

Usage de cannabis et adolescents: ce que l'on sait et ce que l'on ne sait pas encore...

Pierre-André
Michaud,
Isabelle
Chossis,
Unité multidisciplinaire de
santé des adolescents, CHUV,
Lausanne

Les connaissances actuelles sur le cannabis, son usage et ses effets plaident pour une approche pragmatique des problèmes de consommation chez les jeunes, qui nécessite une meilleure formation des intervenants de premiers recours, un discours plus cohérent de la part des adultes, et qui, plus globalement, soulève aussi la question des perspectives offertes aux adolescents aujourd'hui (réd.)

Les enquêtes réalisées auprès des adolescents, tant en Suisse qu'à l'étranger, donnent une bonne idée de l'évolution de la consommation de substances psychoactives par les adolescents et ne laissent place à aucun doute: depuis deux décennies, la consommation de ces substances et notamment de cannabis a augmenté (1-3), et nous avons démontré, dans un travail à paraître, que l'âge d'entrée dans la consommation a nettement diminué depuis dix ans. D'ailleurs, les autorités sanitaires européennes considèrent qu'il s'agit d'un problème de santé publique important, notamment dans les pays de l'Europe de l'Est (4). En dépit de la prudence qui est de mise dans les comparaisons internationales (5), on peut probablement affirmer que la Suisse connaît l'un des taux de consommation de cannabis les plus élevés d'Europe (2). Par ailleurs, il semble bien que les jeunes qui fument du cannabis soient aussi des consommateurs d'alcool, même si l'usage n'a pas lieu au même moment et pour les mêmes raisons. En d'autres termes, l'i-

dée selon laquelle il existerait des jeunes qui consomment de l'alcool et d'autres du cannabis est probablement fautive (6).

Il est évidemment essentiel de se souvenir que la majorité des consommateurs de cannabis sont des expérimentateurs ou des usagers récréatifs. Il est donc important de distinguer différentes modalités d'usage. Les critères du DSM IV (7) sont difficiles à appliquer dans les enquêtes à large échelle et les études transversales (enquêtes scolaires), qui se contentent habituellement de mettre en évidence diverses formes de consommation en fonction de critères simples (fréquence, quantité) (8). Les renseignements qu'on peut tirer de tels sondages restent relativement limités et permettent avant tout, pour autant qu'ils se répètent, à mesurer l'évolution de la situation d'une décennie à l'autre. Il est donc important de disposer d'études longitudinales, mesurant l'évolution de ces consommations en cours d'adolescence, surtout à une période de la vie durant laquelle les changements d'environnement et de conduite peuvent survenir rapide-

ment. Nous disposons de quelques études de cohorte étrangères qui permettent de se faire une idée de la progression de l'usage de substances dans divers sous-groupes de jeunes. Ainsi, Windle (9) met en évidence quatre groupes de consommateurs, les expérimentateurs, qui se contentent de quelques consommations occasionnelles durant leur adolescence, les gros consommateurs, dont la consommation diminue progressivement en cours d'adolescence, les petits consommateurs qui deviennent de gros consommateurs et enfin les jeunes qui consomment beaucoup de cannabis durant toute leur adolescence. C'est, selon cet auteur, dans ces deux derniers groupes que se recrutent les futurs adultes dépendants de substances. D'autres études longitudinales ont cherché à mettre en évidence les facteurs qui prédisent l'entrée dans des conduites persistantes de dépendance et d'abus (10-14). Les deux facteurs qui émergent comme les plus significatifs sont l'âge auquel a lieu la première consommation de cannabis et surtout l'importance de la comorbidité (15), soit d'une pathologie psy-

chiatricque associée, comme un état anxieux ou un état dépressif par exemple. Mais il est évident que d'autres facteurs, comme l'environnement familial, jouent également un rôle important (16-18). Ce que nous ne savons pas cependant, c'est dans quelle mesure ces études conduites presque toutes en pays anglo-saxons s'appliquent à notre pays. Nous ne savons pas non plus dans quelle mesure elles restent valides dans le temps: en effet, les articles de cohorte qui paraissent actuellement portent sur des individus qui étaient adolescents il y a une dizaine ou une quinzaine d'années, et les modes de consommation et le climat social ayant passablement évolué depuis, il est possible que le déterminisme de la consommation problématique de substances ait lui aussi évolué.

