition et de l'Office fédéral du sport (OFSP).
Patronat: Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique (CDIP) et Conférence suisse des directrices et des directeurs cantonaux de la santé (CDS).
Editeur: Suisse Balance (L'alimentation en mouvement par l'Office fédéral de la santé publique et par Promotion Santé Suisse), Fédération suisse de gymnastique (FSG) et Schulverlag.

Traitement de substitution – Porte de sortie ou voie sans issue?

Substitution de drogue. Quelle est l'importance des programmes de méthadone ou des traitements avec substitution d'héroïne dans la politique drogues actuelle? Ont-ils pour objectif de guérir ou s'agit-il de traitements palliatifs? Dans quelle mesure la substitution d'opiacées est-elle une thérapie? Telles sont quelques-unes des questions fondamentales abordées par plus de 300 participants à travers les exposés et les 19 ateliers proposés lors de la Conférence nationale sur la substitution (NASUKO 07) qui s'est tenue les 6 et 7 septembre 2007 à Berne.

Dans son exposé, le professeur Jakob Tanner de l'Université de Zurich a présenté l'évolution socio-historique du traitement de substitution qui s'est imposé à grande échelle dans les pays européens à partir des années 90. En Suisse il a été possible de suivre cette nouvelle orientation après que la «guerre contre les drogues», aux relents de prohibition, pratiquée dans un premier temps eut montré ses effets pervers. Une politique plutôt répressive appliquée en matière de drogues céda alors la place à une politique plus pragmatique et plus différenciée, qui intégrait les principes de la réduction des risques. Naissait ainsi la politique des quatre piliers (prévention, réduction des risques, thérapie et répression). L'augmentation des programmes de substitution dans les années 90 eut pour corollaire une médicalisation de la problématique des dépendances. Au paradigme de l'abstinence, succéda une politique qui mettait la priorité sur des conditions de vie meilleures pour les toxicomanes. Le personnage emblématique du «drogué» fut remplacé par l'image de la personne toxicodépendante, basée sur le respect de l'individu.

La substitution, un besoin naturel

Poursuivant son exposé, Tanner a présenté le principe de la substitution au sens large comme un comportement profondément ancré dans l'être humain. La nature humaine peut être considérée comme un réseau complexe et réciproque de «dépendance et acquisition» dans lequel il est impossible de tirer une ligne nette de séparation entre un comportement «normal» et un comportement pathologique. C'est pourquoi il faut considérer la remise de produits de substitution dans le contexte de la politique de drogues comme un traitement qui témoigne du respect à la personne dépendante, tant d'un point de vue moral que médical. Se référant à Albert Memmi, spécialiste français des dépendances, Tanner poursuit: «Rejeter l'usage de produits de substitution sous prétexte que le patient reste dépendant procède d'une image inexacte de l'être humain.»

La dépendance, une maladie chronique

Lors de son intervention, le professeur

Robert G. Newman du Beth Israel Medical Center, New York, illustre le refus et l'incompréhension auxquels les traitements de substitution sont, aujourd'hui encore, durement confrontés, par les propos d'un sénateur américain: «Il faut interdire la méthadone; les cliniques ne sont, pour les personnes dépendantes, qu'un moyen légal de recevoir leur substance.» Cette image réactionnaire de la substitution est conforme à l'attitude qui consiste à classer la toxicomanie comme un comportement humain déviant. S'appuyant alors sur ses 35 ans d'expériences dans ce domaine, Newman présente sa propre définition de la toxicodépendance: «La dépendance – et plus particulièrement la dépendance aux opiacées – est une maladie médicale chronique qui, avec sa tendance à produire des rechutes, est incurable (mais soignable).» En conséquence, le toxicodépendant a le même droit aux soins que d'autres malades chroniques. Newman mentionna également la Société suisse de médecine de l'addiction (SSAM) dont les recommandations médicales, pour les traitements de substitution, reposent largement sur cette définition de la dépendance.

L'exposé du professeur Jacques Besson, chef du Service de psychiatrie communautaire, CHUV, Lausanne, s'appuyait également sur cette définition de la toxicodépendance comme maladie. Il insistait sur l'importance de différencier, en médecine des dépendances, le traitement palliatif (pour soulager) et le traitement curatif (pour guérir). Or, le concept des soins palliatifs en psychiatrie et en médecine des dépendances est encore peu répandu, alors qu'il est déjà bien établi dans la médecine somatique. Il s'agit donc de bien identifier les patients dépendants, tant au niveau somatique que psychiatrique et de différencier les éléments «palliatifs» des éléments «curatifs».