Une autre question qui reste débattue est celle de la théorie dite du gateway (19, 20), selon laquelle les jeunes s'engageraient de façon progressive dans diverses formes de consommation de substances. Cette théorie admet que les adolescents débutent leur trajectoire de consommation avec des drogues légales (nicotine, alcool) et que seul un pourcentage des utilisateurs passe progressivement vers l'usage de drogues illégales, d'abord le cannabis, puis les drogues de synthèse. L'usage de drogues douces serait donc le passage obligé vers les drogues dures, mais seule une minorité de jeunes concernés passeraient au stade suivant. Cette théorie est actuellement remise en question: ainsi, beaucoup de jeunes débutent par l'usage de cannabis puis deviennent des utilisateurs de cigarettes (21), inversant ainsi la porte d'entrée vers des substances illégales (22). Il reste à savoir l'influence qu'auront ces nouveaux patterns d'utilisation de substances sur le devenir à long terme de ces jeunes. Il reste aussi à déterminer comment tenir compte de ces nouvelles tendances dans la mise en place de traitements et de suivis. Par exemple, comment mettre en place des programmes d'arrêt de la consommation de cigarettes pour des jeunes qui fument des joints en mélangeant le cannabis au tabac?

Quels risques pour la santé?

Dans un travail récemment paru (23), nous avons montré à travers une recherche qualitative que bien des adolescents de nos jours ne considèrent plus le cannabis comme une drogue. Ils laissent volontiers entendre que le tabac est nettement plus dangereux, alors que l'usage, même relativement régulier, de cannabis ne comporterait guère de risque. A l'évidence, ce message, parfois relayé par les médias, certains professionnels ou même le monde politique, mérite d'être nuancé. De nombreux travaux ont été récemment consacrés à cette thématique. Ils sont notamment consignés dans un récent ouvrage de synthèse publié par l'INSERM (24). Force est d'admettre qu'à l'heure actuelle, à côté de quelques certitudes, il subsiste certains doutes quant aux effets propres du cannabis sur la santé (25).

- Les effets aigus du cannabis sur la conduite automobile ont été largement démontrés: un tel usage réduit les capacités de réaction et constitue une source potentielle d'accident (26).
- Les effets de l'usage régulier et chronique de cannabis par voie d'inhalation sur la fonction pulmonaire sont aussi démontrés, même si les relations de cause à effet entre fumée de cannabis et maladies chroniques pulmonaires sont moins bien validées que pour la fumée de tabac (27). Le rôle du cannabis sur le système immunitaire et l'éclosion d'autres formes de cancer que le cancer des poumons est plus controversé (28).
- Une question qui reste irrésolue est celle de savoir si l'usage régulier de cannabis entraîne une dépendance physique: il a longtemps été considéré que ce n'était pas le cas, mais plusieurs travaux ont démontré que les utilisateurs intensifs de cannabis présentent, à l'arrêt de la consommation, des problèmes tels que troubles du sommeil et perte d'appétit (29-31) pour une durée de 1 à 3 semaines. Cette problématique mérite d'être prise en compte et certains

praticiens proposent des traitements d'antidépresseurs à certains des jeunes qui souhaitent stopper leur consommation.

- Il n'est pas exclu que l'usage régulier et prolongé de cannabis entraîne de légers déficits neuropsychologiques tardifs, même lorsque l'usage de cannabis a cessé. Plusieurs travaux se sont penchés récemment sur les répercussions neurophysiologiques de l'usage régulier de cannabis (32, 33). Il s'agit là d'une question cruciale: sachant que l'âge de consommation de cannabis a diminué, on peut se demander comment le cerveau de jeunes adolescents, souvent en début de puberté, «innondé» de cannabis, va réagir sur le long terme.
- Dans certains cas, chez des individus fragiles, de haut taux de THC peuvent déclencher des attaques de panique voir des crises de nature psychotique. D'ailleurs, de nombreux travaux se sont penchés sur le rôle de l'usage de cannabis comme déclenchant de psychose chez le jeune adulte (34-36): cette relation a été clairement démontrée, mais la nature purement causale de l'usage de cannabis reste encore discutée actuellement. En d'autres termes, si le cannabis favorise l'éclosion de psychose chez des sujets fragiles, on ne sait pas très bien ce qui se serait passé pour ces individus s'ils n'avaient pas consommé.
- Enfin, il ne fait absolument aucun doute que l'usage de cannabis entraîne sur le moyen terme, surtout chez les individus fragiles, des conséquences psychosociales importantes, comme un conflit familial, des échecs scolaires et professionnels, voire de la marginalisation (10, 37).

Quelles réponses apporter à l'échelon individuel?

Nous disposons depuis quelques années de quelques instruments de dépistage de sujets à risque de mésusage de substances psychoactives. Ces tests brefs, validés, peuvent constituer une aide pour les professionnels

confrontés à des jeunes en situation de risque pour lesquels il faut décider d'une évaluation approfondie de leur fonctionnement et de leur usage de substances. Les deux plus connus sont le CRAFFT et le DEP-ADO (38-40). Cette panoplie peut être complétée par des instruments permettant une investigation détaillée des modalités de l'usage de substances et de la situation du jeune, comme l'ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis (41). Il reste que l'utilisation de tels instruments, de même que l'aménagement de conditions propres à faciliter le contact avec l'adolescent, reste souvent problématique (42). Un gros effort de formation des professionnels de première ligne doit être consenti si l'on veut pouvoir identifier correctement, dans notre pays, les adolescents qui ont besoin d'un appui spécifique. Le risque dans ce domaine est double, celui d'étiqueter à tort un consommateur récréatif comme adolescent «à risque», comme celui de ne pas repérer à temps celui qui est engagé dans un usage problématique, voire un abus ou une dépendance.

Par ailleurs, les modalités d'intervention auprès de jeunes adolescents faisant un usage problématique de cannabis sont loin d'être balisées. Nous possédons quelques évidences, toutes récentes, que des interventions brèves, même uniques, visant à la réduction des risques, chez des adolescents ayant dépassé le stade de l'expérimentation, ont une certaine efficacité, qu'elles soient conduites individuellement (43) ou en groupe (44). De plus, un programme visant à sensibiliser des médecins de premier recours à l'approche et à la prise en compte des usages problématiques de substances peut avoir un certain impact (45). Il reste que la dissémination à plus large échelle de ce type d'intervention n'a pas encore été investiguée. Par ailleurs, on ne sait pas non plus très bien s'il importe de se centrer sur un seul produit ou s'il faut cibler l'ensemble des produits, bien que l'article déjà cité (43) suggère que c'est cette seconde solution qui devrait sans doute être choisie.