La neurobiologie confirme son efficacité

Dans sa présentation, le Dr méd. Daniele Zullino, chef du Service d'abus de substance, HUG, Genève, expliqua que le débat sur l'opportunité du traitement par substitution d'héroïne se nourrit principalement de deux affirmations à première vue inconciliables. Les partisans sont convaincus qu'il s'agit d'une thérapie, alors que les détracteurs arguent que la prescription d'héroïne ne peut, en raison de l'effet addictif de l'héroïne, déployer des effets thérapeutiques. Et pourtant. La neurobiologie confirme que les traitements de substitution ont clairement démontré une action thérapeutique. Les substances addictives accroissent la libération de la dopamine qui renforce, à son tour, les apprentissages comportementaux. Une conséquence essentielle de cet apprentissage renforcé est une disposition accrue à activer des comportements renforcés et automatisés (p. ex. consommation) en réponse à des stimuli associés à la drogue (p. ex. la vue d'une



Robert G. Newman, New York, plaide pour une reconnaissance de la substitution accordée aux toxicodépendants comme traitement normal d'une maladie chronique.

seringue). Les mêmes mécanismes d'apprentissage sont aussi activés dans le cadre d'un traitement par héroïne. Cependant, dans un contexte thérapeutique, d'autres comportements et d'autres cognitions seront renforcés par l'effet de l'héroïne, c'est-à-dire les cognitions et les comportements alternatifs exercés en thérapie. Les propriétés addictives de l'opiacée deviennent par conséquent un moyen thérapeutique.

Des voix critiques émanant de la pratique sur le terrain

Lors d'une table ronde sur le sujet auquel participaient des professionnels du terrain, Markus Zahnd, président du 'Berner Arbeitskreis' Thérapie résidentielle & Réhabilitation, ainsi qu'Evelyn Flotiront, directrice K&A, SRB, Bâle, ont exprimé leurs réserves à l'égard de la «médicalisation du secteur des dépendances». Si la dépendance est comprise comme maladie chronique et que la substitution est avant tout déclarée comme une thérapie palliative, il faut craindre que des jeunes et très jeunes toxicodépendants soient trop rapidement orientés vers ce type de thérapie. Si elle n'est pas systématiquement orientée vers la sortie de la dépendance, ni accompagnée par une thérapie psychosociale, elle conduit à plus ou moins long terme à une stagnation, voire à une résignation. L'horizon visé devrait dépasser le stade de la pure stabilisation et la possibilité de la sortie de la dépendance devrait davantage être intégrée dans l'attitude de travail. Seule une collaboration systématique de tous les intervenants du secteur des dépendances per-

mettra d'atteindre cet objectif. Comme Zahnd, le Prof. Ruedi Stohler, médecin chef du Secteur des dépendances de l'Hôpital psychiatrique universitaire de Zurich, considère comme indiscutable que la substitution est un traitement central et fructueux pour la stabilisation de personnes toxicodépendantes depuis plusieurs années. Il est tout aussi évident que tous les clients ne parviendront pas à sortir totalement de la drogue et qu'une «abstinence forcée» n'entre pas en question. Mais Stohler considère la substitution comme un traitement de premier choix pour toutes les personnes présentant une consommation problématique d'opiacées et souligne qu'elle accroît, en général, l'efficacité d'autres thérapies (psychothérapies, traitement de troubles comorbides, etc.).

Un large consensus

Dans l'ensemble, la Conférence nationale sur la substitution 2007 n'a pas révélé de point de vue incompatible sur la question de la substitution. Il semble régner un large consensus sur le fait que la question ne peut pas être «traitement de substitution – oui ou non?», mais «comment et dans quelles conditions?». Toutefois, les discussions ont montré, qu'après de nombreuses années, la pratique de la substitution soulève sans cesse de nouvelles questions fondamentales et éthiques.