Un certain nombre d'usagers de can-

nabis sont engagés dans des consommations très problématiques, qui ont des conséquences sur leur parcours scolaire et professionnel, les mettent hors la loi ou en conflit avec leur milieu. Des travaux, à nouveau anglosaxons, ont testé différents modèles et approches (46, 47) combinant habituellement des entretiens de groupe, sous une forme assez intensive (par exemple, un entretien par semaine pendant douze semaines) et des interventions auprès de la famille, s'inspirant des modèles cognitivo-comportementaux. Il semble actuellement admis que l'inclusion de la famille dans le traitement est une condition essentielle pour le succès de la prise en charge (48). Il reste cependant beaucoup de questions posées: quelle est la place de la psychothérapie individuelle pour des sujets spécialement vulnérables du point de vue psychiatrique? Comment choisir, en fonction des caractéristiques des sujets, le mode d'approche le plus pertinent? Comment utiliser de façon optimale les ressources du réseau de soin et d'appui socio-professionnel? Les expériences faites aux Etats-Unis sont-elles valables en Suisse? Autant d'interrogations auxquelles il importera à l'avenir de tenter de répondre, à travers par exemple des programmes pilotes tels que DEPART (décrit dans ce numéro) ou SUPRA-F (49) ou l'expérience pilote MDFT (Multidimensionale Familientherapie für Jugendliche mit Cannabis-Problemkonsum), soutenue par l'OFSP, et mise en place récemment en Suisse orientale.

Quelle prévention?

Il existe dans ce domaine bien des malentendus. De façon un peu schématique, on pourrait dire que beaucoup d'adultes parlent de prévention des drogues en imaginant qu'il faut viser à l'abstention de l'usage de toute drogue illégale. Par ailleurs, ces mêmes interlocuteurs passent volontiers sous silence le fait que l'usage problématique d'alcool (le «binge drinking») soit un problème tout aussi lancinant que l'usage de substances illégales. En d'autres termes, l'objectif des mesures

de prévention est loin de faire l'unanimité, puisque certains souhaitent lutter contre toute forme d'usage de drogue par les adolescents, alors que d'autres, tenant compte de la prévalence de l'expérimentation à cet âge, proposent une centration des interventions sur le mésusage de substances. On peut grossièrement distinguer trois formes de prévention: la prévention ciblant l'usage, le mésusage ou l'abus de cannabis, des activités de promotion visant à augmenter le bien-être et à «immuniser» dans une certaine mesure les jeunes par rapport à un mésusage et enfin les mesures sur le cadre de vie, notamment législatives. Une quantité de travaux ont été publiés sur la question de la prévention de l'usage/du mésusage de cannabis en milieu scolaire et il est impossible de les énumérer. De récentes méta-analyses, réalisées principalement aux Etats-Unis (50-52), confirment la relative inutilité de mesures ponctuelles comme les conférences aux élèves ou, pire, des interventions centrées sur les dangers des produits et mettent en évidence l'efficacité d'interventions répétées se centrant sur les compétences de vie, et animées soit par des professionnels dûment formés, soit par des jeunes pairs. Les programmes les plus efficaces (53) sont habituellement ceux qui ciblent de façon globale les consommations, qui proposent des abords pédagogiques variés, qui sont sous-tendus par un modèle conceptuel cohérent (par exemple le modèle trans-théorique de préparation au changement) (54, 55), qui prennent en compte le contexte économique et culturel et qui favorisent la mobilisation des ressources personnelles (la résilience). De plus, un facteur décisif semble être la répétition dans le temps de telles actions, certains auteurs n'hésitant pas à parler d'un effet dose-dépendant (52). De ce point de vue, un gros travail de sensibilisation reste à mener auprès des établissements scolaires dont certains peuvent donner l'impression de mettre sur pied des actions coup de poing plutôt pour se donner bonne conscience. Par ailleurs, force est de reconnaître que les évidences que nous

possédons dans ce domaine proviennent avant tout des pays anglo-saxons et qu'il est fort possible que certains des constats dont fait état la littérature ne soient pas directement valides et applicables dans le contexte helvétique.

Un abord très prometteur et plus récent de la prévention de l'usage/du mésusage de substance est celui de la promotion de la santé. L'Organisation mondiale de la santé soutient un programme d'école promotrice de la santé (56), dont l'objectif est d'inciter les directions et le corps enseignants à réfléchir aux moyens d'améliorer le climat d'établissement, les conditions de travail, les échanges maître-élèves, la participation des jeunes voire de leurs parents à la vie de l'établissement. Nous possédons fort heureusement de données solides en provenance d'Australie qui démontrent que cette approche non spécifique en milieu scolaire a un impact à long terme sur les consommations des élèves (57). Il reste à savoir dans quelle mesure les autorités scolaires et administratives de nos cantons soutiendront une telle vision et lui donneront les moyens de ses ambitions. Un tel modèle pré-suppose en effet l'implication active de la direction de l'établissement et donc une étape de concertation de façon que le corps enseignant adopte une attitude cohérente face à la question des substances psychoactives (58). Par ailleurs, s'agissant de jeunes de plus de 15 ans, on ne saurait mésestimer l'impact négatif de l'absence de perspectives en matière de formation et d'emploi, et nous avons démontré avec d'autres (59) l'influence positive que peut avoir sur la consommation de substance une reprise professionnelle après une rupture d'apprentissage.

Plus globalement, il est vraisemblable que le flou qui entoure le discours public sur l'usage de cannabis, de même que la manière inégale dont la loi est appliquée, entretiennent dans notre pays des ambiguïtés dont les adolescents pâtissent. Il est important de ne pas se lancer dans une chasse aux sorcières inutile et inefficace, en prohibant de façon radicale toute forme de

consommation de cannabis (60, 61); de la même façon, il est probablement sain que soit portée sur la place publique la question de la dépénalisation de l'usage du cannabis. Il reste que trop d'adultes et de professionnels tendent à minimiser l'impact éventuel du mésusage de cannabis par de jeunes voire de très jeunes adolescents. Il serait temps que les médias, les autorités, transmettent aux jeunes un message clair sur les conséquences potentielles de l'usage de cannabis sur leur santé et leur parcours professionnel. Il serait utile que puissent collaborer, à l'échelon de communautés locales, les différents partenaires engagés dans cette problématique (62), soit la police, les juristes, les enseignants, les professionnels du secteur social et sanitaire, et des représentants des autorités et des communautés culturelles. Il serait souhaitable que soient transmises aux adolescents, au-delà des informations et conseils ciblant le cannabis, des questions propres à les interpeller sur le sens qu'il souhaitent donner à leur vie, les valeurs qu'ils veulent privilégier. Il serait temps aussi de réaliser que c'est en aménageant un cadre de vie positif aux jeunes et en leur donnant des raisons d'espérer que l'on luttera efficacement contre le mésusage du cannabis et contre toute forme de dépendance et d'addiction.

Références

Pour des raisons de place, seuls les auteurs et année de parution sont mentionnés ici. Les références complètes sont à disposition au GREAT au 024 426 34 34