Contact: René Stamm, Section Drogues, rene.stamm@bag.admin.ch

Conférence nationale sur la substitution NASUKO

Une Conférence nationale sur la substitution a eu lieu cette année pour la deuxième fois après l'édition de 2001. Organisée par l'Office fédéral de la santé publique et infodrog, la conférence avait pour objectif de tirer un bilan actuel du traitement de substitution. La manifestation s'adressait à tous les experts qui travaillent sur la question de la substitution: médecins, travailleurs sociaux,

personnel soignant, psychologues, pharmaciens, policiers, représentants des communes, des cantons et de la Confédération.

D'autres informations et exposés sur la conférence sont disponibles sous: www.nasuko2007.ch

Abus d'alcool chez les aînés: méconnu, occulté, enjolivé

L'ivresse ponctuelle qui touche les jeunes de plus en plus tôt dans la vie attire l'attention du grand public. Mais, dans l'ombre de cette consommation des jeunes, se tapit un autre problème de dépendance, trop souvent oublié: l'abus d'alcool chez les aînés. En Suisse, 73'000 personnes de plus de 65 ans boivent régulièrement trop d'alcool. Compte tenu de l'évolution démographique – à l'avenir les plus de 65 ans vont représenter environ un tiers de la population suisse – ce chiffre est appelé à croître. Banaliser les «deux ou trois petits verres» et les occulter n'est tout simplement plus soutenable, tant du point de vue éthique que dans une optique économique.

Environ 44 % des hommes de 65 à 74 ans boivent quotidiennement de l'alcool. Chez les femmes, la proportion passe à 18%. Environ un cinquième de ces personnes ont une consommation d'alcool problématique, c'est-à-dire qu'elles consomment quatre (pour les hommes) ou deux (pour les femmes) verres standard, ou plus par jour. Pourtant, l'alcoolisme des personnes âgées n'est que très rarement traité.

Sujet tabou pour toutes les personnes concernées

Le problème d'alcool des personnes âgées est largement bagatellisé par leur entourage ou tenu caché par honte – surtout par les proches. Toutefois, l'attitude des médecins devant un éventuel traitement suscite aussi la réflexion; ils considèrent souvent qu'une thérapie ne vaut pas le coup, soit en raison de l'âge du patient ou d'un pronostic qu'ils qualifient de mauvais. Par ailleurs, un abus d'alcool et ses conséquences sont souvent considérés dans un contexte plus général et attribués à d'autres maladies ou à l'âge. Mais il arrive aussi fréquemment que la question ne soit tout simplement pas abordée, notamment par respect pour ces personnes âgées. Ou alors, ce tabou est caché par une attitude bienveillante; les proches, le personnel soignant et les médecins ne veulent pas refuser aux anciens ce petit plaisir quotidien. Par ailleurs, les patients eux-mêmes occultent leur problème – plus souvent que les plus jeunes alcooliques – souvent inconsciemment, car la dépendance est toujours fortement associée aux plus jeunes. Et, enfin, de nombreuses personnes âgées ne peuvent tout simplement pas s'imaginer être elles-mêmes dépendantes.

Facteur déclencheur: une perte

Celui ou celle qui n'a jamais eu de consommation problématique d'alcool dans sa vie antérieure n'est pas à l'abri d'une dépendance qui peut se développer avec l'âge. En effet, bien des événements déclencheurs décisifs sont liés à l'âge, comme la perte du ou de la partenaire, ou du cercle d'amis. Quitter la vie professionnelle est également un passa-



Alcool et vieillesse: les hommes âgés sont particulièrement en danger lorsqu'ils sont seuls

ge critique pour de nombreuses personnes: la structure quotidienne familière n'offre plus de soutien, les contacts sociaux diminuent, la pression à la performance disparaît; la solitude, le manque de perspective, l'ennui ou un retour excessif sur soi planent sur la nouvelle vie. Ces problèmes sont souvent renforcés par des problèmes de santé qui réduisent la mobilité et les activités. Pour le travail de prévention, cela signifie, d'une manière générale, veiller à une bonne qualité de vie, à créer des occasions de se réjouir de la vie et des contextes de vie acceptables, ainsi qu'offrir davantage d'aide en cas de pertes.