1. Smart RG, Ogborne AC. *Addict Behav.* 2000 May-Jun;25(3):455-60.
2. Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith R, Todd J. *An HBSC WHO cross-national study*; 2000.
3. Hibell B, Andersson B, Alström S, Balakireva O, Bjarnson T, Kokkevi A, et al. *The 1999 ESPAD report*
4. *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Annual report 2003*
5. Pirkis JE, Irwin CE, Jr, Brindis C, Patton GC, Sawyer MG. *J Adolesc Health.* 2003 Oct;33(4):279-86.
6. Kuntsche EN. *Eur Addict Res.* 2004;10(3):118-25.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 4th ed ed. Washington; 1994.
8. Babor TF, Webb C, Bureson JA, Kaminer Y. *Addiction.* 2002 Dec;97 Suppl 1:58-69.
9. Windle M, Wiesner M. *Dev Psychopathol.* 2004 Fall;16(4):1007-27.
10. Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campbell N. *Addiction.* 2002 Sep;97(9):1123-35.
11. Henquet C, Krabbendam L, Spauwen J, Kaplan C, Lieb R, Wittchen HU, et al. *Bmj.* 2005 Jan 1;330(7481):11.
12. Ellickson PL, Martino SC, Collins RL. *Health Psychol.* 2004 May;23(3):299-307.
13. Coffey C, Lynskey M, Wolfe R, Patton GC. *Addiction.* 2000 Nov;95(11):1679-90.
14. Lynskey MT, Coffey C, Degenhardt L, Carlin JB, Patton G. *Addiction.* 2003 May;98(5):685-92.
15. Rey JM, Sawyer MG, Raphael B, Patton GC, Lynskey M. *Br J Psychiatry.* 2002 Mar;180:216-21.
16. Boyle MH, Sanford M, Szatmari P, Merikangas K, Offord DR. *Revue Canadienne de Sante Publique.* 2001;92(3):206-9.
17. Patton L. *Pediatric Clinics North America.* 1995 //;42:283-93.
18. Chen CY, Storr CL, Anthony JC. *Pediatrics.* 2005 Jun;115(6):1631-9.
19. Kandel D, Faust R. *Arch Gen Psychiatry.* 1975 Jul;32(7):923-32.
20. Kandel DB, Yamaguchi K, Chen K. *J Stud Alcohol.* 1992 Sep;53(5):447-57.
21. Amos A, Wittshire S, Bostock Y, Haw S, McNeill A. *Addiction.* 2004;99(1):77.
22. Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Sawyer SM, Lynskey M. *Addiction.* 2005 Oct;100(10):1518-25.
23. Menghrajani P, Klaua K, Dubois-Arber F, Michaud PA. *Health Educ Res.* 2005 Aug;20(4):476-84.
24. INSERM. *Cannabis: Quels effets sur le comportement et la santé ? 2001.*
25. Hall W, Solowij N. *Lancet.* 1998 Nov 14;352(9140):1611-6.
26. Menetrey A, Augsburg M, Giroud C, Mangin P. *Praxis.* 2001;90:1398-407.
27. Taylor DR, Fergusson DM, Milne BJ, Horwood LJ, Moffitt TE, Sears MR, et al. *Addiction.* 2002 Aug;97(8):1055-61.
28. Hall W, MacPhee D. *Addiction.* 2002 Mar;97(3):243-7.
29. Haney M. *Curr Psychiatry Rep.* 2005 Oct;7(5):360-6.