Les hommes seuls sont les plus menacés

Les hommes sont beaucoup plus fortement concernés par l'alcoolisme que les femmes. Sans doute en raison des difficultés qu'ils ont à accepter la cessation de leur activité professionnelle et des événements qui faisaient leur succès. De même, les hommes ont davantage de peine que les femmes à reconnaître des problèmes de santé ou de dépendance, à accepter l'aide extérieure ou à abandonner les modes de comportement de leurs jeunes années. D'après les statistiques, les hommes seuls sont plus forte-

ment menacés que les hommes mariés. Chez les hommes mariés, la consommation d'alcool et de tabac diminue régulièrement avec l'avancée en âge. Les veufs, les célibataires ou les divorcés constituent un groupe à haut risque qui, au vu du taux de divorce en augmentation va, lui, même enregistrer une forte croissance.

Beaucoup de douleur pour peu de joie

Sans doute un petit verre d'alcool de temps en temps peut-il contribuer à plus de qualité de vie, précisément chez les personnes âgées – et pas seulement pour la convivialité. Il est prouvé que de petites quantités d'alcool protègent des maladies cardio-vasculaires. Mais ces quelques influences positives s'opposent à de nombreux effets gravement négatifs de la consommation d'alcool non adaptée chez les aînés.

Bien des personnes âgées, et notamment les femmes, sentent que l'alcool ne leur fait plus de bien et renoncent à sa consommation. Par ailleurs, les hommes s'accrochent souvent au comportement de boisson qu'ils avaient étant jeunes. Mais beaucoup ne savent pas que la même quantité d'alcool conduit à une concentration plus élevée dans le sang

et, donc, à des effets plus pervers chez eux que chez les jeunes. Cela est dû à la moindre proportion d'eau dans le corps chez les personnes âgées: pour les hommes, elle passe de 55 à 45% et pour les femmes, de 68 à 50%. De plus, le cerveau d'une personne âgée réagit de manière plus sensible à l'alcool que celui d'une personne plus jeune. Les maladies et d'éventuels médicaments peuvent encore potentialiser cette sensibilité. En résumé, il est possible qu'une consommation d'alcool jadis non problématique devienne tout à coup une dépendance avec l'âge.

De bonnes chances de thérapie

Les offres de conseil, de sevrage et de thérapie adaptées à l'âge sont soit trop peu nombreuses ou encore trop méconnues. Et pourtant, les rares études conduites sur la question estiment qu'elles seraient très prometteuses: une fois en thérapie, les patients alcooliques âgés l'interrompent moins souvent que les jeunes, bien qu'ils aient à combattre des états de manque plus forts et plus durables. Il faut dire que les patients dont la maladie apparaît plus tard (60 ans et plus) sont plus enclins à se faire traiter et ont un pronostic plus favorable. Leur mode de vie et leur personnalité sont généralement plus stables que chez les personnes dont la maladie commence plus tôt dans la vie.

Le manque de prévention et de thérapie de l'alcoolisme chez les aînés peut alourdir considérablement les coûts de la santé, car les personnes âgées alcooliques sont plus exposées au risque d'accident ou de chute, sont autonomes moins longtemps et ont, d'une manière générale, davantage de problèmes physiques et psychiques. De plus, les problèmes d'alcool chez les personnes âgées sont un facteur supplémentaire d'isolement. Protéger la santé des plus de 65 ans est donc nécessaire. En effet, statistiquement, elles ont encore un quart de leur vie devant elles et représenteront, à l'avenir, jusqu'à un tiers de la population. Enfin, il s'agit d'un devoir éthique de la société, de traiter toutes les personnes de la même manière, quel que soit leur âge.

Contact:
Anne Lévy,
cheffe Section Alcool et Tabac,
anne.levy@bag.admin.ch

Que font les cantons pour la prévention du tabagisme?

En ligne, une carte de la Suisse sur la prévention du tabagisme. Depuis peu, une carte de la Suisse sur le site de l'Office fédéral de la santé publique donne un aperçu des législations cantonales existantes dans la prévention du tabagisme. En déplaçant le curseur sur le canton souhaité, il est possible d'obtenir un état de la situation dans les domaines suivants: protection contre le tabagisme passif dans les espaces accessibles au public, interdiction de

vente et restriction de publicité. Les législations cantonales et les règlements d'application peuvent être téléchargés en cliquant sur le canton souhaité. Les textes et projets de lois, les ordonnances ainsi que les rapports explicatifs et les messages sont disponibles au format PDF et régulièrement mis à jour.

www.bag.admin.ch > Thèmes
> Alcool, tabac, drogues > Tabac
> Situation cantonale