30. Vandrey R, Budney AJ, Kamon JL, Stanger C. *Drug Alcohol Depend.* 2005 May 9;78(2):205-10.
31. Budney AJ, Moore BA, Vandrey RG, Hughes JR. 2003 Aug;112(3):393-402.
32. Solowij N, Stephens R, Roffman RA, Babor T. *Jama.* 2002 May 22-29;287(20):2653-4; author reply 4.
33. Abood ME, Martin BR. *Trends Pharmacol Sci.* 1992 May;13(5):201-6.
34. Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. *Testing. Drug Alcohol Depend.* 2003 Jul 20;71(1):37-48.
35. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. *Addiction.* 2005 Mar;100(3):354-66.
36. Semple DM, McIntosh AM, Lawrie SM. *J Psychopharmacol.* 2005 Mar;19(2):187-94.
37. Brook JS, Balka EB, Whiteman M. *American Journal of Public Health.* 1999 10//;89(10):1549-54.
38. Knight J, Shrier L, Bravender TD, Farrell M, Vander Bilt J, Shaffer. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine.* 1999 //;153(6):591-6.
39. Levy S, Sherritt L, Harris SK, Gates EC, Holder DW, Kulig JW, et al. *Alcohol Clin Exp Res.* 2004 Aug;28(8):1236-41.
40. Reynaud M, Karila L, Chinet L, Allen JP, Stree E, Pelc I. *Alcohol Clin Exp Res.* 2005 Jul;29(7):1264-7.
41. Bolognini M, Plancherel B, Laget J, Chinet L, Rossier V, Cascone P, et al. Evaluation of the Adolescent Drug Abuse Diagnosis instrument in a Swiss sample of drug abusers. *Addiction.* 2001 //;96:1477-84.
42. Lapointe AK, Michaud PA. *Rev Med Suisse Romande.* 2002 Dec;122(12):585-8.
43. McCambridge J, Strang J. *Addiction.* 2004;99:39-52.
44. D'Amico E, Fromme K. *Addiction.* 2002;97:563-74.
45. McCambridge J, Strang J, Platts S, Witton J. *Br J Gen Pract.* 2003 Aug;53(493):637-9.
46. Dennis M, Godley SH, Diamond G, Tims FM, Babor T, Donaldson J, et al. *J Subst Abuse Treat.* 2004 Oct;27(3):197-213.
47. Diamond G, Godley SH, Liddle HA, Sampl S, Webb C, Tims FM, et al. *Addiction.* 2002 Dec;97 Suppl 1:70-83.
48. Kumpfer KL, Alvarado R. *American Psychologist.* 2003;58(6-7):457-65.
49. Husler G, Werlen E, Rehm J. *Subst Use Misuse.* 2005;40(6):761-77.
50. Tobler N. *J Primary Prevention.* 2000;20(4):275-336.
51. Dusenbury L, Brannigan R, Falco M, Hansen WB. *Health Educ Res.* 2003 Apr;18(2):237-56.
52. Kumpfer K. *Pediatrics.* 1999;103:1128-44.
53. Nation M, Crusto C, Wandersman A, Kumpfer KL, Seybolt D, Morrissey-Kane E, et al. *Am Psychol.* 2003 Jun-Jul;58(6-7):449-56.
54. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. *Am Psychol.* 1992 Sep;47(9):1102-14.
55. Werch CE, DiClemente CC. *Health Educ Res.* 1994 Mar;9(1):37-46.
56. World Health Organisation. Copenhagen; 1993.
57. Bond L, Thomas L, Coffey C, Glover S, Butler H, Carlin JB, et al. *J Sch Health.* 2004 Jan;74(1):23-9.
58. Flay B. *Addict Behav.* 2000;25(6):861-85.
59. Ferron C, Cordonier D, Delbos Piot I, Schallbetter P, Michaud P. Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1997.
60. Strang J, Hall J. *BMJ.* 2000;320:108-10.
61. MacCoun R, Reuter P. *Br J Psychiatry.* 2001;178:123-8.
62. Allott R, Paxton R, Leonard R. *Health Education Research.* 1999;14:491-505.

Publicité

h e d s

Haute école de santé
Genève

HES

Formation continue dans le domaine de la santé

Cours postgrade prise en charge interdisciplinaire des plaies et cicatrisation

Formation destinée aux professionnel-le-s de la santé au bénéfice d'une formation de niveau HES ou ES qui sont intéressé-e-s à développer des compétences d'experts dans le domaine de la prise en charge interdisciplinaire de Plaies et Cicatrisation

La formation est construite autour des trois thématiques principales suivantes :

- A) Connaissances théoriques
6 crédits ECTS
- B) Pratiques de prise en charge interdisciplinaire
5 crédits ECTS
- C) Prévention, réseaux et recherche
2 crédits ECTS

Un travail de certification : 2 crédits ECTS

Renseignements
Unité des admissions

Haute Ecole de Santé
47, avenue de Champel
CH - 1206 Genève

Cours postgrade en santé mentale

Formation destinée aux professionnel-le-s de la santé et du social au bénéfice d'une formation de niveau HES ou ES qui sont intéressé-e-s à développer des compétences en santé mentale dans un contexte extra-hospitalier et dans une approche de santé ou d'action communautaire.

La formation est construite autour des trois thématiques principales suivantes :

- A) Apports théoriques sur la Santé mentale
5 crédits ECTS
- B) Pratique réflexive et réseaux ressources
5 crédits ECTS
- C) Veille, prévention et promotion
3 crédits ECTS

Un travail de certification : 2 crédits ECTS

T(+41) 22 388 56 00
F(+41) 22 346 21 41

www.hesge.ch
www.heds-ge.ch

Hes SO
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale