

LA PRÉVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES

l'expérience A.N.P.A.A.

GUIDE **REPÈRES**



Association Nationale
de **PRÉVENTION**
en **ALCOOLOGIE**
et **ADDICTOLOGIE**

A.N.P.A.A.

LA PRÉVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES

l'expérience A.N.P.A.A.

Ce guide s'adresse aux animateurs de prévention A.N.P.A.A. et plus globalement à tous professionnels du champ de la promotion de la santé, de l'éducation et du social, qui souhaitent développer et mettre en œuvre des actions de prévention des risques et de réduction des dommages liées aux conduites addictives.

Il a pour objectif de faire connaître les activités de prévention de l'A.N.P.A.A., ses expériences, ses compétences et son savoir-faire. Plus pratiquement **il permet :**

❖ **l'aide au montage de projets, autour de recommandations de pratiques professionnelles ;**

❖ **le développement des compétences professionnelles des animateurs de prévention des conduites addictives et l'harmonisation de leurs connaissances et pratiques en promotion de la santé et en prévention des risques et réduction des dommages.**

Ce guide est un document pédagogique, complet sans être exhaustif.

Il aborde les questions de définition des concepts clés de la santé aux addictions. Il présente également la diversité des actions A.N.P.A.A. de prévention des risques et de réduction des dommages. Il rappelle le contexte et l'environnement institutionnel dans lesquels la prévention des conduites addictives s'inscrit. Il traite des principes d'action et de la démarche d'intervention A.N.P.A.A. et propose des outils pratiques.

Ce document comprend également des illustrations, issues de réflexions et d'expériences d'équipes régionales et départementales A.N.P.A.A., **elles n'ont pas valeur de recommandation.**

SOMMAIRE

| | | |
|---|--|--|
|  | <p>↓</p> <p>DÉFINITIONS ET CONCEPTS CLÉS : DE LA SANTÉ AUX ADDICTIONS</p> <p>1/ Promouvoir la santé 2/ Addiction</p> | <p>P. 7</p> <p>P. 7 P. 26</p> |
|  | <p>↓</p> <p>ANIMATEUR DE PRÉVENTION</p> <p>1/ Compétences et postures professionnelles</p> | <p>P. 31</p> <p>P. 31</p> |
|  | <p>↓</p> <p>PUBLICS</p> <p>1/ Publics cibles : population générale tout au long de la vie et populations spécifiques 2/ Pairs 3/ Professionnels relais</p> | <p>P. 35</p> <p>P. 36 P. 46 P. 48</p> |
|  | <p>↓</p> <p>CONTEXTE ET ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL DES POLITIQUES DE SANTÉ</p> <p>1/ Pilotage institutionnel 2/ Programmation et planification en santé publique 3/ Dispositifs à connaître 4/ Sources de financement 5/ Partenariats</p> | <p>P. 51</p> <p>P. 51 P. 55 P. 56 P. 60 P. 62</p> |
|  | <p>↓</p> <p>DÉMARCHE D'INTERVENTION</p> <p>1/ Recommandations pour mettre en œuvre un projet : cadre théorique et outils pratiques 2/ Techniques d'animation</p> | <p>P. 67</p> <p>P. 68 P. 77</p> |
|  | <p>↓</p> <p>DÉMARCHE QUALITÉ</p> <p>1/ Démarche qualité et guide d'auto-évaluation de la qualité des actions en promotion de la santé</p> | <p>P. 79</p> <p>P. 79</p> |
|  | <p>↓</p> <p>OUTILS DE PRÉVENTION</p> <p>1/ Groupe de travail national A.N.P.A.A. 2/ Recommandations pour l'élaboration d'outils de prévention 3/ Outils A.N.P.A.A. validés 4/ Outils validés par la MILDT 5/ Pédagothèque de l'INPES</p> | <p>P. 83</p> <p>P. 83 P. 84 P. 85 P. 90 P. 91</p> |
| | <p>↓</p> <p>ANNEXES</p> <p>1/ Bibliographie 2/ Glossaire</p> | <p>P. 93</p> <p>P. 93 P. 102</p> |

ILLUSTRATIONS

- ❖ *Intervention en milieu rural*, l'exemple de l'A.N.P.A.A. Aude
- ❖ *L'impact de la loi Evin sur la création de milieux favorables à la santé*
- ❖ *Actions judiciaires de l'A.N.P.A.A. pour le respect de la loi Evin*
- ❖ *Programme Caps'Attitudes - Capacité à protéger sa Santé*, de l'A.N.P.A.A. Val d'Oise
- ❖ *La formation « Jeunes relais » de prévention des addictions*, par l'A.N.P.A.A. Cher
- ❖ *Le dispositif Tendances alternatives festives* de l'A.N.P.A.A. Gironde
- ❖ *Le Somm'enBusR* de l'A.N.P.A.A. Gironde
- ❖ *La Maison des adolescents de l'Indre, un acteur de l'intervention précoce*
- ❖ *Dispositif d'accès aux soins - Consultation jeunes consommateurs*, de l'A.N.P.A.A. Aube
- ❖ *Enquête sur la prévalence de la dépendance au jeu chez les consultants* du réseau A.N.P.A.A.
- ❖ *Harcèlement et réseaux sociaux*, une action de l'A.N.P.A.A. Mayenne
- ❖ *Addictions, périnatalité et parentalité* de l'A.N.P.A.A. Nord-Pas-de-Calais
- ❖ *Groupe de parole enfants*, de l'A.N.P.A.A. Ille-et-Vilaine
- ❖ *Groupe d'information et d'expression à destination des parents*, de l'A.N.P.A.A. Ille-et-Vilaine
- ❖ *Action « Jeunes et addictions » menée dans les établissements d'enseignement agricole du Limousin* par l'A.N.P.A.A. Limousin et le RESEDA
- ❖ *Organisation d'une soirée étudiante*, l'exemple de l'A.N.P.A.A. Côte-d'Or
- ❖ *« Binge Drinking » une œuvre d'art au service de la prévention de la consommation excessive d'alcool chez les jeunes*
- ❖ *Action en direction des futurs conducteurs*, par l'A.N.P.A.A. Somme
- ❖ *Un exemple de démarche d'intervention en entreprise* par l'A.N.P.A.A. Paris
- ❖ *Action menée en direction des jeunes et des professionnels de la Protection judiciaire de la jeunesse* par l'A.N.P.A.A. Paris
- ❖ *Action menée à destination des résidents et des professionnels d'une structure accueillant un public d'adultes cérébro-lésés* par l'A.N.P.A.A. Seine-et-Marne
- ❖ *« Le présô fait son show », exposition* du CAARUD A.N.P.A.A. Allier la Passerelle

- ❖ *Addictions et transculturalité, un exemple d'action menée en CADA* par l'A.N.P.A.A. Cher
- ❖ *« Au fil de soi » un projet d'accès aux soins pour des femmes en situation de précarité*, de l'A.N.P.A.A. Pas-de-Calais
- ❖ *Actions de soutien méthodologique et de suivi post-action*, de l'A.N.P.A.A. Drôme
- ❖ *Stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants*, l'exemple de l'A.N.P.A.A. Meurthe-et-Moselle et de l'A.N.P.A.A. Meuse
- ❖ *Stages présententiels pour les personnes en situation de conduite sous l'emprise de l'alcool*, par l'A.N.P.A.A. Charente
- ❖ *Actions de promotion de la santé en milieu carcéral*, de l'A.N.P.A.A. Aube
- ❖ *Le dispositif Noz'ambule* de l'A.N.P.A.A. Ille-et-Vilaine
- ❖ *La formation de bénévoles*, l'exemple de l'A.N.P.A.A. Manche
- ❖ *Formation des professionnels accompagnant des personnes âgées*, par l'A.N.P.A.A. Nord
- ❖ *Formation des sages-femmes au RPIB*, action régionale de l'A.N.P.A.A. Corse
- ❖ *L'exemple du Contrat local de santé « Addictions » de la commune de Trélazé*, par l'A.N.P.A.A. Maine-et-Loire
- ❖ *Animation, coordination de l'atelier santé ville de la communauté d'agglomération Meuse Grand Sud*, le rôle de l'A.N.P.A.A. Meuse
- ❖ *Plus de fêtes, moins de défaits, un exemple d'action menée dans le cadre du conseil local de sécurité et de prévention de la délinquance*, par l'A.N.P.A.A. Vosges
- ❖ *Action de soutien à la fonction parentale* par l'A.N.P.A.A. Maine-et-Loire
- ❖ *Prévention du risque alcool au travail* par l'A.N.P.A.A. Somme
- ❖ *Exemple de formation en addictologie* par l'A.N.P.A.A. Seine-et-Marne à destination de l'ensemble des éducateurs d'une maison d'enfants à caractère social (MECS)
- ❖ *La participation de l'A.N.P.A.A. Haute-Normandie au pôle régional de compétences en éducation pour la santé (PRC)*
- ❖ *Implication de l'A.N.P.A.A. du Gard dans une démarche de réseau de santé sur le territoire d'Alès*
- ❖ *Intervention de l'A.N.P.A.A. Champagne-Ardenne à la Journée nationale du déploiement de la démarche qualité en promotion de la santé le 8 novembre 2013*

1 DÉFINITIONS ET CONCEPTS CLÉS : DE LA SANTÉ AUX ADDICTIONS

→ 1/ PROMOUVOIR LA SANTÉ

→ 2/ ADDICTION



La prévention telle qu'elle est menée à l'A.N.P.A.A. s'appuie sur une charte. Elle est menée par des professionnels formés et compétents, qui s'appuient sur des données validées et actualisées par l'ensemble des communautés scientifiques.

Pour mieux prendre en compte les comportements et les déterminants sociaux dans nos projets, il est nécessaire de s'appropriier un certain nombre de concepts : ceux de promotion de la santé, d'éducation pour la santé, de prévention universelle et ciblée, de prévention des risques et de réduction des dommages, etc.

L'objectif de cette première partie est de fournir des bases communes en matière de définitions et de concepts clés dans les champs de la prévention, de la promotion de la santé et de l'addictologie.

1/1 PROMOUVOIR LA SANTÉ

SANTÉ¹

La notion de santé, prise dans son sens global comme résultante de détermi-

.....

¹ Sources : Méthodologie en éducation pour la santé, ministère de l'Éducation nationale, DESCO, 2008

nants personnels (biologiques, psychologiques), mais aussi sociaux (économiques, culturels), est selon l'OMS² « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

.....

² Organisation mondiale de la santé

Évolution historique

Caractérisée par les connaissances apportées lors des progrès réalisés dans le domaine médical, dans le but de conserver ou d'adopter des comportements favorables à la santé (hygiénisme), l'éducation sanitaire prévaut jusqu'aux années 50. Des conseils et messages culpabilisants sont donnés à une population réputée ignorer les conditions nécessaires au maintien d'une bonne santé. L'accent est mis sur la responsabilité individuelle, la santé étant compromise par des comportements parfois entachés d'irresponsabilité, qu'il convient de corriger par l'apport de connaissances médicales et de règles d'hygiène. Les campagnes de prévention prennent l'allure d'une véritable « propagande » (affichage, cinéma, expositions itinérantes, timbres...) contre les grands fléaux sanitaires et sociaux (la lutte contre l'alcoolisme, la syphilis, la tuberculose, etc.).

En parallèle se développe le premier système préventif français, marqué par la création du Centre national d'éducation sanitaire (1945) puis de centres régionaux, et par la volonté de « parler de la santé beaucoup plus que de la maladie [...] parler du terrain humain plus que du microbe et substituer à la peur de celui-ci la confiance raisonnée dans la résistance d'un organisme bien équilibré [...], bref, développer une mentalité de santé ».³

Les années 50 et 60 voient l'émergence de l'éducation pour la santé qui prend en compte le vécu des individus et leur personnalité dans le but de changer leurs comportements et de les faire participer. La psychologie, la sociologie et la pédagogie entrent en jeu pour modifier le contenu des programmes de santé et les rendre plus communicants.

S'y ajouteront progressivement, jusqu'aux années 70, des données liées au contexte social, économique et politique, qui seront à l'origine de grandes campagnes de prévention en santé publique et communautaire dans lesquelles l'accent sera mis sur l'importance de la prévention des comportements à risque plutôt que sur les techniques de soin jugées trop coûteuses (par exemple en matière de cancer). L'éducation pour la santé s'appuie alors sur l'épidémiologie et sur le développement des méthodes de conduite de projet, pour mener des programmes pluriannuels d'éducation sanitaire et sociale, sous l'égide du Comité français d'éducation pour la santé, créé en 1972. Les messages de responsabilisation permettent d'atteindre les trois objectifs de l'éducation pour la santé « savoir, vouloir, pouvoir » et reposent alors sur des méthodes pédagogiques faisant appel à des techniques participatives (jeu, théâtre) et utilisant les médias (télévision). Les thèmes abordés concernent le tabac, l'alcool, la contraception et les accidents de la route.

Les années 80 et 90 voient émerger la notion de promotion de la santé qui met l'accent sur l'implication des collectivités

dans la gestion de la santé plutôt que sur la responsabilité individuelle, tout en redonnant le pouvoir aux individus sur leur environnement sanitaire.

Les actions de promotion de la santé des individus et de prévention se conjuguent et se complètent donc avec un outil

commun : l'éducation pour la santé. Elle vise des catégories de population (les jeunes, les femmes enceintes, les personnes âgées) à travers des lieux multiples (la famille, l'école, le quartier) et des thèmes particuliers (tabac, contraception, sida).

DÉTERMINANTS DE SANTÉ⁴

On peut répartir les déterminants de santé d'un individu en quatre grands groupes :

- **la biologie humaine** : les facteurs génétiques, les facteurs physiologiques, les facteurs liés à la maturation et au vieillissement ;
- **l'environnement physique, psychologique, social** ;
- **les comportements, le style de vie** : les facteurs professionnels, les facteurs liés aux loisirs, les modes de consommation (alimentation, produits toxiques) ;
- **l'organisation des services de santé** : la prévention, les soins curatifs, la réadaptation, la réhabilitation.

Tous ces facteurs sont interdépendants. Les facteurs qui influent sur la santé sont multiples et agissent les uns sur les autres. La promotion de la santé porte fondamentalement sur l'action et la sensibilisation nécessaires pour prendre des mesures à l'égard de l'ensemble des déterminants de la santé potentiellement modifiables. Ainsi, elle porte sur les comportements des individus en matière de santé et sur leurs modes de vie, mais également sur des facteurs tels que le revenu et le statut social, l'instruction, l'emploi et les conditions de travail, l'accès à des services sanitaires appropriés et les environnements physiques. Combinés, ces éléments créent différentes conditions de vie qui ont des effets sur la santé. La réalisation d'un changement de ces modes de vie et conditions de vie, qui déterminent l'état de santé, est considérée comme un résultat intermédiaire en matière de santé.

⁴ (Adapté de) Chauvin F, Brixi O, Rousille B. Du bon usage de la communication en éducation pour la santé. Actes du séminaire international de Bierville. Paris : Éditions CFES, 1998 : 289 p. Nutbeam D, OMS. Glossaire de la promotion de la santé. Gamburg : Éditions promotion de la santé, janvier 1998 : 25 p.

³ Pierre Delore, 1er numéro de « La santé de l'homme », en 1942, cité dans « La santé de l'homme ; n° 362, nov-déc 2002

Si l'approche qui prévalait a longtemps été autour de la prévention primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire⁵, aujourd'hui l'organisation classique de la prévention laisse la place à des modèles centrés sur l'éducation pour la santé et la participation active du public.

■ **La prévention universelle**, promotion et éducation pour la santé, concerne les interventions destinées à la population générale ou à des groupes, quel que soit leur état de santé.

■ **La prévention sélective** s'adresse à des sujets, ou sous-groupes d'individus, particulièrement exposés et ayant un risque significativement plus élevé que la moyenne.

■ **La prévention ciblée** concerne les interventions destinées à des individus qui ont des facteurs de risque supplémentaires ou des signes d'appel, dans le but d'améliorer le suivi des traitements, réduire les conséquences et les dommages de la maladie. C'est notamment l'éducation thérapeutique du patient, inscrite dans la loi. Le caractère « premier » de l'action de prévention est mis en valeur⁶.

5 **Prévention primaire** : Ce sont toutes les actions qui visent à diminuer l'incidence d'une maladie ou d'un accident dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de nouveaux cas (ex. : vaccination, législation, éducation pour la santé, etc.).

Prévention secondaire : Elle comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie ou d'un problème dans une population. Elle englobe donc la détection précoce de la maladie voire des cas asymptomatiques ou le dépistage et les mesures curatives.

Prévention tertiaire : Elle tente de diminuer la prévalence des handicaps, des séquelles ou des récidives dans une population. Elle prend donc en compte les actions du domaine de la réadaptation, de l'intégration et de l'insertion scolaire, professionnelle et sociale.

Prévention quaternaire : La prévention quaternaire relève d'actions d'accompagnement simple de l'invalidité et du processus de la mort, sans visée de l'amélioration de l'état de santé.

6 Patrick Daimé, secrétaire général de l'A.N.P.A.A., intervention « Une activité prévention à l'A.N.P.A.A. en évolution ; les orientations nationales et leurs déclinaisons locales » Forum A.N.P.A.A. de la prévention, septembre 2011

ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

L'OMS définit l'éducation pour la santé comme l'ensemble des moyens permettant d'aider les individus et les groupes à adopter des comportements favorables à leur santé.

L'éducation pour la santé ne se résume pas à une information pour la santé. Elle va plus loin, en cherchant à donner aux individus à la fois les savoirs, savoir-être et savoir-faire, nécessaires afin de pouvoir, s'ils le souhaitent, changer de comportement ou renforcer des comportements favorables à leur santé et à celle de la communauté.

La santé n'est pas considérée ici comme un état de bien-être à atteindre, mais comme une ressource de la vie quotidienne⁷, et c'est à l'individu de faire ses arbitrages, de trouver son équilibre et de déterminer ce qui est bon pour lui. L'éducation pour la santé vise alors à permettre à chacun de faire des choix responsables en matière de comportements ayant une influence sur sa santé et sur celle de la communauté. L'implication de l'individu vise aussi à promouvoir une démarche participative en santé.

Plusieurs approches coexistent en éducation pour la santé, certaines s'opposent sur certains points et d'autres se complètent.

On pourra retenir trois principales approches⁸ :

❖ **L'approche injonctive ou persuasive**, qui a pour objectif la modification systématique des comportements des individus et des groupes ;

❖ **L'approche informative et responsabilisante**, qui recherche la prise de conscience par les individus de ce qui est bon pour eux ;

❖ **L'approche participative**, qui vise l'implication, la participation des individus et des groupes pour un meilleur contrôle de leur santé.

C'est dans les deux dernières approches que l'A.N.P.A.A. inscrit ses actions.

7 cf. Charte d'Ottawa : « La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie. »

8 Bury J., Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications, De Boeck Université, 1988.

DIMENSION ÉDUCATIVE DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

Elle vise l'acquisition de :

■ **savoirs (ou connaissances) :** ensemble d'informations assimilées par l'individu. Exemple : connaissance des effets du produit consommé ;

■ **savoir-faire (ou pratiques) :** les pratiques ou capacités à agir, à réaliser une tâche. Ils peuvent être dissociés du savoir. On peut savoir faire sans savoir pourquoi cela fonctionne (savoir-faire empirique), on peut également savoir sans savoir faire (savoir en théorie comment effectuer une tâche, mais ne jamais l'avoir effectuée en pratique et en être incapable). Exemple : savoir utiliser un éthylotest, un préservatif féminin, un « roule ta paille » ;

■ **savoir-être (ou attitudes) :** « manières habituelles et plutôt stables par lesquelles les individus perçoivent, éprouvent et jugent, pour eux-mêmes ou pour d'autres, des actions, des idées, et leur environnement social et physique. Les attitudes régissent la perception et l'action. Elles ont des composantes affectives, cognitives et comportementales. Les attitudes sont en grande partie socialement déterminées. Changer les attitudes qui sont des barrières à des modes de vie plus sains ou à une politique plus saine est un des objectifs majeurs des interventions en éducation pour la santé et en promotion de la santé⁹. » Le travail sur le savoir-être passe aussi par le développement des compétences psychosociales. Exemple : savoir refuser une première cigarette.

⁹ Commission européenne, Rusch E (coord.). Glossaire européen en santé publique

PROMOTION DE LA SANTÉ¹⁰

La définition de la promotion de la santé se réfère au texte de la **Charte d'Ottawa** pour la promotion de la santé de 1986, émanation de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) :

« La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. »

La Charte d'Ottawa définit trois stratégies fondamentales :

❖ **sensibiliser à la santé**, pour créer les conditions essentielles à la santé (plaidoirie) ;

¹⁰ (Adapté de) Commission Européenne, Rusch E (coord.). Glossaire Européen en Santé Publique. Nutbeam D, OMS. Glossaire de la promotion de la santé. Gamburg : Éditions promotion de la santé, janvier 1998 : 25 p. OMS. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. OMS, 1^{re} conférence internationale pour la promotion de la santé. Ottawa, Canada, 21 novembre 1986

❖ **conférer à tous, les moyens de réaliser pleinement leur potentiel de santé** (facilitation) ;

❖ **servir de médiateur entre les différents intérêts présents dans la société** en vue d'atteindre la santé (médiation).

Ces stratégies sont soutenues par cinq domaines d'actions prioritaires :

- ❖ l'élaboration d'une **politique saine** ;
- ❖ la création de **milieux favorables** ;
- ❖ le renforcement de l'**action communautaire** ;
- ❖ l'acquisition d'**aptitudes individuelles** ;
- ❖ la **réorientation des services de santé**.

L'IMPACT DE LA LOI EVIN SUR LA CRÉATION DE MILIEUX FAVORABLES À LA SANTÉ

Avec la Loi Evin, la France dispose d'un des cadres les plus stricts au niveau international en matière de publicité en faveur des boissons alcooliques. Contrairement au tabac, la publicité pour l'alcool n'est pas interdite, mais très fortement encadrée par la définition des supports autorisés et de ce qui peut être dit dans une publicité. Ces dispositions ont des vertus protectrices contraignantes pour les publicités, visant à leur ôter tout caractère incitatif. De fait, depuis la promulgation de la loi en 1991, les messages publicitaires sont devenus moins présomptueux, moins séducteurs (ils n'associent plus comme auparavant alcool et succès social, sportif ou amoureux) et plus informatifs. La télévision et les écrans de cinéma sont toujours des supports interdits. Si depuis la promulgation de la Loi Evin le monde de la

La santé d'un individu ne dépend pas que de ses choix individuels, mais de nombreux autres facteurs, tels que l'environnement, les conditions de vie, les facteurs biologiques, etc. Il est donc judicieux d'intégrer l'éducation pour la santé dans une démarche de promotion de la santé.

communication a bien changé avec Internet, Facebook ou Twitter et ces autres médias qui ont modifié les formes du marketing publicitaire et démultiplié sa puissance de suggestion, le modèle publicitaire défini en 1991 reste néanmoins applicable dans ses grandes lignes : informations objectives sur les produits et limitation des supports autorisés. Il est important de rappeler que la loi Evin, concernant la publicité, est un outil de prévention que n'ont pas d'autres pays y compris au sein de l'Union européenne. L'A.N.P.A.A. a grandement contribué à l'émergence de cette loi et est aujourd'hui la seule organisation qui veille au respect des principes qu'elle a posés en engageant des procédures judiciaires à l'encontre des publicités illicites.

ACTIONS JUDICIAIRES DE L'A.N.P.A.A. POUR LE RESPECT DE LA LOI EVIN

Depuis la promulgation de la Loi Evin, l'A.N.P.A.A. a engagé plus de 60 actions judiciaires à l'encontre de publicités qu'elle estimait illicites. Elle a gagné 85 % de ces affaires. Ces chiffres démontrent deux choses : d'une part que l'A.N.P.A.A. n'est pas particulièrement procédurière et d'autre part qu'elle agit à bon escient. Durant les premiers temps et jusqu'il y a peu, l'action de l'A.N.P.A.A. se focalisait principalement sur le contenu des publicités diffusées par voie d'affichage et de presse, mais l'évolution des nouvelles technologies et des stratégies marketing implique une vigilance accrue concernant des supports de publicités nouveaux :

■ **Internet, réseaux sociaux**, supports désormais autorisés pour la diffusion de publicités en faveur des boissons alcooliques (depuis la Loi HPST de 2009) ;

■ **Les publicités directes ou indirectes par voie de parrainage ou de sponsoring**.

Ainsi, l'A.N.P.A.A. a, en septembre 2014, fait ordonner par le juge des référés le retrait de la vente de certains packs et cannettes de la bière Carlsberg dont le conditionnement a été estimé illicite. La marque commercialisait sa bière dans des emballages présentant des joueurs de football évoluant dans le cadre de la Premier League, le championnat anglais. Ces packs invitaient de surcroît à participer à un jeu avec obligation d'achat pour gagner des places et assister à un match de la Premier League, dont la marque est le sponsor officiel, ce qui a également été jugé illicite.

L'A.N.P.A.A. a par ailleurs récemment engagé deux actions visant à faire condamner deux marques de bière :

■ L'une organise des soirées « branchées » pour faire la promotion de sa marque (Desperados via les soirées WILD CLUB, présentant de nombreux artistes musiciens ou graphiques dans la veine « Street art ») ;

■ L'autre associe son image à l'organisation de festivals de musique très fréquentés (Kronenbourg via la marque alibi « Pression Live » omniprésente dans le festival Rock en Seine, jusqu'à disposer elle-même d'une scène et d'une programmation d'artistes reconnus).

LES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES¹¹

Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. Les compétences psychosociales ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé au sens large, en matière de bien-être physique, mental et social et plus particulièrement, quand les problèmes de santé sont liés à un comportement. Quand le comportement est lié à une incapacité à répondre efficacement au stress et aux pressions de la vie, l'amélioration de la compétence psychosociale pourrait être un élément important dans la promotion de la santé et du bien-être, puisque les comportements sont de plus en plus impliqués dans l'origine des problèmes de santé.

Les compétences psychosociales sont au nombre de 10 (OMS) :

❖ **Apprendre à résoudre les problèmes** nous aide à faire face à ceux que nous rencontrerons inévitablement tout au long de notre vie. Des problèmes personnels importants, laissés sans solution, peuvent à la longue maintenir un stress mental et entraîner une fatigue physique ;

.....

¹¹ (Adapté de) Sandrin-Berthon B. Apprendre la santé à l'école. Paris : ESF, 1997 : 127 p.

❖ **Apprendre à prendre des décisions** nous aide à les prendre de façon constructive. Cela peut avoir des conséquences favorables sur la santé, si les décisions sont prises de façon active, en évaluant les différentes options et les effets de chacune d'entre elles ;

❖ **Développer la pensée créative** contribue à la fois à la prise de décision et à la résolution de problèmes en nous permettant d'explorer les alternatives possibles et les diverses conséquences de nos actions et de notre refus d'action. Cela nous aide à regarder au-delà de notre propre expérience. La pensée créative peut nous aider à répondre de façon adaptative et avec souplesse aux situations de la vie quotidienne ;

❖ **Développer l'esprit critique est la capacité à analyser** les informations et les expériences de façon objective. Elle peut contribuer à la santé en nous aidant à reconnaître et à évaluer les facteurs qui influencent nos attitudes et nos comportements, comme les médias et les pressions de nos pairs ;

❖ **Communiquer efficacement** signifie que nous soyons capables de nous exprimer à la fois verbalement et non verbalement, de façon appropriée à notre culture et aux situations. Cela peut signifier être capable d'exprimer nos désirs à propos d'une action dans laquelle on nous demande de nous impliquer. Cela peut également signifier être capable de demander des conseils quand cela s'avère nécessaire ;

❖ **Développer des aptitudes relationnelles** nous aide à établir des rapports de façon positive avec les gens que nous côtoyons. Cela signifie être capable de

lier et conserver des relations amicales, ce qui peut être d'une grande importance pour notre bien-être mental et social. Cela signifie également garder de bonnes relations avec les membres de notre entourage, source importante de soutien social. Il s'agit aussi de savoir interrompre des relations d'une manière constructive ;

❖ **Avoir conscience de soi-même**, c'est connaître son propre caractère, ses forces et ses faiblesses, ses désirs et ses aversions. Cela nous aide à reconnaître les situations dans lesquelles nous sommes stressés ou sous pression. C'est indispensable aussi pour établir une communication efficace, des relations interpersonnelles constructives et pour développer notre sens du partage d'opinions avec les autres ;

❖ **Avoir de l'empathie pour les autres** : Il s'agit d'imaginer ce que la vie peut être pour une autre personne même dans une situation qui ne nous est pas familière. Cela peut nous aider à accepter les autres qui sont différents de nous et à améliorer nos relations sociales. Savoir partager différents points de vue nous aide à encourager un comportement humanitaire envers les gens qui ont besoin d'assistance ou de tolérance ;

❖ **Faire face à son stress** suppose d'en reconnaître les sources et les effets et de savoir en contrôler le niveau. Nous pouvons alors agir de façon à réduire les sources de stress, par exemple, en modifiant notre environnement physique ou notre style de vie. Nous pouvons également apprendre à nous relaxer pour que les tensions créées par un stress inévitable ne donnent pas naissance à des problèmes de santé ;

❖ **Faire face aux émotions**, pour cela il faut savoir reconnaître les siennes et celles des autres. Il faut être conscient de leur influence sur les comportements et savoir quelles réactions adopter. Les émotions intenses comme la colère ou la tristesse peuvent avoir des effets négatifs sur notre santé si nous ne réagissons pas de façon appropriée.

Dans les interventions, il s'agit bien d'accroître les compétences des bénéficiaires, à « agir pour » et non à « lutter contre ». La finalité n'est donc pas de lutter contre les comportements de consommations à risques, qui contribuent bien souvent à stigmatiser ce comportement et la personne qui l'adopte et renforce ainsi son isolement social, mais bien de permettre l'émergence du sujet c'est-à-dire de développer son autonomie, sa liberté et sa responsabilité. Autrement dit, la référence est le sujet et non le comportement incriminé.

Dans les interventions A.N.P.A.A., **le développement des compétences psychosociales est parfois l'objectif même du projet, ce qui permet une approche transversale, non centrée sur l'usage de produits**. Dans ce cas, cela permet de « redonner toute son importance aux influences sociales dans la genèse des attitudes et des comportements liés à la santé. C'est une réflexion sur le lien entre soi et l'environnement qui devient le noyau du programme »¹².

12 Pierre Arwidson, « Le Développement des compétences psychosociales », in B. Sandrin-Berthon, Ap-

D'autres fois, la diminution des conduites addictives est l'objectif. Dans ce cas-là, l'approche utilisée par les animateurs de prévention passe par une réflexion sur soi, son environnement et l'identification des liens entre les deux.

Des actions ayant pour objectif le renforcement des compétences psychosociales sont particulièrement intéressantes s'agissant des enfants et des jeunes, puisque c'est une période de développement et de construction du savoir-être.

PROGRAMME CAPS'ATTITUDES / CAPACITÉ À PROTÉGER SA SANTÉ

❖ de l'A.N.P.A.A. du Val d'Oise

Ce programme éducatif complet de promotion de la santé en milieu scolaire se décline en trois axes d'interventions : auprès des élèves, afin de permettre aux collégiens, par la prévention des comportements à risques, d'adopter des comportements et de faire des choix favorables à leur santé. Auprès de l'équipe éducative dans l'objectif d'informer et de sensibiliser les professionnels au champ des conduites à risques et les mettre en capacité de copiloter le projet et de co-animer les ateliers. Auprès des parents en créant les conditions d'un temps d'échange avec les professionnels de l'A.N.P.A.A.

Afin d'aborder et de travailler au mieux les compétences psychosociales, ce pro-

prendre la santé à l'école, Paris, ESF, 1997.

jet est décliné auprès des élèves de 5^e en quatre ateliers de deux heures chacun, organisés en demi groupes.

Ces ateliers ont été pensés de sorte que les collégiens s'approprient le fondement, le concept et les ressorts des compétences psychosociales, sans forcément que l'action permette de les aborder toutes. Le premier atelier vise ainsi, après une présentation des compétences psychosociales, à l'identification des comportements à risques dans leur globalité et leur réalité pour un public et un regard collégiens. Les situations proposées sur les ateliers suivants ont été retenues en ce qu'elles sont appréhendables facilement par les élèves tout en répondant à des situations observées dans leur environnement :

■ **Gestion de la pression du groupe** : mises en situations sur la base de dessins humoristiques évoquant différentes techniques de résistance à la pression du groupe ;

■ **Gestion de la colère** : jeu de rôle présentant une situation fictive déclenchant un sentiment de colère afin d'identifier les facteurs déclenchants et les stratégies de réponses adaptées ;

■ **Faire le bon choix dans la résolution de problèmes** : travaux d'équipes visant à appliquer la méthodologie de résolution de problèmes, proposée par l'intervenant, à des situations problématiques imaginées par les élèves.

Il s'agit là d'intervenir auprès de jeunes avant la période d'expérimentation des produits psychoactifs, dans l'objectif de retarder l'âge des premières consommations.

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ – INIQUITÉ EN SANTÉ¹³

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont considérées comme de véritables **iniquités en santé**, c'est-à-dire comme des « différences dans le domaine de la santé qui sont inacceptables et potentiellement évitables, mais, de plus, qui sont considérées comme inéquitables et injustes. Le terme a donc une dimension morale et éthique ». Elles sont considérées comme liées à l'inégale répartition des chances au départ.

Les **inégalités sociales de santé** ne sont pas synonymes de précarité, de pauvreté ou d'exclusion sociale. Elles existent au sein de la société selon un gradient social. Les ISS peuvent être distinguées des **inégalités de santé** (*sans l'adjectif « sociales »*), qui ne relèvent pas de la justice sociale, mais d'autres facteurs (génétiques comme d'être un homme ou une femme, physiologiques comme d'être jeune ou âgé). En pratique, les deux termes « inégalités sociales de santé » et « inégalités de santé » sont utilisés de manière indifférenciée. L'OMS a substitué à ces deux termes, celui d'« iniquité » dans la version européenne de « La santé pour tous ». Cette notion de **l'équité en santé** renvoie à la théorie de la justice sociale et au développement de conditions favorables à la santé pour tous.

13 Sources : INPES

ÉQUITÉ EN SANTÉ¹⁴

L'équité en santé sous-entend justice. Seuls les besoins des personnes, et aucun autre facteur, guident la distribution des services, des bénéfices, etc. Elle implique qu'idéalement chacun devrait avoir l'opportunité d'atteindre son plein potentiel de santé. De manière plus pragmatique, personne ne devrait être désavantagé pour la réalisation de ce potentiel, si cela peut être évité. Les politiques d'équité sont donc soucieuses de créer des opportunités égales pour la santé et de réduire les écarts de santé au niveau le plus faible possible. Cette notion de **l'équité en santé** renvoie à la théorie de la justice sociale et au développement de conditions favorables à la santé pour tous.

EMPOWERMENT¹⁵

Processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leur vie afin d'acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans le contexte de changement de leur environnement social et politique. Leur estime de soi est renforcée, leur sens critique, leur capacité de prise de décision et leur capacité d'action sont favorisés. Toute personne est considérée comme disposant de forces et de ressources. Les processus d'empowerment ne peuvent pas être produits, seulement favorisés.

14 Sources : INPES

15 Commission européenne, Rusch E (coord.). Glossaire européen en santé publique.

En référence à la Charte d'Ottawa, une intervention de promotion de la santé est considérée comme efficace à partir du moment où elle contribue effectivement à renforcer la capacité d'un individu ou d'un groupe à agir sur les déterminants de sa santé¹⁶. Ainsi défini, l'empowerment devient le critère principal de succès de la promotion de la santé. Certains auteurs vont même jusqu'à affirmer que « la santé, c'est l'empowerment ! »¹⁷

PRÉVENTION PAR LES PAIRS¹⁸

Approche éducative qui permet à des pairs de se réunir et d'échanger. Les pairs sont des personnes présentant des caractéristiques communes d'âge, de situation sociale ou culturelle, de préférences et de perspectives. Elle implique un échange d'informations et d'opinions avec d'autres personnes afin de mettre en cause des comportements, de corriger des informations fausses et de stimuler des attitudes et des aptitudes positives vis-à-vis de la santé. Cette approche repose sur le fait qu'à certains moments de la vie, particulièrement dans la jeunesse, l'influence des pairs est plus grande que d'autres voies d'influence.

LA FORMATION « JEUNES

16 Davies & MacDonald, 1998 ; Nutbeam, 2000

17 Jones & Meleis, 1993

18 Commission européenne, Rusch E. (coord.). Glossaire européen en santé publique.

RELAIS » DE PRÉVENTION DES ADDICTIONS

par l'A.N.P.A.A. du Cher

Depuis de nombreuses années, l'A.N.P.A.A.18 s'attache à la mise en place de projets de prévention des addictions s'appuyant sur la prévention par les pairs. L'A.N.P.A.A.18, en partenariat avec les établissements scolaires, forme des groupes de jeunes à la thématique des addictions et à l'animation de séances de sensibilisation auprès de leurs pairs. Ces actions font suite à différentes expériences menées autour de la création d'outils de prévention par et pour les jeunes, de la mise en œuvre de théâtre forum et de l'utilisation des outils créés dans les animations (notamment le DVD « 100 issues », validé par la MILDT). Ces formations s'appuient toujours sur un support de prévention adapté à l'âge et aux préoccupations du public bénéficiaire du projet. Une fois formés, ces jeunes « relais de prévention des addictions » interviennent, en co-animation avec un professionnel, auprès de leurs pairs. Tout au long du projet les jeunes sont accompagnés par un professionnel de l'A.N.P.A.A.18 et de l'établissement scolaire. Ces formations se déroulent sur une vingtaine d'heures et proposent aux jeunes des apports en matière de connaissances et de compétences en addictologie, d'éthique et de posture, des techniques d'animation, des lieux et des personnes ressources, etc. Un perfectionnement est proposé aux groupes formés les années suivantes. Il s'agit d'actualiser les connaissances, de traiter de sujets plus spécifiques (par

exemple la cyberaddiction) et de renforcer les compétences à l'utilisation des outils.

PRÉVENTION DES RISQUES ET RÉDUCTION DES DOMMAGES¹⁹

Prévenir les risques et réduire les dommages ou méfaits causés par le comportement à risque.

L'objectif est en priorité de prévenir les dommages occasionnés par les consommations de substances psychoactives. Il ne s'agit pas de s'attaquer à ce qui motive la consommation, mais d'en maîtriser, autant que faire se peut, les effets nuisibles. Il ne s'agit pas de stopper l'addiction, mais d'éviter les complications et de le faire en impliquant l'usager lui-même.

LE DISPOSITIF TENDANCES ALTERNATIVES FESTIVES

de l'A.N.P.A.A. de Gironde

Suite à une étude diagnostic autour du constat d'augmentation de l'alcoolisation excessive des jeunes et d'un manque de moyens de prévention sur les lieux festifs, l'A.N.P.A.A. 33 a proposé le dispositif de prévention des risques et de réduction des dommages, Tendances alternatives festives, avec l'appui financier de la préfecture de la Gironde, de l'ARS, de la ville de Bordeaux et de l'association Unis-Cité, dispositif composé

d'une équipe mobile intervenant la nuit, trois soirs par semaine, sur les espaces publics festifs.

L'objectif est de prévenir les risques et réduire les dommages liés aux consommations excessives d'alcool et de produits psychoactifs, par le dialogue et l'utilisation d'outils d'intervention adaptés, et de responsabiliser les jeunes en les amenant à développer un comportement citoyen. Les interventions sont menées par une équipe mobile identifiée, composée de professionnels et de volontaires formés qui agissent dans le cadre d'une mission de prévention par les pairs, dans une démarche d'aller vers les jeunes pour les informer, leur proposer une évaluation de leur consommation, les sensibiliser aux différents risques, les conseiller et les orienter sans les juger, dans une approche sécurisante et non moralisatrice.

Depuis 2013, le dispositif a été complété par deux actions :

■ **« Soul Tram »** : sensibilisation originale et en musique dans le tramway qui relie la cité universitaire au centre-ville, tous les jeudis de 21h à minuit trente ;

■ **« Somm'enbus »** : du jeudi au vendredi de minuit à 5h du matin, sur des sites différents selon les soirs, les jeunes sont reçus à bord d'un bus par une équipe de secouristes et d'animateurs pour se reposer et « dégriser » avant de rentrer à leur domicile, être soignés ou orientés vers les urgences si besoin.

Les principaux partenaires de l'A.N.P.A.A. 33 pour ces actions sont : l'agence Régionale de santé, la préfecture de la Gironde, la mairie de Bordeaux, Kéolis, l'université de Bordeaux

IV, l'association « Allez les filles », l'association Unis-Cité, Somm'enbus, les secouristes de la Protection civile et de la Croix blanche, l'APIAF, le SIUMPS, l'Union des métiers et des industries de l'hôtellerie (UMIH), les polices municipale et nationale, les services de secours.

LE SOMM'ENBUS^R

de l'A.N.P.A.A. de Gironde

Le Somm'enBus^R est un projet innovant né de la rencontre entre une entreprise privée (Sommibus) investie dans la sécurisation des fins de nuits et l'engagement de la mairie de Bordeaux en direction des jeunes et plus particulièrement des phénomènes d'hyper alcoolisation nocturnes sur son territoire. En associant la préfecture de Gironde, l'A.N.P.A.A. Gironde, l'agence régionale de santé et des entreprises intéressées par le projet de prévention, la mission Somm'enBus^R a fait son apparition sur les quais de la Garonne les jeudis, vendredis et samedis soir depuis octobre 2013.

Il s'agit d'un bus spécialement aménagé pour l'accueil, le soin et le dégrisement des jeunes fêtards en errance. Deux secouristes et un animateur de l'A.N.P.A.A. Gironde prennent en charge les jeunes gens hyper alcoolisés afin de prévenir les complications de leurs conduites à risques de minuit à 7 heures du matin. Un travail de thèse de médecine générale intégrant un recueil de données concernant 400 personnes accueillies dans le bus pendant près de 3 mois a pu être conduit en 2014 : « *La population fréquentant le Somm'enBus^R est majoritairement étudiante (49%). Elle comprend un quart de filles et trois quarts de garçons et a un âge moyen de 22,5 ans. Les jeunes noctambules se rendent au bus pour prendre en charge leur hyper alcoolisation, se dégriser, se reposer, contrôler leur alcoolémie ou même se faire soigner après des agressions.* »

L'analyse révèle aussi que le Somm'enBus^R remplit bien plus que le rôle qui lui a été initialement attribué. Il devient un « phare dans la nuit » pour les jeunes noctambules de Bordeaux, soulagés de trouver un dispositif sécurisant et un accueil bienveillant. Il est aussi un outil majeur de prévention des risques et de réduction des dommages dans les nuits bordelaises.

Le budget repose sur un montage financier alliant les fonds publics (mairie de Bordeaux, agence régionale de santé) et privés (des mutuelles, des établissements de nuit) qui sont sollicités pour solvabiliser le dispositif.

Pour en savoir plus, le guide « *Prévention, fêtes et conduites à risque, l'expérience de l'A.N.P.A.A.* » est disponible sur le site www.anpaa.asso.fr

¹⁹ MOREL A., COUTERON JP. Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner. Paris, Dunod, 2008. Page 228.

DANGER²⁰

Capacité et potentialité d'une substance, d'un mode de consommation et d'un environnement de consommation à causer un dommage psychosocial ou sanitaire. Un danger peut être bien réel sans pour autant se manifester sous la forme d'un dommage.

DOMMAGE, MÉFAITS²¹

Manifestation effective et constatée, résultat de l'exposition à un danger.

RISQUE²²

Probabilité qu'un dommage survienne lorsqu'on s'expose à un danger. L'exposition à un danger ne va pas forcément entraîner un dommage. Le risque est le rapport statistique entre un danger et un dommage.

L'INTERVENTION PRÉCOCE²³

a pour objectif de raccourcir le délai entre les premiers symptômes et un accompagnement adapté. Elle est à l'interface de la prévention et de l'accès aux soins. Elle concerne spécifiquement les personnes exposées aux risques ou présentant des dommages. Les interventions permettent à la fois une dimension préventive comme une entrée anticipée dans les soins. L'intervention précoce s'appuie sur les compétences propres de chacun, favorise la motivation et l'auto-changement. Pour les plus vulnérables, l'intervention précoce s'attachera particulièrement à aller vers les populations, à s'inscrire dans le prendre soin et constituer ainsi une authentique mesure de réduction des inégalités sociales de santé.

DANS LA PRATIQUE

Prévention des risques et réduction des dommages, ce qu'il faut retenir²⁴

La prévention des risques et la réduction des dommages c'est :

- Une démarche de promotion de la santé ;
- Une dynamique inscrite dans un continuum qui va de la prévention aux soins ;
- Des actions élaborées autour d'objectifs pragmatiques de différents niveaux compte tenu de l'individu, de ses pratiques, expériences, compétences et vulnérabilités, dans un contexte donné ;
- Une recherche de stratégies, avec chaque individu, fondées sur une balance entre dommages et bénéfices d'une consommation de produits ;
- Des actions qui ne se limitent pas aux seuls objectifs de réduction de la consommation de produits, voire d'abstinence, mais qui peuvent viser la consommation contrôlée ;
- Une approche permettant à l'usager de vivre avec ses pratiques tout en diminuant autant que possible ses risques et dommages ;
- Une coopération inscrite dans le cadre de partenariats concertés.

Étapes d'une approche de prévention des risques et de réduction des dommages :

- Identifier et hiérarchiser avec l'usager les risques, selon les modalités de consommation et le contexte, et repérer les dommages existants ;
- Aider l'usager à identifier ses compétences et vulnérabilités, en s'appuyant plus particulièrement sur son expérience ;
- Sélectionner les risques et dommages que l'usager souhaiterait réduire, suite à une information appropriée, compte tenu notamment du facteur temps d'apparition potentielle des dommages et de leur impact ;
- Aider l'usager à trouver et s'approprier les moyens d'action adaptés pour réduire les risques et dommages ciblés ;
- Accompagner l'usager dans l'atteinte de ces objectifs, tout en l'aidant à donner du sens sur les causes profondes des risques qu'il prend.

²⁴ (Adapté de) Livret RdR Alcool – Prévention des risques et réduction des dommages chez les consommateurs d'alcool, A.N.P.A.A. 2012.

²⁰ Livret RdR Alcool – Prévention des risques et réduction des dommages chez les consommateurs d'alcool, A.N.P.A.A. 2012.

²¹ Livret RdR Alcool – Prévention des risques et réduction des dommages chez les consommateurs d'alcool, A.N.P.A.A. 2012.

²² Livret RdR Alcool – Prévention des risques et réduction des dommages chez les consommateurs d'alcool, A.N.P.A.A. 2012.

²³ Patrick Daimé, secrétaire général de l'A.N.P.A.A., intervention « Une activité prévention à l'A.N.P.A.A. en évolution ; les orientations nationales et leurs déclinaisons locales » Forum A.N.P.A.A. de la prévention, septembre 2011.

LA MAISON DES ADOLESCENTS DE L'INDRE, UN ACTEUR DE L'INTERVENTION PRÉCOCE

La maison des adolescents de l'Indre, gérée par l'A.N.P.A.A. 36, s'inscrit dans la continuité des accompagnements jusqu'alors proposés par le point accueil écoute jeunes (PAEJ), créé suite aux besoins repérés par l'équipe du centre de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) géré également par l'A.N.P.A.A. 36, mettant en lumière la pertinence d'un dispositif pour les adolescents en situation de mal-être, et ce, en dehors du dispositif de soin.

Objectifs des maisons des adolescents :

- favoriser des prises en charge globales pluri-institutionnelles (médicales, sociales, éducatives, voire judiciaires) et interprofessionnelles ;
- assurer la cohérence des actions menées ;
- permettre un complet décloisonnement des secteurs d'intervention.

Les adolescents peuvent s'y rendre librement et gratuitement.

Le parti pris d'une approche globale de la problématique adolescente et l'intégration de la consultation jeunes consommateurs (CJC) dans ses murs, positionnent la maison des adolescents de l'Indre comme acteur essentiel de l'intervention précoce.

Les problématiques repérées, qui concernent par exemple les troubles psychiques, la vie familiale, les relations affectives et la scolarité, s'accompagnent parfois de comportements d'automédication, d'usages à risques ou d'expéri-

mentations. Les modalités d'accompagnement telles que la facilité d'accès, la liberté de ton ou encore la libre adhésion, sont autant d'éléments permettant le repérage de ces fragilités, en amont de l'addiction, et par là même, un travail d'orientation pertinent, rapide et de proximité vers la CJC par exemple, ou vers le CSAPA et le réseau de partenaires.

DISPOSITIF D'ACCÈS AUX SOINS ET CONSULTATION JEUNES CONSOMMATEURS

de l'A.N.P.A.A. de l'Aube

Depuis la mise en place des consultations jeunes consommateurs (CJC) dans notre structure, nous faisons le constat qu'elles sont peu utilisées par le public visé, les jeunes de moins de 25 ans et les parents. Ainsi nous avons réfléchi à un dispositif visant à favoriser l'accès à ces consultations : cette expérimentation est possible grâce à une autorisation de reprise d'excédents médico-sociaux et se déroulera sur deux années minimum.

Différents axes seront développés :

- Communication auprès des partenaires et à destination du public (diffusion de documents adaptés, création de cartes de visite spécifiques et affiches, mails pour les questions/réponses) ;
- Accompagnement et soutien des équipes de professionnels travaillant auprès de ce public (milieu scolaire et extrascolaire, structures d'insertion, structures d'hébergement et de placement...). Des temps d'échanges autour de situations peuvent être mis en place

auprès des professionnels ce qui permettra aussi de présenter la prise en charge des CJC et ainsi de faciliter les orientations ;

■ Interventions accès aux soins auprès des jeunes : séances adaptées au public et à la structure, dans l'objectif de faire réfléchir les jeunes sur la place des produits ou des comportements dans leur vie. Des interventions sont aussi possibles à destination des parents sous forme de soirée-débat... Cet axe est animé par des accompagnants socio-éducatifs exerçant au sein du CSAPA. Pour favoriser le maillage territorial, ils interviennent notamment sur leurs secteurs ruraux, afin de favoriser le continuum prévention, accès aux soins, soins. Une coordination de ce dispositif est mise en place et animée par l'animatrice de prévention de l'A.N.P.A.A. 10, dans l'objectif de coordonner les actions en fonction des différents axes possibles, de les mettre en cohérence sur les secteurs concernés et de les évaluer.

Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour informer les patients et leur faire prendre conscience de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. Une information orale ou écrite et un conseil de prévention peuvent être délivrés par un professionnel de santé à diverses occasions, mais ils ne sont pas l'équivalent d'une éducation thérapeutique du patient. En France, tout programme d'éducation thérapeutique doit faire l'objet d'une autorisation par l'agence régionale de santé, ce qui conditionne le financement de l'action (Loi HPST).

L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE²⁵

Selon l'Organisation mondiale de la santé, l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

²⁵ Rapport de l'OMS-Europe, publié en 1996, Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease, traduit en français en 1998

1/2 ADDICTION

ADDICTION²⁶

« Processus par lequel un comportement pouvant à la fois permettre une production de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé de façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite, en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. [...] »
L'addiction inclut les comportements pathologiques de consommation de substances psychoactives : l'usage nocif (CIM²⁷ 10), l'abus (DSM²⁸ IV) et la dépendance.

Depuis 2013 le DSM V²⁹

- ajoute en un seul diagnostic de « trouble d'utilisation de substance » les diagnostics d'abus de substance et de dépendance à une substance du DSM-IV ;
- réitère le critère de problèmes légaux récurrents pour l'abus de substance ;
- ajoute un nouveau critère de fort désir ou besoin (craving) d'utiliser la substance ;

26 REYNAUD M., PARQUET P.J., LAGRUE G. Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. Rapport au directeur général de la santé. Paris, Odile Jacob, 2000. Page 15 et page 37.

27 Classification internationale des maladies réalisée par l'OMS.

28 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, classification américaine des pathologies.

29 Dr A. Rigaud - DSM-V, maladie unique liée à l'alcool et prévention – SFA, 21 mars 2013

- ajoute des diagnostics de sevrage au cannabis et à la caféine ;
- inclut le jeu pathologique (lequel figurait dans le DSM-IV dans les troubles du contrôle des impulsions).

PRATIQUES ADDICTIVES³⁰

Ensemble des comportements de consommation de substances psychoactives, car ils présentent, à côté de leur diversité, une même potentialité évolutive reposant sur les mêmes déterminants. Les pratiques addictives sont définies, dans une démarche descriptive, par l'ensemble des comportements de consommations de substances psychoactives – usage, usage nocif et dépendance – et dans une démarche compréhensive, par l'ensemble des déterminants permettant de comprendre leur initiation, leur fonctionnement, leur évolution : pérennisation ou cessation.

Les pratiques addictives – pour être plus précis, il faudrait dire « les pratiques de consommations susceptibles d'induire une addiction » – incluent la totalité des conduites addictives, la totalité des comportements de consommation : cela signifie que la notion d'usage doit être incluse dans la réflexion.³¹

30 REYNAUD M., PARQUET P.J., LAGRUE G. Op. cité, page 16

31 *Traité d'addictologie*. Sous la direction de Michel REYNAUD. Paris, Flammarion, 2006 (Médecine-Sciences). Page 3

CONDUITE ADDICTIVE (Goodman, 1990) ET MODÈLE TRIVARIÉ DE LA DÉPENDANCE (Olivenstein)

Une conduite est addictive quand un sujet, de manière impulsive et donc difficile à contrôler, est obligé de recourir à un comportement ou à l'usage d'un produit pour rétablir son homéostasie interne, c'est-à-dire pour abaisser sa tension et se procurer du plaisir. Il recourt à cette conduite et à ce produit de manière répétitive bien qu'il ait conscience du caractère nuisible de ce comportement.

Des critères d'addiction applicables à l'ensemble des comportements (avec ou sans produit) ont été proposés en 1990 par Aviel Goodman :

- A. Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement ;
- B. Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement ;
- C. Plaisir ou soulagement pendant sa durée ;
- D. Sensation de perte de contrôle pendant le comportement ;
- E. Présence d'au moins cinq des neuf sous-critères suivants :

1. Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation,
2. Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaité à l'origine,
3. Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement,
4. Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre,
5. Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales,
6. Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement,
7. Perpétuation du comportement, bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou psychique,
8. Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité,
9. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement ;

F. Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue.

Ces critères d'addiction montrent bien que ce n'est pas le produit qui définit l'addiction, mais le rapport qu'entretient la personne avec ce produit dans son contexte socio-environnemental. Il s'agit ici du modèle trivarié de Claude Olivenstein, soit la rencontre entre « une personnalité, un produit, un moment socioculturel ».

ADDICTION SANS PRODUIT

Le domaine d'action de l'A.N.P.A.A. couvre aujourd'hui l'ensemble des addictions : usage, usage détourné et mésusage d'alcool, tabac, drogues illicites, médicaments psychotropes et addiction sans produit. C'est la mise en place des CSAPA prévue par le décret du 14 mai 2007, qui a permis le développement de la prise en compte des pratiques du jeu excessif et autres addictions sans produit à l'A.N.P.A.A. et l'accompagnement des professionnels par la formation interne. Les risques liés à ces comportements pour l'individu, son entourage et la société sont abordés dans une perspective globale, psychologique, biomédicale et sociale.

Certains individus ont des comportements qui rappellent ceux de personnes dépendantes face à leurs produits : par exemple, des conduites vis-à-vis du sexe, du jeu, du sport, de la nourriture, du travail, des actes d'achat et des nouvelles technologies (jeu vidéo, téléphone portable, Internet...).

Le but de ces comportements est d'obtenir un plaisir et un apaisement sans qu'ils soient pour autant pathologiques. Le concept d'addiction comportementale n'apparaîtra que si la personne éprouve, pour l'objet qui la passionne, un véritable besoin plus qu'un désir, et si celle-ci poursuit ce comportement malgré les conséquences négatives sur sa vie sociale ou affective ou sur sa santé.

Sans vouloir être exhaustif, on peut citer les principales addictions comportementales :

- Le jeu pathologique (addiction aux jeux de hasard et d'argent) ;
- Les achats compulsifs ;
- L'addiction au sport et à l'exercice physique ;
- L'addiction sexuelle ;
- Le travail pathologique ;
- Les troubles des conduites alimentaires ;
- La cyberdépendance...³²

³² *Traité d'addictologie*. Sous la direction de Michel REYNAUD. Paris, Flammarion, 2006 (Médecine-Sciences)

ENQUÊTE SUR LA PRÉVALENCE DE LA DÉPENDANCE AU JEU CHEZ LES CONSULTANTS DU RÉSEAU A.N.P.A.A.

Le jeu pathologique est l'addiction comportementale la plus fréquemment rencontrée par les équipes de professionnels des CSAPA A.N.P.A.A. Une enquête de mars 2009, diligentée par la délégation à l'évaluation et la recherche de l'A.N.P.A.A., réalisée sur la base du volontariat auprès de 2700 usagers d'établissements gérés par notre association, a permis d'observer que :

- les joueurs pathologiques étaient plus souvent de sexe masculin ;
- 6 à 7% des consultants en difficulté avec l'alcool, le cannabis, l'héroïne ou le tabac étaient classés comme très dépendants au jeu. Cette fréquence doublait (14,3%) chez les poly consommateurs. En revanche, les équipes de prévention sont davantage sollicitées par les jeunes et les équipes éducatives dans le cadre d'actions de prévention sur le thème des addictions aux nouvelles technologies.

HARCÈLEMENT ET RÉSEAUX SOCIAUX

une action de l'A.N.P.A.A. de la Mayenne

Une première demande d'un établissement scolaire nous a permis de concrétiser une expérience sur le thème « Harcèlement et réseaux sociaux ». Les échanges entre professionnels sur ce projet ont permis l'émergence de nouvelles demandes sur cette thématique.

Sept établissements, dont cinq collèges, se sont saisis du sujet.

Les séances ont pour objectif de favoriser l'expression individuelle et collective sur la notion de harcèlement et les conséquences liées directement et indirectement à cette situation :

- s'interroger sur les attitudes autour des trois acteurs principaux (harceleur, victime, spectateur) ;
- confronter les opinions pour prendre conscience des limites et des ressentis de chacun (renforcer les compétences psychosociales) ;
- mettre en lumière (et alerter sur) les prises de risque liées au mal-être des personnes.

Plus de 260 lycéens ont déjà participé activement à ces séances en présence d'un professionnel éducatif. Au vu de la montée en puissance de ces demandes, il est envisagé dans la poursuite du projet de :

- développer le travail en binôme avec les professionnels de l'établissement ;
- favoriser leurs connaissances sur ce sujet ;
- accompagner dans la mise en place d'un protocole, d'une charte...

L'omniprésence des nouvelles technologies peut conduire à une réelle addiction et créer des difficultés à distancier virtuel et réalité. La place ambivalente des outils NTIC renforce notre intention d'utiliser cette nouvelle entrée pour aborder le champ global des addictions. Elle considère la fonction du produit au sens générique, fut-il alcool ou téléphone portable.

2 ANIMATEUR DE PRÉVENTION

1/ COMPÉTENCES ET POSTURES PROFESSIONNELLES

2/1 COMPÉTENCES ET POSTURES PROFESSIONNELLES

Intervenir en prévention en direction de publics divers, qu'ils soient en difficulté ou non, nécessite des compétences particulières.

En plus de s'appuyer sur des données validées et actualisées par l'ensemble des communautés scientifiques et d'utiliser des supports d'intervention de qualité, les animateurs de prévention doivent inscrire leurs projets dans une démarche globale, durable, évaluative, basée sur des méthodologies reconnues et validées, dans un objectif constant de qualité.

Toutefois, il est important de rappeler qu'être animateur de prévention à l'A.N.P.A.A., c'est travailler au sein d'une équipe pluridisciplinaire, complémentaire, dans un continuum de compé-

tences. Cette question est aussi celle des compétences d'une équipe, elles ne sont pas portées exclusivement par un seul individu.

Les missions d'un animateur de prévention à l'A.N.P.A.A. sont de concevoir, développer, mettre en place, animer, évaluer des actions de prévention, de sensibilisation et de formation en direction de publics très divers, et de créer des outils adaptés, support des interventions. Plus globalement, il s'agit également d'une mission de soutien à la mise en place de projets en assurant la coordination avec l'ensemble des partenaires.

Pour mener à bien ces missions, un certain nombre de connaissances, de pratiques et de compétences professionnelles sont nécessaires, en particulier :

■ **connaître le contexte** et l'environnement institutionnel des politiques de santé, pouvoir se situer et y participer afin de comprendre les enjeux et les rôles des différents acteurs ;

- développer et actualiser ses connaissances en addictologie ;
- situer la prévention des conduites addictives dans le champ de la promotion de la santé, maîtriser les concepts clés ;
- mettre en œuvre un projet de prévention, selon une méthodologie validée, de l'état des lieux à l'évaluation du projet.

Être animateur de prévention à l'A.N.P.A.A. c'est également des attitudes et des postures à privilégier. Plus généralement, il importe de se questionner régulièrement sur son positionnement, ses connaissances, ses représentations et son éthique. Il faut être également en capacité de refuser de réaliser une action qui ne s'inscrit pas dans ce cadre d'intervention.

Il n'existe pas de « recette miracle » pour mener des actions de prévention des conduites addictives efficaces. Les pratiques addictives relèvent de phénomènes complexes, les réponses apportées ne peuvent être ni uniques ni relever de modèles parfaitement adaptables. Toutefois un certain nombre de recommandations à prendre en compte, pour mener des actions de prévention de qualité, font consensus au sein de la communauté scientifique.

Quelques recommandations pour mener des actions de prévention des conduites addictives efficaces³³ :

33 (Adapté de) Expertise collective INSERM

❖ S'inscrire dans une démarche de promotion de la santé : il est reconnu que les stratégies de prévention les plus efficaces sont celles qui reposent sur une approche globale prenant en compte les facteurs individuels et les facteurs environnementaux ;

❖ S'inscrire dans la durée : il est démontré que les interventions ponctuelles ne produisent des effets qu'à court terme, pour être efficaces les actions de prévention doivent s'inscrire dans la durée ;

❖ Ne pas se limiter à transmettre un savoir, mais privilégier d'autres objectifs comme la modification des représentations ou l'acquisition de nouvelles compétences : il est reconnu que l'amélioration des connaissances ne suffit pas à faire évoluer les comportements ;

❖ Viser le développement des compétences psychosociales : la recherche a démontré qu'un individu doté de bonnes aptitudes personnelles et sociales est moins susceptible de s'engager dans des comportements à risque qu'un individu chez qui elles font défaut. Ces aptitudes (la confiance en soi, la capacité à prendre des décisions réfléchies, à contrôler ses émotions, à communiquer, etc.) se construisent progressivement pendant l'enfance et à l'adolescence ;

.....

« Conduites addictives chez les adolescents » 2014, « Alcool et jeunes. Les mesures les plus efficaces pour réduire les méfaits liés à la consommation d'alcool. Synthèse des connaissances et exemples d'actions », AIRDDS Bretagne 2013, guide « Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? » INPES 2009.

❖ Impliquer les publics ciblés dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du projet : participer à un processus de prévention est une expérience qui en soi peut suffire à une prise de conscience et à une modification des comportements ;

❖ Intégrer la notion de santé positive dans ses interventions : développer des interventions axées sur le renforcement des facteurs protecteurs et pas exclusivement sur les risques et dommages ou les maladies liées aux pratiques addictives ;

❖ Ne pas utiliser la peur comme levier : en appelant à la responsabilité individuelle, faire appel au modèle de la peur peut à lui seul provoquer un glissement de la responsabilisation à l'incrimination ;

❖ Ne pas juger, stigmatiser ou culpabiliser des populations : adapter les stratégies d'intervention et les supports en fonction des publics, ne pas axer l'intervention sur la menace ou l'usage de la peur ;

❖ Prendre en considération le point de vue du public ciblé, ses expériences et ses besoins : une intervention de qualité intègre et respecte les représentations des publics, leurs motivations, leurs croyances et leurs valeurs afin de transmettre des messages qui feront écho à leur réalité. Il s'agit de valoriser les publics ciblés en s'appuyant sur leurs ressources ;

❖ Tenir compte des avantages liés à la consommation de produits psychoactifs : prendre en compte la notion de plaisir et les avantages perçus et les analyser avec les publics afin de les engager sur une réflexion critique ;

❖ Apporter une information objective et scientifiquement validée : veiller à ne pas dramatiser la situation ou exagérer les risques encourus ;

❖ Intégrer au projet des activités visant à renforcer la capacité d'agir des publics ciblés : favoriser la prise de conscience, le développement des connaissances et des compétences psychosociales ;

❖ Privilégier les méthodes interactives favorisant la participation active des publics : utiliser des modalités d'intervention comme la prévention par les pairs, le théâtre forum, etc. ;

❖ Intégrer un mécanisme de repérage et d'orientation : favoriser l'accès aux soins.

3 PUBLICS

- 1/ PUBLICS CIBLÉS : POPULATION GÉNÉRALE TOUT AU LONG DE LA VIE ET POPULATIONS SPÉCIFIQUES
- 2/ PAIRS
- 3/ PROFESSIONNELS RELAIS



La prévention s'adresse à des sujets, elle sollicite leur participation et leur adhésion, dans le respect de leur autonomie, de leurs valeurs et de leurs sensibilités, avec le souci permanent de leur bien-être et de leur santé, ainsi que ceux de leurs proches.

La prévention doit s'inscrire dans la durée, à tout âge, pour tout public et en tout lieu.

L'A.N.P.A.A. intervient dans la proximité, grâce à la présence d'équipes professionnelles et le soutien de bénévoles dans tous nos comités départementaux et régionaux implantés sur l'ensemble du territoire. Cette proximité se concrétise par des interventions au plus près des populations, en appui de la déclinaison territoriale des politiques publiques en addictologie, selon un continuum en 4 axes :

- **Continuum des addictions** : toutes les pratiques addictives, avec ou sans produits ;
- **Continuum des activités** : la promotion de la santé, la prévention des risques et la réduction des dommages, le repérage précoce, l'accompagnement et les soins ;
- **Continuum des publics** : en s'adressant à tous les milieux, à tous les âges de la vie, en tout lieu (de travail, de loisirs, d'activités sportives...), aux personnes présentant des pratiques addictives et leur entourage, aux populations vulnérables (jeunes, femmes enceintes, personnes en situation de précarité, personnes sous main de justice, seniors...);
- **Continuum des territoires** : reposant sur un maillage pertinent et intégrant l'ensemble des partenaires et des acteurs.

Et selon des modalités d'intervention adaptées aux publics et ajustées aux problématiques.

La diversité des publics rencontrés et des stratégies d'interventions adaptées est représentée ci-dessous à partir d'illustrations d'actions regroupées en trois grandes catégories de publics : les publics ciblés (population générale tout au long de la vie et populations spécifiques), les pairs et les professionnels relais.

3/1 PUBLICS CIBLÉS : POPULATION GÉNÉRALE TOUT AU LONG DE LA VIE ET POPULATIONS SPÉCIFIQUES

L'approche populationnelle est de plus en plus demandée, notamment dans les schémas régionaux de prévention ou les contrats locaux de santé. Cette approche est souvent déclinée selon les âges de la vie et en deux grandes catégories : la population générale (périnatalité, enfance, jeunesse, séniors, etc.) et les populations spécifiques (personnes en situation de handicap, personnes en situation de précarité, personnes migrantes, personnes détenues...). Cette approche nous impose de faire évoluer nos pratiques en privilégiant les méthodologies d'intervention les plus adaptées.

Ci-dessous des exemples d'actions :

ADDICTIONS, PÉRINATALITÉ ET PARENTALITÉ

de l'A.N.P.A.A. Nord-Pas-de-Calais
Depuis près de 10 ans, l'A.N.P.A.A. Nord-Pas-de-Calais a engagé, grâce au soutien financier de l'agence régionale de santé et des conseils généraux, un vaste programme de formation-action sur la thématique « Addictions, périnatalité et parentalité ». Au départ concentré sur la question de l'alcool, la grossesse et la santé des femmes, le programme s'est ensuite élargi à la prise en compte de l'ensemble des problématiques addictives et à celle de la paren-

talité. À l'échelle d'un territoire, un groupe de pilotage réunit les réseaux périnatalité, les services de protection maternelle et infantile, les maternités, les services d'addictologie et la pédopsychiatrie. Ces rencontres sont l'occasion de réfléchir aux articulations nécessaires pour une meilleure prévention et une prise en charge des consommations d'alcool et d'autres substances psychoactives pendant la grossesse.

Par manque de temps, par peur de blesser ou de faire intrusion dans la vie privée de la personne, mais aussi parce qu'ils se sentent impuissants et connaissent mal les services d'addictologie, les professionnels de la périnatalité sont peu à l'aise pour aborder la consommation de substances pendant la grossesse. Le plus souvent, et en particulier quand il s'agit de la consommation d'alcool, le problème majeur n'est pas celui des connaissances, mais d'oser en parler, de dépasser ses représentations. Des formations de 3 à 4 jours, proposées de manière transversale et pluridisciplinaire, permettent de travailler sur les savoir-être et les savoir-faire, de proposer des outils concrets dans le repérage et l'accompagnement des personnes. D'autres sessions, souvent plus courtes, sont proposées aux acteurs de la petite enfance pour les aider à repérer et orienter de manière précoce les enfants porteurs de séquelles d'une alcoolisation fœtale et à situer leur place dans l'accompagnement des parents présentant des conduites addictives.

Afin de toucher le plus de professionnels possible, des journées d'étude, une exposition et des plaquettes pour les professionnels sont également proposées.

GRUPE DE PAROLE ENFANTS

de l'A.N.P.A.A. Ille-et-Vilaine

Les groupes accueillent des jeunes de 10 à 18 ans ayant un membre de leur famille dépendant à l'alcool. Les jeunes sont orientés vers le groupe de parole soit par des professionnels médico-sociaux, judiciaires, scolaires, éducatifs, soit par des associations, soit par des membres de leur entourage familial ou amical. Ils peuvent aussi eux-mêmes prendre contact directement.

Les rencontres du groupe de parole sont animées par trois adultes professionnels, dont deux permanents présents à l'ensemble des groupes de parole.

Un premier entretien est proposé au jeune pour faire connaissance avec un des adultes permanents du groupe. S'il le souhaite, le jeune peut être accompagné par un proche durant cet entretien. Les groupes sont ouverts c'est-à-dire que chaque jeune a la possibilité d'assister au nombre de réunions qu'il souhaite. Il y vient quand il en ressent le besoin. Nous travaillons de façon non directive. Ce sont les jeunes qui nourrissent et enrichissent les échanges à partir de leurs témoignages sur leur vécu et l'expression de leurs émotions.

GRUPE D'INFORMATION ET D'EXPRESSION À DESTINATION DES PARENTS

de l'A.N.P.A.A. Ille-et-Vilaine

Groupe à destination des parents ou l'entourage, se présentant comme un espace d'expression, de partage, d'échange et d'écoute réciproque au-

tour du thème des comportements à risques et des addictions des adolescents. Le groupe se réunit sur la base de 4 séances d'1h30 sur espace-temps défini (1 à 2 mois).

Par une approche pragmatique et concrète des problématiques des parents, l'objectif est de globaliser les problématiques individuelles afin de réfléchir ensemble à la « résolution » de situations problèmes y compris la gestion de l'émotion des participants et en facilitant le cas échéant le relais éventuel vers d'autres dispositifs d'écoute et de suivi.

Les publics concernés sont toute personne adulte, membre de la famille (*parent, oncle, tante, grands-parents*), en questionnement voire en souffrance par rapport à des situations et des comportements à risques ou des conduites addictives d'adolescent (12-18 ans).

ACTION « JEUNES ET ADDICTIONS » MENÉE DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT AGRICOLE DU LIMOUSIN

par l'A.N.P.A.A. Limousin et le RESEDA

Ce projet d'une durée de 18 mois est mené dans le cadre de l'appel à projets national de la Direction générale de la santé visant à promouvoir des actions concourant à améliorer la compréhension, la prévention et la prise en charge des conduites addictives chez les jeunes de 11 à 25 ans. La filière agricole en Limousin représente neuf établissements d'enseignement. Chacun d'eux a ses

spécificités, les élèves entrant dans ces filières viennent de la France entière. La majorité est en internat et l'éloignement de leurs parents, de la famille et des amis, peut conduire à des pratiques addictives. Les objectifs du projet sont de capitaliser les efforts de la communauté éducative et des intervenants divers sur les thématiques préventives. Pour ce faire il s'agit de :

■ **renforcer le partenariat** avec les établissements d'enseignement agricole et le RESEDA (Réseau EPS, écoute, développement de l'adolescent) ;

■ **développer une aide au montage de projets de prévention** spécifiques à chaque établissement agricole ;

■ **mettre en place une formation** à destination des équipes pédagogiques sur la santé et les addictions ;

■ **former aux conduites addictives des adultes relais**, futurs référents des équipes pédagogiques ;

■ **mobiliser et former un groupe de jeunes volontaires** sur les conduites addictives au sein de chaque établissement ;

■ **produire un document d'aide méthodologique** sur la prévention des conduites addictives (alcool et NTIC) ;

■ **mettre en place un partenariat avec les organismes** sportifs, culturels et sociaux de proximité et former les animateurs au repérage de conduites à risque en matière d'addiction.

ORGANISATION D'UNE SOIRÉE ÉTUDIANTE

❖ l'exemple de l'A.N.P.A.A. Côte-d'Or

L'A.N.P.A.A. 21 intervient depuis une dizaine d'années en soirées étudiantes. Au fil du temps s'est tissé un partenariat avec les associations étudiantes et les responsables d'établissements de nuit de Dijon qui font régulièrement appel à l'A.N.P.A.A. 21 afin de mettre en place une action de prévention pendant les soirées qu'ils organisent. D'une manière générale, l'intervention est assurée par un animateur de l'A.N.P.A.A. 21 accompagné d'étudiants bénévoles de l'école de commerce de Dijon (préalablement formés en addictologie). Ensemble, ils vont à la rencontre des étudiants tout au long de la soirée, de 23h à 4h du matin.

Ces intervenants, identifiés par un tee-shirt spécifique, vont vers les jeunes dès l'entrée de la discothèque et circulent dans la salle pour échanger avec eux sur leur consommation de produits. En appui aux animateurs, un stand est disposé dans un lieu stratégique de l'établissement. C'est à cet endroit que les étudiants peuvent souffler dans un éthylomètre électronique, outil principal de l'action, obtenir de l'information sur les produits psychoactifs, bénéficier de conseils pour leur retour de soirée (numéro des taxis, horaires de la ligne de bus de nuit...) ou d'informations sur le réseau d'accompagnement et de soin existant.

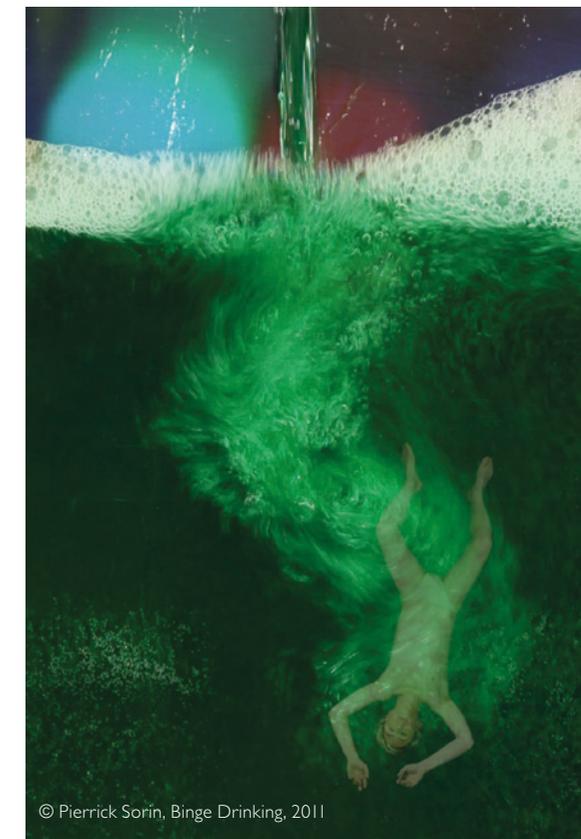
« BINGE DRINKING » UNE ŒUVRE D'ART AU SERVICE DE LA PRÉVENTION DE LA CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL CHEZ LES JEUNES

❖ © Pierrick Sorin, Binge Drinking, 2011

Cette œuvre, commandée par l'A.N.P.A.A. nationale dans le cadre du programme « Nouveaux commanditaires » de la Fondation de France et réalisée par l'artiste vidéaste Pierrick Sorin, a été inaugurée en mai 2011 à la Cité internationale universitaire de Paris. Avec Binge Drinking, notre objectif est d'intervenir dans les milieux universitaires, lycéens et festifs en créant un événement artistique itinérant et interactif pour mieux interroger les jeunes sur leur relation à l'alcool, en particulier quand ils font la fête. Il s'agit également pour nous, par l'intermédiaire de cette exposition, de mobiliser les acteurs locaux pour interpeller l'opinion publique sur la problématique de la consommation excessive d'alcool, en recherchant systématiquement un impact médiatique local. Pour chacune des expositions, une inauguration est organisée et les équipes locales de prévention A.N.P.A.A. mènent des actions de prévention autour de l'œuvre.

Depuis 2011, elle a été exposée au forum A.N.P.A.A. de la prévention à Paris, au théâtre national de Toulouse, dans les universités de Haute-Alsace, de Lille III, de Reims, de Rennes I et de Rennes II, de Montpellier II, de Clermont-Ferrand, de Picardie-Jules-Verne, de Dijon, de Bordeaux IV et à l'institut universitaire de technologie d'Amiens,

Cette action est réalisée avec le soutien de la Fondation de France, de l'INPES, du théâtre de la Cité internationale, et du conseil régional Nord-Pas-de-Calais. Le producteur/médiateur est artconnexion.



© Pierrick Sorin, Binge Drinking, 2011

Œuvre réalisée par Pierrick Sorin pour l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie – A.N.P.A.A. dans le cadre de l'action des Nouveaux commanditaires grâce au soutien financier de la Fondation de France, de l'INPES, du Théâtre de la Cité Internationale et du Conseil Régional Nord-Pas-de-Calais. Médiation-Production : Artconnexion, Lille.

ACTION EN DIRECTION DES FUTURS CONDUCTEURS

par l'A.N.P.A.A. de la Somme

En partenariat avec la police nationale, l'A.N.P.A.A. 80 intervient auprès de jeunes qui préparent le permis AM pour les cyclomoteurs. Ces interventions de 2 heures se déroulent dans le cadre d'un des quatre modules « Sensibilisation aux risques ».

L'objectif de ces sensibilisations est d'apporter de l'information sans être moralisateur, de prévenir ce jeune public des effets indésirables de l'alcool et du cannabis, couper court aux idées reçues et démontrer, à l'aide d'un logiciel, que l'élimination du taux d'alcoolémie dans le sang varie en fonction de nombreux critères (poids, taille, sexe, nombre de verres consommés sur une période...).

UN EXEMPLE DE DÉMARCHÉ D'INTERVENTION EN ENTREPRISE

par l'A.N.P.A.A. de Paris

L'A.N.P.A.A. 75 a accompagné le comité de pilotage de l'hôpital psychiatrique Maison Blanche (HMB) dans la conception et la réalisation d'un dispositif de formation à l'attention de ses cadres de santé. Afin de démarrer dans les meilleures conditions possible le plan de formation, le comité de pilotage (copil) a décidé de réaliser, avant la mise en place des actions de formation, un colloque d'une journée sur la thématique des risques professionnels liés aux conduites addictives dont l'A.N.P.A.A. 75 a assuré l'organisation et l'animation. Cent cadres

de santé ont participé au colloque. À la suite du colloque, l'A.N.P.A.A. 75 a proposé au copil un programme de formation sous la forme d'un synopsis détaillé (objectifs pédagogiques, méthodes, techniques d'animation, contenus). Quatre sessions de formation de deux jours ont été validées par le copil à destination des cadres de santé.

ACTION MENÉE EN DIRECTION DES JEUNES ET DES PROFESSIONNELS DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE

par l'A.N.P.A.A. de Paris

L'A.N.P.A.A. 75 travaille en partenariat avec la protection judiciaire de la jeunesse 75 depuis maintenant trois ans. En 2013, une animatrice de prévention a co-animé avec une professeure de théâtre de la Compagnie Guild, 10 ateliers de 3h à destination d'une dizaine de jeunes en formation pour devenir animateur au sein de l'unité éducative en accueil de jour de Romainville, située dans le 19^e arrondissement de Paris. L'objectif des ateliers et du média théâtre était le développement des compétences psychosociales de ces jeunes. À l'aide d'improvisations, en individuel, en groupe, entre jeunes, avec des comédiens professionnels, nous avons travaillé ensemble sur le développement de l'estime de soi, la communication, l'empathie, les émotions, etc. Les retours positifs des jeunes et professionnels de la PJJ à l'issue de cette aventure nous confortent dans l'idée de proposer des programmes de développement des

compétences psychosociales, convaincus que nous sommes qu'elles confèrent à ce public des ressources pour limiter le recours aux conduites à risques, notamment en matière de consommation de produits psychoactifs.

ACTION MENÉE À DESTINATION DES RÉSIDENTS ET DES PROFESSIONNELS D'UNE STRUCTURE ACCUEILLANT UN PUBLIC D'ADULTES CÉRÉBRO-LÉSÉS

par l'A.N.P.A.A. de la Seine-et-Marne

Sollicité par l'établissement fin 2011, le constat suivant s'est imposé : des résidents sous traitement en mal de vivre fumant du cannabis et s'alcoolisant à l'occasion et une équipe éducative en manque de repères vis-à-vis de ces consommations. Le projet s'est donc décliné auprès :

- des résidents sous la forme d'un groupe d'expression et d'échanges 1 fois par mois ;
- d'un groupe de professionnels avec un temps sur les fondamentaux en addictologie puis un travail autour des pratiques 1 fois par mois.

Démarré à la rentrée 2012, ce travail s'est déroulé tout au long de l'année suivante avec la participation active et une adhésion forte de l'ensemble des acteurs et une implication réelle de la direction. Il s'est concrétisé fin 2013 par une soirée festive auprès d'un public de pairs à partir de jeux théâtraux organisés et animés par le groupe des résidents avec le soutien de l'intervenante de l'A.N.P.A.A. 77. Du côté des profes-

sionnels, le travail mené se traduit par l'élaboration, l'édition et la diffusion d'un livret de « bonnes pratiques » destiné à l'ensemble des salariés de l'association.

Les résidents comme les professionnels ont apprécié ces moments qui leurs ont permis, pour les uns de s'exprimer librement sur leurs consommations en dehors de tout jugement et pour les autres de prendre du recul et de mieux ajuster leurs pratiques éducatives. Ce travail a ainsi contribué à faire baisser les tensions qui régnaient autour de la question des consommations au sein de l'institution et à apaiser les relations entre les hébergés et les éducateurs à ce sujet.

« LE PRÉSO FAIT SON SHOW »,

exposition du CAARUD

A.N.P.A.A. de l'Allier la Passerelle

L'établissement s'est inscrit dans le cadre de l'« Opération 12 000 préservatifs féminins en CAARUD Rhône-Alpes et Auvergne » menée par le CAARUD A.N.P.A.A. 43 la Plage, dans l'objectif de promouvoir le préservatif féminin auprès d'usagers de drogues. Ce projet, rebaptisé « Sexe, Drogues, Égalité » utilise le sexoKit comme vecteur de dialogue sur les consommations de produits, la sexualité et les rapports dans le couple. Le sexoKit comprend un préservatif féminin, un préservatif masculin, un lubrifiant à base d'eau, quatre lingettes, deux mouchoirs en papier et le mini manuel d'accompagnement.

Avec l'aide d'une plasticienne, en partenariat avec le bureau des étudiants de l'I.F.S.I. et l'association « l'Accueil de

Jour», le CAARUD la Passerelle a organisé l'exposition « Le préso fait son show » à la cité administrative, ouverte au grand public lors de la semaine de la santé à Montluçon. Un annuaire de gynécologie a été élaboré, qui regroupe les coordonnées des différents gynécologues sur Montluçon, des consultations au centre hospitalier et de l'ISBA, ciblant les lieux de mise à disposition gratuite de préservatifs.

ADDICTIONS ET TRANSCULTURALITÉ, UN EXEMPLE D'ACTION MENÉE EN CADA

par l'A.N.P.A.A. du Cher

Depuis 2006, une convention de partenariat existe entre le CADA ADOMA de Vierzon et l'A.N.P.A.A.18, suite au repérage de difficultés liées à des consommations de produits par l'équipe du CADA. Dans l'évolution de ce partenariat, en 2008, ont été mis en place des ateliers de prévention auprès des adolescents, des familles et des personnes isolées à raison de 6 séances par an. Ces groupes sont animés par deux professionnelles (psychologue formée à la clinique transculturelle et animatrice de prévention) de l'A.N.P.A.A.18 accompagnées par un référent du CADA. Nos questions se sont donc orientées sur la manière dont nous pouvions faire de la diversité culturelle des publics rencontrés un avantage. Nous avons alors souhaité créer un outil adapté à des personnes issues de cultures diverses et susceptibles d'apporter des échanges interculturels riches. Loin de vouloir stig-

matiser la différence culturelle, mais dans la logique de la prévention défendue par l'A.N.P.A.A.18 dont le but est de travailler sur les représentations de tout un chacun concernant les addictions, les intervenantes ont ainsi interrogé les représentations culturelles des personnes présentes sur le groupe. En effet en fonction du pays d'origine les regards, représentations, informations sur les consommateurs et les produits ne sont pas les mêmes, les législations divergent... Celles-ci sont le moteur du débat au sein des groupes. En concertation avec les résidents, les professionnels du CADA et de l'A.N.P.A.A.18 se sont réunis afin de travailler autour d'un projet de création axant la thématique addictive au travers de la dimension culturelle. Ils ont créé un « photo-expression » composé de 24 photographies. Elles abordent différentes situations vécues par les demandeurs d'asile, qu'elles soient ou non en lien direct avec les addictions, leurs histoires de vie passée ainsi que le contexte de leur vie actuelle. Cet outil permet d'acquérir des informations sur la législation française parfois différente de celle de leur pays d'origine, mais aussi d'ouvrir la possibilité d'aborder leurs représentations (individuelles, collectives et culturelles), autour des relations homme/femme, migrants/autochtones, jeunes/adultes, mais aussi autour de leurs croyances et convictions.

« AU FIL DE SOI » UN PROJET D'ACCÈS AUX SOINS POUR DES FEMMES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ,

de l'A.N.P.A.A. du Pas-de-Calais

Le projet vise, par l'intermédiaire d'activités artistiques, à favoriser l'accès aux soins des femmes vivant en situation de précarité présentant ou non des conduites addictives, leur ouvrir un espace de sécurité, les remobiliser autour de leur santé, développer leurs compétences psychosociales et l'estime d'elles-mêmes.

Trois éditions de ce projet ont permis à une quarantaine de femmes hébergées en CHRS de s'appuyer sur l'écriture ou la création artistique (avec une art-thérapeute et le Louvre-Lens) pour sortir de l'isolement, recréer du lien, exprimer leurs ressentis, leurs émotions... À l'issue de ce travail, une exposition est organisée afin de valoriser l'investissement de ces femmes. *Sylviane a participé à toutes les séances du Louvre-Lens et s'est ouverte peu à peu aux autres et à ses propres émotions. Visiblement très affectée par une consommation excessive et ancienne d'alcool, Sylviane a commencé le cycle sans grand plaisir apparent. Elle a alors rapidement pris confiance en elle et maîtrisé les techniques picturales abordées. Lors des dernières séances consacrées aux arts de l'Islam, Sylviane est parvenue à créer un dessin grand format aux couleurs très vives qu'elle souhaite exposer et qu'elle offrira ensuite.*

Le projet est soutenu et financé par la MILDT (1^{re} édition) et le conseil général du Pas-de-Calais pour les suivantes.

ACTIONS DE SOUTIEN MÉTHODOLOGIQUE ET DE SUIVI POST-ACTION

de l'A.N.P.A.A. Drôme

L'A.N.P.A.A. 26 et deux animateurs socio-éducatifs AFPA ont mis en œuvre une action à destination de chaque stagiaire AFPA, à l'entrée de sa formation, sur les sites du Teil, de Romans et de Valence. Cette action a pour objectif de sensibiliser les futurs professionnels via une séance d'échanges et d'information sur les liens entre les addictions et risques professionnels sur les plans sanitaires, sociaux, professionnels, judiciaires, routiers, et les dispositifs d'accès aux soins (médecine du travail, CSA-PA...). Initiée en 2010, l'action a été systématisée en 2012-2013. Après un soutien technique et méthodologique renforcé de l'A.N.P.A.A. 26, l'AFPA est désormais autonome dans la mise en œuvre de l'action. Les deux animateurs socio-éducatifs AFPA ont été récompensés en interne par le Trophée de l'engagement et de la responsabilité sociétale des entreprises pour cette action jugée « innovante et mobilisatrice rendue possible grâce à l'implication de l'A.N.P.A.A. 26 depuis 2010 ». L'A.N.P.A.A. 26 continue d'assurer le suivi méthodologique du projet, notamment par le soutien documentaire et technique.

STAGES DE SENSIBILISATION AUX DANGERS DE L'USAGE DE PRODUITS STUPÉFIANTS

l'exemple de l'A.N.P.A.A. Meurthe-et-Moselle et de l'A.N.P.A.A. de la Meuse

La loi relative à la prévention de la délinquance du 5 mars 2007 prévoit d'améliorer la réponse pénale à l'usage de drogues illicites. Dans ce but, un nouveau dispositif a été mis en place : le stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants. L'objectif de ces stages est d'induire une prise de conscience des risques liés à l'usage des drogues sur le plan sanitaire ainsi que les implications pénales et sociales de cette conduite, afin de décourager les consommations et d'éviter notamment l'installation des usages problématiques. Le public visé par ces stages pédagogiques est essentiellement l'usager peu ou pas encore dépendant et pour qui la mesure de rappel à la loi ne semble pas adaptée. Le stage est payant et peut être prononcé au titre des mesures alternatives aux poursuites, de l'ordonnance pénale et de la composition pénale.

Depuis 2009 en Lorraine, l'A.N.P.A.A. s'est vue confier l'organisation de ces stages par les procureurs de la République des parquets de Briey, Nancy, Verdun et Bar-le-Duc. Les contenus sont fixés par le cahier des charges MILDT et dispensés par des professionnels de justice, de santé et de prévention. Le stage dure entre 1 à 1,5 jour selon le tribunal. La coordination générale est assurée par un animateur de prévention de l'A.N.P.A.A.

En 2013, cinq stages ont été menés sur le parquet de Nancy et onze stages sur le parquet de Briey totalisant 149 personnes. Six stages ont eu lieu sur le parquet de Bar-le-Duc et cinq stages sur le parquet de Verdun totalisant 115 personnes.

STAGES PRÉSENTENCIELS POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE CONDUITE SOUS L'EMPRISE DE L'ALCOOL

par l'A.N.P.A.A. Charente

L'A.N.P.A.A. 16 bénéficie d'une convention tripartite depuis 2001, signée avec le tribunal de grande instance et la préfecture de la Charente, pour réaliser ces stages dont l'objectif général est la prévention de la récidive. Les publics concernés par ces stages sont les personnes en situation de conduite sous l'emprise d'alcool, à un taux supérieur ou égal à 2g/l sang ou en situation de récidive. L'orientation vers l'A.N.P.A.A. 16 se fait dès l'arrestation de la personne, celle-ci doit elle-même prendre contact avec l'association pour sa prise de rendez-vous. Un entretien préalable a lieu dans les locaux du CSAPA avec l'animatrice de prévention (ou un professionnel du CSAPA) pour proposer la participation à deux jours de sensibilisation en alcoologie. Le stage présentenciel se déroule sur deux journées consécutives avant la date du jugement. La charge financière pour la personne est modulable en fonction des revenus. Une attestation de présence est remise en fin de stage. Les stages sont animés par une animatrice de prévention et une

infirmière. Une association néphaliste apporte également un témoignage. Les stages ont pour objectifs :

- **Remettre en question et comprendre son rapport au produit**, la place du produit dans sa vie ;
- **Évaluer son mode de consommation, les risques et conséquences** médico-socio-psychologiques à court et long terme ;
- **Connaître les lieux et personnes ressources** pour une démarche d'aide ;
- **Mieux appréhender l'obligation de soins** qui peut être posée par le magistrat.

ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTÉ EN MILIEU CARCÉRAL

de l'A.N.P.A.A. de l'Aube

L'A.N.P.A.A. 10 intervient depuis de nombreuses années en milieu pénitentiaire par des accompagnements individuels. Dans le cadre de mesures nouvelles accordées par l'ARS, nous avons pu développer une approche collective en lien avec les équipes des unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) et des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) de chaque établissement (maison d'arrêt, centre de détention, centrale). Ainsi, des modules de prévention ont pu être définis sur des thématiques précises : conduites à risques et dépendance, tabac/cannabis, alcool, jeux de hasard et d'argent. Ces modules sont proposés à tous les détenus à leur arrivée par l'intermédiaire d'une plaquette de présentation transmise par les professionnels de l'UCSA. Les personnes peuvent ensuite s'inscrire aux modules de leur

choix. En fonction de la taille de l'établissement, les modules sont mis en place tous les 15 jours ou tous les mois et sont animés par un professionnel du CSAPA. En parallèle un groupe de travail réunissant : UCSA/SPIP/EPSMA (psychiatrie) et A.N.P.A.A. a été mis en place, l'A.N.P.A.A. 10 ayant été désignée par l'ARS comme référent pour les actions d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire. Ce groupe a pu faire un état des lieux des différentes actions menées en éducation pour la santé et réaliser une étude auprès de l'ensemble des détenus aubois afin d'évaluer leurs besoins et attentes dans le domaine de l'éducation pour la santé. Cette étude alimentera les projets à venir dans un souci de cohérence des interventions et des intervenants, l'axe transversal retenu étant celui du « Prendre soin de soi (à tout âge, en détention) ».

3/2 PAIRS

« L'éducation par des pairs est une alternative ou un complément aux stratégies d'éducation à la santé traditionnelles. Cette approche repose sur le fait que lors de certaines étapes de la vie, notamment chez les adolescents, l'impact des pairs est plus grand que d'autres influences.³⁴ »

« Les travaux canadiens menés depuis de longues années ont prouvé son efficacité. C'est l'invitation au dialogue, à l'ouverture. Les jeunes ne se sentent pas agressés, ni jugés ».³⁵

De nombreuses actions, en milieu scolaire et en milieu festif, font appel à des pairs (jeunes/étudiants). **Lorsqu'elle est correctement menée, cette stratégie interactive est efficace tant sur les publics ciblés que sur les pairs eux-mêmes. Il importe cependant de s'assurer que l'interactivité est réelle afin d'éviter de mettre en place des actions pseudo-participatives ne faisant appel que ponctuellement et de manière anecdotique à la collaboration des jeunes.**

Pour cela, il convient d'être vigilant au moment du recrutement des pairs, de veiller à la mise en place d'une formation de base solide à leur destination, ainsi que d'assurer un accompagnement par des

³⁴ Glossaire des termes techniques en santé publique de la Commission européenne

³⁵ Dr Philippe BATEL - Psychiatre et alcoologue, directeur de l'Unité de traitement ambulatoire des maladies addictives de l'hôpital Beaujon, à Clichy - Le Rennais - p.12 - octobre 2008 - n°396

professionnels tout au long des interventions afin de pouvoir aider les pairs, notamment par l'écoute sur le retour d'expérience et de l'apport de préconisations d'améliorations. Enfin, il conviendra d'être particulièrement attentif au relais pairs-professionnels, car il est un des éléments clés de la réussite d'une stratégie de prévention par les pairs. L'attention portée sur ce lien devra permettre notamment de ne pas laisser reposer sur des pairs des situations complexes et pouvant être vécues comme perturbantes, voire traumatisantes pour ces derniers. Pour cela des temps d'analyse de la pratique seront précieux.

Toutefois, avant de mettre en place des dispositifs de prévention par les pairs, il est indispensable de s'interroger sur comment on est pairs et sur les limites de cette prévention pour les publics et les pairs eux-mêmes.

LE DISPOSITIF NOZ'AMBULE

de l'A.N.P.A.A. d'Ille-et-Vilaine

Depuis 2008, l'A.N.P.A.A. 35 coordonne le dispositif Noz'ambule, dispositif de prévention des risques et de réduction des dommages au cœur des nuits rennaises. Financé par la ville de Rennes ce dispositif intervient les jeudis et vendredis soir dans l'hyper centre de Rennes, lieu où se concentrent les bars, bars de nuits ou boîtes, mais aussi le lieu où se rassemblent spontanément les jeunes sur l'espace public. L'équipe Noz'ambule intervient environ 40 nuits par an et rencontre environ 9000 jeunes par an. Ce dispositif est articulé autour

de deux équipes : une équipe composée d'étudiants intervenant principalement en prévention par les pairs et une équipe de professionnels (animateurs de prévention, infirmiers) intervenant en prévention des risques et réduction des dommages.

Il propose aux jeunes deux modes d'intervention :

■ **l'aller-vers** : les équipes vont à la rencontre des jeunes ;

■ **le laisser-venir** : une camionnette est stationnée dans le centre-ville et les jeunes peuvent y venir.

Pour ces deux modes d'intervention il est proposé aux jeunes d'échanger avec les intervenants ou de disposer de matériels de prévention : éthylo-tests, réglettes d'alcoolémie, préservatifs masculins et féminins, bouchons d'oreilles, documentations diverses... mais aussi du matériel de consommation, uniquement distribué par des professionnels formés : roule ta paille, stéribox, feuille d'aluminium... En cas de blessures superficielles ou d'ivresses excessives, une surveillance ou un relais vers les urgences peut aussi être proposé par l'équipe Noz'ambule, plus particulièrement par les infirmières.

LA FORMATION DE BÉNÉVOLES

l'exemple de l'A.N.P.A.A. de la Manche

L'A.N.P.A.A. 50 a une expérience de plus de dix ans d'interventions de prévention des risques et de réduction des dommages en milieu festif. Pour recruter de futurs bénévoles, L'A.N.P.A.A. 50 présente chaque année ses actions auprès des structures jeunesse partenaires

(lycées, foyers de Jeunes travailleurs, instituts de formation en soins infirmiers, ...). L'objectif est de mener des actions de prévention par les pairs. À cet effet, le bénévole s'engage dans les actions de prévention uniquement après avoir suivi une formation en deux temps. La formation est réalisée par l'animatrice de prévention de l'A.N.P.A.A. 50 sur le temps de deux soirées d'une durée de trois heures. La formation débute par un apprentissage théorique :

■ **Présentation de l'association et de ses valeurs** : représentation nationale, organigramme régional, les structures de soins et la prévention en Basse-Normandie ;

■ **La prévention des risques et la réduction des dommages en milieu festif** : une prévention en contexte de consommation. Avec notamment un travail en sous-groupe sur la notion de risques en contexte festif :

❖ Les différents espaces de prévention en festival,

❖ Les différentes facettes des produits (toxique, juridique, psychosociale, psychoactive),

❖ Les outils de réduction des dommages notamment l'autocontrôle par éthylo-test, le questionnaire, le roule ta paille, le stéribox, le TROD, les préservatifs proposés par les autres associations présentes,

❖ Les partenaires présents,

❖ La position latérale de sécurité,

❖ La courbe d'alcoolémie, les doses réglementaires... ;

■ **La relation d'aide : le care.**

❖ L'écoute des organisateurs de soirées : comprendre leur demande,

❖ Les outils d'évaluation de la consommation,

❖ Les structures relais sur le territoire, sur le festival (secours/sécurité).

Dans un second temps, le futur bénévole est amené à se positionner en tant qu'acteur de prévention, autour des outils, de son rôle et de ses missions. La formation se termine par des jeux de rôles sur des situations rencontrées durant les événements festifs antérieurs (par exemple intervenir auprès d'une personne très alcoolisée, répondre aux questions d'un entourage...). Au terme de cette formation, le bénévole signe une charte de prévention. Depuis le début de l'année 2014, L'A.N.P.A.A. 50 a formé vingt-cinq bénévoles qui ont participé à au moins l'un des six espaces prévention mis en place par l'A.N.P.A.A. 50. Par ailleurs, en 2013, l'A.N.P.A.A. 50 a créé une malle de prévention à destination des petits événements festifs « *Soirée maîtrisée, soirée sans dangers* ».

3/3 PROFESSIONNELS RELAIS

Les formations proposées par l'A.N.P.A.A. s'inscrivent dans les activités de prévention et de conseils en addictologie. Elles doivent permettre aux stagiaires de devenir des acteurs de prévention en addictologie, de faire évoluer leurs représentations sur les consommations, les produits et les milieux de vie, de compléter les démarches de soin et d'accompagnement de personnes en difficulté avec leurs pratiques addictives.

Des stages de formation en addictologie sont organisés dans toute la France. Pour l'essentiel, ces stages sont destinés à des professionnels relais dans les entreprises, les administrations et les associations. **L'A.N.P.A.A. se réfère à une démarche d'intervention en entreprise. Cette méthodologie permet, dans le respect de la prévention des risques professionnels, de mettre en place des relais de prévention, dans le cadre d'un plan de prévention des risques professionnels.**

FORMATION DES PROFESSIONNELS ACCOMPAGNANT DES PERSONNES ÂGÉES

❖ par l'A.N.P.A.A. du Nord

Depuis plusieurs années, l'A.N.P.A.A. 59 organise, avec succès, des formations de sensibilisation en alcoologie auprès des professionnels médicaux, paramédicaux et socio-éducatifs accompagnant des personnes âgées à domicile (services d'aide à domicile, centres de soins...) ou

en établissement (EHPAD, foyer logement, services hospitaliers). Ces formations sont proposées dans le catalogue de formations diffusé chaque année auprès d'un large champ d'acteurs ou répondent à un vrai besoin des professionnels de la gériatrie d'être accompagnés dans la prise en compte des conduites d'alcoolisation chez les personnes âgées, car leur attention est souvent focalisée sur les conséquences de problèmes anciens de dépendance à l'alcool chez les personnes âgées : chutes, agressivité auprès des autres résidents et auprès des personnels, repli sur soi.

Le mésusage d'alcool dans la population âgée reste encore un sujet tabou et sous-estimé par de nombreux professionnels de la santé. Pourtant, il entraîne des retentissements graves sur l'état de santé des personnes, tant sur les plans physique, psychiatrique, cognitif que social. Cette thématique reste encore peu prise en compte dans nos politiques publiques. Pour améliorer la diffusion de l'information auprès des seniors et des professionnels du secteur, l'A.N.P.A.A. Nord-Pas-de-Calais a réalisé une brochure à destination du grand public et des professionnels de la gérontologie et de la gériatrie.

FORMATION DES SAGES-FEMMES AU RPIB

❖ action régionale de l'A.N.P.A.A. Corse
L'A.N.P.A.A. Corse a organisé un colloque « Grossesse et addiction » afin d'aider les professionnels à comprendre les risques liés à la consommation de substances psychoactives pendant la grossesse et renforcer le réseau local.

Une forte demande d'outils de repérage et un renforcement du réseau local autour de cette thématique ont émergé lors de l'évaluation.

Des formations au repérage précoce et intervention brève (RPIB) de 2 jours ont été organisées sur les deux départements de la région en juin et septembre 2013, les groupes étaient constitués de sages femmes, infirmières puéricultrices, aides-puéricultrices (PMI, hospitalières, mais aussi libérales). Les objectifs de la formation sont les suivants:

■ **Acquérir un savoir-faire en addictologie** : autour du repérage (outils RPIB), de l'accompagnement et de l'orientation ;

■ **Construire autour de la personne en difficulté un réseau cohérent.**

La consommation de produits psychoactifs mobilise aujourd'hui l'attention de ces professionnels aussi bien dans le repérage systématique avec ces outils simples et faciles d'utilisation, l'intervention, l'orientation et l'accompagnement pluridisciplinaire nécessaire durant cette période périnatale propice aux changements de comportement.

4 CONTEXTE ET ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL DES POLITIQUES DE SANTÉ

- 1/ PILOTAGE INSTITUTIONNEL
- 2/ PROGRAMMATION ET PLANIFICATION EN SANTÉ PUBLIQUE
- 3/ DISPOSITIFS À CONNAÎTRE
- 4/ SOURCES DE FINANCEMENT
- 5/ PARTENARIATS

4/1 PILOTAGE INSTITUTIONNEL

Le système de santé reste largement piloté par les pouvoirs publics. Les compétences en matière de santé publique et d'offre de soins sont réparties de la manière suivante :

AU NIVEAU NATIONAL

L'État intervient directement dans le financement et l'organisation de l'offre de soins et de la prévention.

Le ministère chargé de la Santé et le ministère chargé des Affaires sociales interviennent au nom de l'État sur le système de santé. Quatre directions de

ces ministères interviennent dans l'organisation du système de santé :

■ La direction générale de la santé (DGS) :

- Élabore, met en œuvre et évalue la politique de santé ;
- Conçoit la politique de prévention et de promotion de la santé ;
- Promeut la qualité et la sécurité des soins, des services de santé, des dispositifs médicaux et autres produits de santé en liaison avec les agences concernées.

■ La direction générale de l'offre de soins (DGOS) :

- Élabore la politique de l'offre de soins (établissements de santé publics et privés, la médecine de ville et les éta-

blissements du champ médico-social) en fonction des objectifs et des priorités de la politique de santé.

■ La direction générale de la cohésion sociale (DGCS) :

Conçoit et anime les politiques :

- ❖ de solidarité, de développement social, et de promotion de l'égalité favorisant la cohésion sociale ;
- ❖ de prévention, de lutte contre les exclusions, d'inclusion sociale et d'insertion des personnes en situation de précarité (chargée de l'élaboration du plan national d'action pour l'inclusion) ;
- ❖ relatives à la protection des majeurs, en liaison avec le ministère de la Justice ;
- ❖ de lutte et de prévention contre la maltraitance des publics vulnérables ;
- ❖ de cohésion sociale en faveur de la famille, de l'enfance et de l'adolescence ;
- ❖ de cohésion sociale en faveur des personnes âgées ;
- ❖ de l'égalité entre les femmes et les hommes.

■ La direction de la Sécurité sociale (DSS) :

- ❖ Met en œuvre la politique relative à la Sécurité sociale : assurance maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, retraite, famille, dépendance, financement et gouvernance ;
- ❖ Assure l'adéquation des prestations de Sécurité sociale avec les besoins de la population, tout en veillant à respecter l'équilibre financier des régimes.

■ Les structures d'appui au niveau national :

L'État a suscité progressivement la créa-

tion de plusieurs organismes ayant des compétences dans un domaine spécifique. Il y est toujours représenté et en définit les missions. Ces organismes ont des formes juridiques variées (agence, délégation, comité, association, etc.). Il s'agit par exemple :

- ❖ de structures de santé publique : le Haut Conseil de la santé publique, la Conférence nationale de santé,
 - ❖ d'instituts de recherche, de formation et d'éducation : l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, l'École des hautes études en santé publique...
 - ❖ d'organisation de la sécurité sanitaire : l'Institut de veille sanitaire, la haute autorité de santé.
- (Le projet de loi santé de Marisol Touraine prévoit la fusion de l'INPES et de l'InVS au sein d'un établissement unique.)

La mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) :

Créée en 1982, la mission permanente de lutte contre la toxicomanie, devenue la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), répond à la nécessité de coordonner une politique publique par nature interministérielle. La politique publique de lutte contre les drogues et les conduites addictives couvre les domaines de la recherche et de l'observation, la prévention, la santé et l'insertion, l'application de la loi, la lutte contre les trafics et la coopération internationale.

Des missions et un champ de compétences étendus :

Placée auprès du Premier ministre, la MILDECA anime et coordonne l'action du gouvernement en matière de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Elle élabore à ce titre le plan gouvernemental et veille à sa mise en œuvre. La compétence de coordination de la MILDECA s'étend à l'ensemble des addictions, avec ou sans produit, et sur l'ensemble des domaines de la politique publique. La MILDECA accompagne les partenaires publics, institutionnels et associatifs de la politique publique dans la mise en œuvre des orientations, en leur apportant un soutien méthodologique ou financier.

Dans chaque préfecture, la MILDECA peut s'appuyer sur un chef de projet chargé de relayer son action. Le chef de projet élabore un programme pluriannuel et interministériel fixant les axes prioritaires à mettre en œuvre au regard des orientations du plan gouvernemental et du contexte local.

■ Commission interministérielle de prévention des conduites addictives (CIPCA) de la MILDECA :

Comme prévu dans le Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017, la commission nationale de validation des outils est remplacée par une commission interministérielle de prévention des conduites addictives.

La commission interministérielle de prévention des conduites addictives a des objectifs ambitieux destinés à engager une démarche qualité de la prévention

au travers de plusieurs missions :

- ❖ collecter et diffuser au sein de la CIPCA des synthèses des recommandations émises au niveau national et international dans le domaine de la prévention afin de partager les connaissances et les expertises ;
- ❖ sélectionner puis promouvoir des programmes de prévention qui auront fait leur preuve en matière d'efficacité ;
- ❖ développer une culture de l'évaluation scientifique ;
- ❖ identifier les enjeux de société qui interagissent avec les politiques de prévention.

La CIPCA est composée de représentants de tous les ministères, ainsi que de l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP), l'Institut national d'éducation pour la santé (INPES), l'Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice (INHESJ), l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), l'Observatoire des drogues et des toxicomanies (OFDT), et du Pr Parquet en tant qu'expert.

La commission met en œuvre les orientations stratégiques de la prévention développées dans le plan gouvernemental, en particulier, le développement de la recherche, la prévention par les pairs, la promotion de la santé des enfants et des adolescents, l'appui à la parentalité, le renforcement des compétences psychosociales, la formation professionnelle des acteurs de la prévention, etc.

Elle s'appuie également sur les recommandations des organismes de recherche et de prévention nationaux,

européens et internationaux et sur les évaluations de programmes déjà mis en œuvre dans différents pays ayant fait la preuve de leur efficacité. L'INPES a ainsi été chargé d'apporter à la commission une contribution scientifique sur la base d'un recensement des textes et des recommandations existants au niveau national et international permettant d'établir un « référentiel » des programmes ayant fait la preuve de leur efficacité.

La commission interministérielle a pour objectif de promouvoir des programmes de prévention ayant une approche globale et pluridimensionnelle intégrant une palette d'interventions susceptibles de répondre aux différentes situations d'environnement, de comportements d'usage et de déterminants de la consommation.

La MILDECA financera l'évaluation de programmes de prévention éligibles suite à des appels à contribution. Les programmes de prévention validés scientifiquement et ayant bénéficié d'une évaluation favorable par la CIP-CA seront présentés dans un répertoire national.

Différents cadres d'intervention peuvent être concernés par un programme, notamment scolaire, sportif, universitaire, professionnel, milieu carcéral, etc. Les publics prioritaires, mais non exclusifs, sont ceux du plan qui compte tenu de leur âge et de leurs vulnérabilités sont les plus exposés aux risques liés à la consommation de substances psychoactives.

Quel que soit le milieu ou le public concerné, un programme de prévention doit répondre à différents critères :

❖ **la définition d'objectifs clairs et partagés, évaluables ;**

❖ **une coopération et une coordination** entre professionnels intervenants ;

❖ **une implication des responsables de l'établissement concerné** par la mise en œuvre du programme ;

❖ **une adaptation du programme aux besoins et aux difficultés des bénéficiaires** de la prévention en assurant notamment une continuité entre l'amont et l'aval du projet permettant d'effectuer un suivi des bénéficiaires dans différents contextes.

AU NIVEAU RÉGIONAL, LES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS)

Les ARS, mises en place en 2009, rassemblent au niveau régional les ressources de l'État et de l'Assurance maladie.

Interlocuteur régional unique, les agences régionales de santé ont pour mission d'assurer, à l'échelon régional, le pilotage d'ensemble de notre système de santé. Elles sont responsables de la sécurité sanitaire, des actions de prévention menées dans la région, de l'organisation de l'offre de soins en fonction des besoins de la population.

Les ARS unifient le service public régional de la santé en associant l'ensemble des acteurs locaux. Elles sont des établissements publics dotés de l'autonomie administrative et financière.

Les ARS sont dirigées par un directeur général nommé en Conseil des mi-

nistres, qui définit le projet régional de santé, après avoir réuni autour de la table tous les acteurs de santé du territoire : hôpitaux, établissements d'hébergement, maisons de santé, médecins libéraux, infirmières, kinésithérapeutes, services de transport sanitaire d'urgence... Les ARS sont également dotées d'un conseil de surveillance composé de représentants de l'État, de l'Assurance maladie, des collectivités territoriales, des usagers ainsi que de personnalités qualifiées.

Elles disposent de délégations territoriales (DT), généralement au niveau départemental, dont l'étendue de la délégation de compétence varie selon les ARS.

Elles agissent en concertation avec :

■ **la conférence régionale de la santé et de l'autonomie** chargée de participer, par ses avis, à la définition de la politique de santé en région ;

■ **les deux commissions de coordination des politiques de santé** l'une sur la prévention et l'autre sur les prises en charge et l'accompagnement médico-sociaux qui associent les services de l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale compétents ;

■ **les conférences de territoire qui réunissent tous les acteurs locaux de la santé** : elles aident à identifier les besoins du territoire de santé et à déterminer les actions prioritaires à mettre en œuvre, pour y répondre.

L'A.N.P.A.A. assure une participation importante dans les instances contribuant à la démocratie sanitaire :

❖ Elle siège dans 16 conférences régionales de la santé et de l'autonomie ;

❖ Elle est aussi présente dans 51 conférences de territoires.

4/2 PROGRAMMATION ET PLANIFICATION EN SANTÉ PUBLIQUE

LE PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

Le PRS (projet régional de santé) est prévu par la Loi HPST de juillet 2009 :

« Le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. »

Avec la création des ARS, le PRS devient l'outil stratégique unifié de la politique régionale de santé, intégrant un ensemble de démarches stratégiques en faveur de la santé, définie dans un sens large englobant tous les champs de compétences de l'ARS : la prévention, les soins hospitaliers et ambulatoires et le médico-social.

Le PRS fait ainsi référence à un modèle de santé pluridimensionnel, porteur de transversalité et d'intersectorialité (recherche de complémentarité au sein et hors ARS, intégration de la santé dans l'ensemble des politiques régionales).

Le PRS est constitué de :

■ **Un plan stratégique régional de santé (PSRS)**, qui définit les priorités régionales et les objectifs généraux ;

De schémas ;

■ **un schéma régional de prévention (SRP)**,

■ **un schéma régional d'organisation des soins (SROS)**,

■ **un schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS).**

(Le projet de loi santé de Marisol Touraine prévoit un schéma régional unique) ;

De programmes :

■ **le PRAPS** (programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis),

■ **le PRGDR** (programme régional de gestion du risque),

■ **le PRIAC** (programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, programme télémédecine),

■ **le PRT** (programme régional de télémédecine),

■ **Des programmes territoriaux de santé.**

4/3 DISPOSITIFS À CONNAÎTRE

La Loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine n°2014-173 du 21 février 2014 pose les bases d'une nouvelle géographie prioritaire resserrée. Les quartiers prioritaires font l'objet de contrats de ville de nouvelle génération signés par tous les services publics. Les agences régionales de santé seront associées à leur élaboration et à leur signature.

La circulaire du 5 décembre 2014 relative à l'intégration des enjeux de santé au sein des contrats de ville³⁶ précise qu'« une action coordonnée des acteurs des politiques publiques peut créer à l'échelle des quartiers prioritaires un contexte favorable à la santé et au bien-être de la population. Les contrats de ville doivent permettre de construire une stratégie locale de promotion de la santé dont l'objectif est de réduire les inégalités sociales et environnementales de santé. Ainsi, d'un point de vue général, le volet santé doit comporter des interventions spécifiques, mais aussi des dispositions d'articulation avec les autres volets du contrat. En particulier, la promotion de la santé comme mieux-être individuel et collectif doit pouvoir s'appuyer sur une démarche locale de développement social. »

À cet effet, « les ARS conduiront un diagnostic local de santé partagé avec l'en-

36 Circulaire n° SG/CGET/2014/376 du 5 décembre 2014 relative à l'intégration des enjeux de santé au sein des contrats de ville

semble des acteurs de santé, les partenaires institutionnels et, lorsqu'ils sont constitués, les conseils citoyens - ou, à défaut, les représentants des habitants des quartiers prioritaires - le cas échéant au niveau d'un territoire communal ou intercommunal comportant plusieurs quartiers prioritaires ».

LE CONTRAT LOCAL DE SANTÉ (CLS)

Il vise à mettre en cohérence la politique régionale de santé en permettant une meilleure articulation du projet régional de santé et des démarches locales de santé existantes (volet santé des contrats de ville, ateliers santé ville (ASV), etc.).

Ces contrats s'appliquent à des zones prioritaires et participent à la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé et portent sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins, l'accompagnement médico-social, mais également sur les déterminants de la santé (logement, transports, environnement physique, cohésion sociale, etc.). Ils concernent exclusivement les territoires particulièrement vulnérables, volontaires pour un engagement contractuel.

« Le contrat local de santé (puis le contrat territorial de santé) pourra constituer le volet santé du contrat de ville lorsque les territoires d'actions coïncident. À défaut, les priorités d'actions définies par le CLS qui apparaissent pertinentes au regard du diagnostic local alimenteront le volet santé. Le diagnostic

permettra de guider le choix des objectifs et des actions prioritaires à mener et à inscrire au contrat, notamment pour améliorer l'accès aux soins de premier recours et renforcer les initiatives de prévention dans les quartiers »³⁷.

L'EXEMPLE DU CONTRAT LOCAL DE SANTÉ « ADDICTIONS » DE LA COMMUNE DE TRÉLAZÉ

par l'A.N.P.A.A. du Maine-et-Loire

La ville de Trélazé a signé un contrat local de santé relatif à la prévention de la consommation excessive d'alcool avec l'agence régionale de santé pour la période 2012-2016. L'A.N.P.A.A. 49 a été missionnée, dans le cadre de son conventionnement sur 3 ans avec l'ARS, pour sensibiliser et accompagner les acteurs et structures du territoire, susceptibles d'être concernés par les problématiques de consommation occasionnelle ou avec dépendance.

Cette action a pour objectifs de prévenir les consommations excessives d'alcool, avec une attention particulière en direction des personnes fragiles et des jeunes, à travers des actions à destination de professionnels et d'associations, d'améliorer la connaissance de ces problématiques au sein des réseaux d'acteurs, et d'accompagner les acteurs dans leur posture face aux comportements liés à l'alcool. Les axes d'intervention suivants ont été retenus :

37 Circulaire n° SG/CGET/2014/376 du 5 décembre 2014 relative à l'intégration des enjeux de santé au sein des contrats de ville

- Développer la prévention des conduites addictives en milieu professionnel ;
- Renforcer la prévention des conduites addictives en milieu scolaire ;
- Renforcer la prévention des conduites addictives auprès des parents d'élèves ;
- Prévenir et réduire les risques en milieu festif ;
- Accentuer la prévention auprès des personnes en situation de vulnérabilité sociale.

L'ATELIER SANTÉ VILLE (ASV)

Il est le fruit d'une démarche territoriale visant à rapprocher les acteurs de la politique de la ville et les professionnels de la santé afin d'élaborer des programmes de santé adaptés au niveau local, avec notamment la participation des habitants.

Les ASV doivent améliorer la cohérence et la pertinence des actions destinées aux populations des territoires de la politique de la ville, qu'elles soient menées par les institutions, le monde associatif ou les acteurs de santé des services public ou privé.

Leur finalité est de réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé, en s'appuyant sur une dynamique partenariale. L'ensemble des acteurs des champs sanitaires et sociaux des différents niveaux territoriaux est invité à s'impliquer dans les ASV.

« Les ateliers santé ville (ASV) pourront contribuer à assurer l'animation locale et la mise en œuvre des actions locales déclinées dans le cadre du volet santé du

contrat de ville. Un ASV peut également contribuer à l'animation locale d'un CLS lorsque ce dernier constitue le volet santé du contrat de ville et se destine donc aux habitants des quartiers prioritaires. Dans ce cas de figure, les actions organisées au titre du volet santé du contrat de ville pourront être animées par un ASV et bénéficier de financements par l'ARS dans des conditions à déterminer par le contrat de ville ».³⁸

ANIMATION, COORDINATION DE L'ATELIER SANTÉ VILLE DE LA COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION MEUSE GRAND SUD

le rôle de l'A.N.P.A.A. de la Meuse

L'atelier santé ville (ASV) est un dispositif visant la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Ainsi, des réunions partenariales sont programmées tout au long de l'année où se rencontrent des professionnels, bénévoles et habitants. À chaque réunion, un ordre du jour précis est traité afin d'être constructif et d'aboutir à la mise en place d'actions concrètes en y associant le public visé. L'ASV se décline en deux groupes de travail territoriaux :

- un sur le secteur de Bar-le-Duc où l'organisation d'un événement à l'attention des jeunes a été réalisée à la Côte Sainte-Catherine ;
- un sur le secteur de Ligny-en-Barrois où deux actions ont eu lieu : « Le prin-

temps des Élixirs », forum de prévention sous forme de rallye au parc municipal et « Ligny Festy Free », fête préventive sans alcool. Ces événements sont travaillés et réajustés tous les ans en fonction des évaluations du public et des partenaires afin de faire évoluer les concepts et de garder le dynamisme qu'implique ceux-ci (partenariale et du public), cela représente environ 17 réunions. Le rôle de l'animatrice de prévention de l'A.N.P.A.A.55 consiste à coordonner l'ASV de la communauté d'agglomération Bar-le-Duc Sud Meuse : organisation et animation des réunions partenariales, apports d'informations et d'expertise, participation à la conception des projets, coordination opérationnelle de ceux-ci.

LE CONSEIL LOCAL DE SÉCURITÉ ET DE PRÉVENTION DE LA DÉLINQUANCE (CLSPD)

Conformément aux mesures prévues par la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance, les communes de plus de 10 000 habitants et les communes comprenant une zone urbaine sensible sont dans l'obligation de créer un CLSPD. Présidé par le maire, le CLSPD est l'instance de coordination locale de tous les acteurs de la prévention et de la sécurité avec pour objectif de les rassembler et de les faire réfléchir ensemble pour aboutir à un programme d'actions et à une évaluation.

Le CLSPD à travers son rôle de coordination et d'animation peut mener des

actions de prévention et en permettre le financement. En effet, le CLSPD se veut être le cadre favorable auprès du Fonds interministériel à la prévention de la délinquance (FIPD).

Le FIPD, créé par la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance, est destiné à favoriser le développement des politiques locales de prévention de la délinquance.

PLUS DE FÊTES, MOINS DE DÉFAITES, UN EXEMPLE D'ACTION MENÉE DANS LE CADRE DU CONSEIL LOCAL DE SÉCURITÉ ET DE PRÉVENTION DE LA DÉLINQUANCE

par l'A.N.P.A.A. des Vosges

Le groupe « addiction » du conseil local de sécurité et de prévention de la délinquance animé par le centre communal d'action sociale de Neufchâteau poursuit pour la 4^e année consécutive avec l'A.N.P.A.A. son action « plus de fêtes, moins de défaites ». Cette action permet à un groupe de jeunes relais d'agir en prévention lors de manifestations festives organisées sur le secteur et, si possible dans le courant de l'année, à un festival national. Des temps de rencontre, d'échanges et de formations sont proposés aux participants tout au long de l'année, avec à plusieurs reprises des interventions des membres du CLSPD (gendarmes, pompiers, sage-femme, etc.).

³⁸ Circulaire n° SG/CGET/2014/376 du 5 décembre 2014 relative à l'intégration des enjeux de santé au sein des contrats de ville

4/4 SOURCES DE FINANCEMENT

PRINCIPAUX FINANCEURS

(Liste non exhaustive) :

- **agence régionale de santé (ARS) ;**
- **Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA).** Les crédits nationaux sont délégués aux chefs de projets départementaux et parfois régionaux. Depuis 2009, il n'y a plus de financements nationaux ;
- **Acsé (FIPD, Cucs) ;**
- **Plan départemental d'action et de sécurité routière (PDSAR) ;**
- **Conseil régional ;**
- **Conseil général ;**
- **Commune.**

FINANCEMENT PAR APPELS À PROJETS NATIONAUX

Exemple : **Appel à projet Fondation de France « Aider l'entourage des consommateurs de produits psychoactifs » :**

La Fondation de France a longtemps soutenu des actions de promotion de la santé concernant des jeunes présentant des conduites addictives. Depuis 2009, elle a choisi d'encourager les initiatives qui prennent en compte le désarroi des familles et la situation particulière de certains jeunes confrontés aux conduites addictives de leurs parents.

Publics :

- ❖ les familles de jeunes consommateurs ;
- ❖ les usagers jeunes parents en difficulté

avec leurs propres consommations ;
 ❖ les adolescents dont les parents présentent des consommations problématiques.

Les projets recevables doivent concerner :

- ❖ **l'accompagnement thérapeutique des personnes :** consultations familiales, groupes de paroles, groupes psycho-éducatifs, ou toute autre action à visée thérapeutique, ayant une fonction d'étayage et de mobilisation des compétences parentales ;
- ❖ **le renforcement des compétences des professionnels :** acquisition d'aptitudes complémentaires de leur formation principale, expérimentation de nouvelles approches, supervision, échange de pratiques...

ACTION DE SOUTIEN À LA FONCTION PARENTALE

❖ par l'**A.N.P.A.A. de Maine-et-Loire**
 L'A.N.P.A.A. 49 a mis en œuvre en 2011 une action de soutien à la parentalité pour des parents d'adolescents ayant des comportements à risque liés à leur consommation de produits psychoactifs. En 2012, grâce au soutien financier de la Fondation de France dans le cadre de l'appel à projet national « aider l'entourage », ce dispositif a pu être pérennisé. L'origine de ce projet est issue d'un travail mené en partenariat avec le centre social du Vergier de Cholet, dans lequel des parents exprimaient une forte attente pour tenter de trouver des solutions et des réponses aux consommations de leurs adolescents. Face à ces

demandes, le centre social a proposé à l'**A.N.P.A.A. 49** la co-animation de groupes de parole à but non thérapeutique. Les objectifs de ces groupes sont d'améliorer l'information des parents, partager les expériences des uns et des autres, soutenir les parents dans leur mission éducative et favoriser le maintien du dialogue dans les familles. Les parents souhaitaient échanger dans un lieu non stigmatisant avec une équipe non soignante.

PRESTATIONS

❖ **Réponse à des sollicitations d'interventions** (devis, cahier des charges et paiement sur facture). Cette intervention est assurée auprès d'entreprises, de collectivités locales, d'associations, etc., principalement destinées à des personnels salariés et agents des trois fonctions publiques.

PRÉVENTION DU RISQUE ALCOOL AU TRAVAIL

❖ par l'**A.N.P.A.A. de la Somme**
 Depuis 2011, l'**A.N.P.A.A. 80** accompagne le conseil général de la Somme dans sa démarche de prévention des risques et de réduction des dommages liés à l'alcool au travail. Différentes procédures et fiches ont été élaborées : conduite à tenir face à un trouble du comportement lié à l'alcool sur le lieu de travail, modalités de contrôle par éthylotest pour les postes dangereux, évaluation du risque alcool, prise en charge par la famille, accompagnement relatif à l'alcoolisation chronique.

Afin que les cadres s'approprient ces procédures, l'**A.N.P.A.A. 80** a formé à ce jour 223 agents encadrants.

Parallèlement au volet réglementaire, l'**A.N.P.A.A. 80** a formé et accompagne un groupe de prévention : la mission « VLRAGE » (vigilance risque alcool groupe d'entraide), composée de volontaires qui mènent des actions de sensibilisation, d'écoute et d'orientation auprès des 2900 agents du département de la Somme.

❖ **Certaines formations externes proposées par l'A.N.P.A.A.** (gratuites pour certains publics) sont prises en charge par des financeurs publics.

EXEMPLE DE FORMATION EN ADDICTOLOGIE À DESTINATION DE L'ENSEMBLE DES ÉDUCATEURS D'UNE MAISON D'ENFANTS À CARACTÈRE SOCIAL (MECS)

❖ menée par l'**A.N.P.A.A. de Seine-et-Marne**
 Cette structure associative héberge et prend en charge des jeunes âgés de 12 à 17 ans confiés par les services de l'ASE. Pour répondre à la demande de l'institution qui se trouve confrontée aux consommations à risque voire excessives de substances psychoactives de leurs adolescents - notamment ivresses répétées et consommations régulières de cannabis - l'**A.N.P.A.A. 77** a monté une formation pour 2 groupes d'une douzaine d'éducateurs sur 2 fois 2 jours à 1 semaine d'intervalle. Après le recueil des attentes des stagiaires et un travail sur les fondamentaux

en addictologie (produits, usages, mécanisme de l'addiction, dispositif de soin et d'accompagnement), il a été introduit un travail plus spécifique à partir de situations de terrain ainsi que sur les postures éducatives. Le climat de confiance s'est installé assez facilement dans les 2 groupes et les échanges ont été de qualité.

Les participants ont déclaré avoir beaucoup apprécié ce temps de formation qui leur a permis de réfléchir et de remettre en question leur positionnement individuel et collectif, bien qu'ils aient regretté de ne pas avoir plus de temps sur la partie pratique du programme.

❖ **D'autres formations externes sont élaborées par l'A.N.P.A.A., pour des organisations privées ou publiques, comme prestations privées.**

CONTRACTUALISATION BUDGÉTAIRE

Les conventions d'objectifs et de moyens annuelles ou pluriannuelles (COM et CPOM), signées avec les agences régionales de santé, sont des outils de dialogue budgétaire à travers des programmations d'actions, offrant plus de stabilité dans les financements et de continuité dans les actions.

En 2013, l'A.N.P.A.A. dispose de 17 COM et CPOM en cours de validité :

- 12 régions bénéficient d'une CPOM (2 nouvelles signées dans l'année, dont une mixte médicosociale / prévention) ;
- 5 régions bénéficient d'une COM.

4/5 PARTENARIATS

AU NIVEAU NATIONAL

L'A.N.P.A.A. est membre de nombreuses fédérations et alliances inscrites dans le champ de la santé publique :

- **La Fédération française d'addictologie**, que l'A.N.P.A.A. a fondée avec la Société française d'alcoologie (SFA), la Société française de tabacologie (SFT), la Fédération addiction.

- **L'Alliance prévention alcool**, dont l'A.N.P.A.A. est membre fondateur, collectif national qui rassemble depuis 2010 des associations, des fédérations, des mutuelles et des personnalités et toutes structures ou organisations qui veulent agir et communiquer sous cette dénomination commune dans le domaine de la prévention du risque alcool.

- **L'European Alcohol Policy** (Eurocare), dont l'A.N.P.A.A. est membre fondateur, alliance d'organisations non gouvernementales des champs de la santé publique et du social travaillant sur la prévention des risques et la réduction des dommages liés à l'alcool en Europe. Fondée en 1990 par 9 organisations concernées par l'impact de l'Union européenne sur les politiques de ses États membres, l'alliance compte aujourd'hui 55 membres dans 24 pays, dont la plupart sont de dimension nationale ou supra nationale. Eurocare est membre : du Global Alcohol Policy Alliance (GAPA), de l'European Public Health Alliance (EPHA) et de l'European Public Health and Agriculture Consortium

(EPHAC). Eurocare est un membre fondateur de l'European Alcohol and Health Forum et participe au forum des politiques de santé de la commission européenne ;

- **L'European Public Health Alliance** (EPHA) ;

- **L'UNIOPSS** (Union nationale inter-fédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux), fédération qui unit, défend et valorise le secteur non lucratif de solidarité. Elle porte auprès des pouvoirs publics la voix collective des associations sanitaires et sociales et fédère plus de 100 fédérations, unions et associations nationales, et regroupe 25.000 établissements et services du monde de la solidarité et 750.000 salariés ;

- **La Société française de santé publique** (SFSP), dont l'A.N.P.A.A. est administratrice ;

- **SAF France**, association de prévention des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (TCAF), dont le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) ;

- **L'Association française de réduction des risques** (AFR) ;

- **La FNH-VIH et autres pathologies**, fédération nationale des gestionnaires d'appartements de coordination thérapeutique.

AU NIVEAU TERRITORIAL

Les pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé³⁹

Les pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé et promotion de la santé ont été mis en place en 2005 suite à un appel à projets initié par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Fondés sur différents textes⁴⁰, les pôles sont implantés dans les 26 régions. Ils sont soutenus financièrement par l'INPES.

Dans la plupart des régions, l'instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) est le porteur du pôle. Ainsi, l'animation de la plateforme ressources est l'une des activités de l'IREPS. D'autres membres, appelés « partenaires du pôle » (associations, mutuelles, organismes de sécurité sociale, administrations, collectivités territoriales...) contribuent aux missions du pôle par le développement d'activités et de prestations. Cette structuration en pôle présente l'intérêt de proposer une offre de services élargie (plus de compétences sont mises à disposition grâce à la mutualisation du porteur du pôle et ses partenaires), d'améliorer le potentiel de réponses (les organismes constitutifs du pôle sont plus nombreux pour répondre) et de garantir une réponse

.....

39 Sources : INPES

40 Plan national d'éducation pour la santé (PNEPS), 2001 - Circulaire N° DGS/SD6/2001/504 du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS). Cahier des charges national des pôles régionaux de compétences en EPS/PS, 2010

coordonnée et de meilleure qualité. En tant que membres associés au pôle ils signent une charte avec lui et contribuent aux missions du pôle en développant des activités et des prestations.

Les pôles ont notamment pour objectif le développement de l'éducation pour la santé / promotion de la santé en région et l'amélioration de la qualité des programmes et des actions mises en place localement. Les pôles sont :

■ **Des centres de ressources** qui détiennent au moins trois types de bases de données :

- ❖ une base documentaire,
- ❖ une base personnes ressources en formation en éducation pour la santé / promotion de la santé,
- ❖ une base personnes ressources en conseil de méthodologie de projet ;

■ **Des lieux d'appui** aux acteurs régionaux via les services qu'ils proposent :

- ❖ le conseil en méthodologie et l'évaluation de projets,
- ❖ la formation en éducation pour la santé / promotion de la santé,
- ❖ l'appui documentaire,
- ❖ l'accompagnement à l'utilisation d'outils d'intervention en éducation pour la santé / promotion de la santé,
- ❖ l'appui à la démarche qualité ;

■ **Des espaces d'échanges de pratiques** qui favorisent et facilitent l'échange et le partage d'expériences sur les questions d'éducation pour la santé et la promotion de la santé entre professionnels intersectoriels (santé, social, éducation,

médico-social, etc.) des lieux d'appui aux agences régionales de santé (ARS) pour l'élaboration et l'application des politiques de santé régionales :

- ❖ aide pour l'élaboration du plan stratégique régional de santé (PSRS) et du schéma régional de prévention (SRP),
- ❖ fonction de plaidoyer (défense des valeurs de l'éducation pour la santé, valorisation du champ et de ses acteurs), etc.

Les comités régionaux et départementaux de l'A.N.P.A.A. se sont globalement investis dans ces pôles avec la volonté d'assurer à l'addictologie la place nécessaire, tout en apportant les compétences spécifiques de ses équipes professionnelles. L'A.N.P.A.A. participe à 17 pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé.

LA PARTICIPATION DE L'A.N.P.A.A. HAUTE-NORMANDIE AU PÔLE RÉGIONAL DE COMPÉTENCES EN ÉDUCATION POUR LA SANTÉ (PRC)

En Haute-Normandie, le pôle repose sur un principe de subsidiarité selon lequel les actions mises en place dans le cadre de son programme n'ont ni vocation à se substituer à la mission d'animation territoriale de l'ARS ni à d'autres actions déjà développées efficacement par des structures compétentes et reconnues. Le pôle propose donc un programme d'actions qui se veut une réponse complémentaire et concertée aux missions déjà mises en œuvre par ses membres.

Le PRC haut-normand est composé par l'IREPS, l'A.N.P.A.A., AIDES, la Fédération addiction, les RLPS-ASV (15 coordinations territoriales) ainsi que l'ARS.

Dans le schéma régional de prévention haut-normand, le pôle régional de compétences en éducation et promotion de la santé a pour objectifs de :

- **conforter et accentuer la culture commune de qualité** en éducation et promotion de la santé sur le territoire ;
- **consolider le conseil et l'accompagnement méthodologique de projets** de qualité à l'échelle des territoires ;
- **renforcer et démultiplier l'accessibilité aux ressources documentaires** de qualité sur le territoire.

Il constitue un acteur incontournable de la politique de promotion de la santé en permettant de fédérer les ressources présentes dans la région et en constituant un carrefour d'échanges entre tous les acteurs : associatifs, professionnels et institutionnels.

En 2014, le PRC a organisé un séminaire de quatre jours organisé sur plusieurs semaines à l'intention des membres du PRC intitulé « parcours de santé et dynamique territoriale ». Ce séminaire vise pour les participants, membres du pôle, l'appropriation de l'ensemble des questions liées au parcours de santé, à repérer les clés pour mieux le comprendre, s'outiller pour faciliter les articulations prévention/soins et enfin favoriser des projets communs entre différents champs d'intervention au sein de futures dynamiques partenariales.

Pour construire et atteindre les objectifs confiés au PRC, une formation sur la fonction de conseiller méthodologique

et sur la fonction de formateur à destination des « animateurs de prévention » est programmée. Enfin, dans l'optique de promouvoir une cohérence et une coopération accrue entre les acteurs, il a été institué des rencontres interassociatives autour de la thématique « les bonnes pratiques en prévention ». Les actions menées dans le cadre du PRC ont permis d'accroître la qualité des liens interassociatifs et ainsi, rendre plus cohérente l'intervention au sein des territoires.

Les réseaux régionaux de santé :

Inscrits dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués de professionnels de santé libéraux, de médecins du travail, d'établissements de santé, de groupements de coopération sanitaire, de centres de santé, d'institutions sociales ou médico-sociales et d'organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi que de représentants des usagers.

De nombreux réseaux régionaux sur des thématiques de santé, dans les-

quelles l'A.N.P.A.A. peut s'inscrire, sont mis en place localement ou régionale-ment, dans un objectif de coordination des acteurs du champ concerné, en constituant un lieu d'échanges et de concertation entre ces acteurs. Bien souvent ces réseaux proposent des actions de prévention et mettent en place des outils adaptés aux besoins des professionnels de proximité. Ces réseaux sont nombreux et divers, en fonction des partenariats existants et sont concrétisés autour d'une convention de partenariat.

Plus de cinquante A.N.P.A.A. départementales sont parties prenantes d'un réseau de santé principalement en lien avec les thématiques addictologiques (réseaux addiction, alcool, tabac...). Certaines appartiennent à plusieurs réseaux aux thématiques diversifiées : hépatites, alimentation, diabète, périnatalité. Certains de ces réseaux ont une dimension régionale. En dehors de ces réseaux de santé, les A.N.P.A.A. sont intégrées dans un nombre important de réseaux dont la variété témoigne de la richesse des partenariats locaux : appui à la parentalité, insertion, logement, précarité, jeunesse/adolescence.

IMPLICATION DE L'A.N.P.A.A. DU GARD DANS UNE DÉMARCHE DE RÉSEAU DE SANTÉ SUR LE TERRITOIRE D'ALÈS

Issue des réseaux ville-hôpital, la démarche de réseaux de santé sur Alès est initiée en 1993 et donne lieu en 1998 à la création d'une association pour la

coordination des réseaux de santé du bassin alésien (RESEDA). Depuis 2006, Le RESEDA porte également l'animation de l'atelier santé ville (ASV) transversal sur les deux contrats urbains de cohésion sociale du territoire. L'A.N.P.A.A.30 est impliquée depuis l'origine de la démarche, avec en 2004 la création du réseau addictologie qui réunit les réseaux toxicomanie et alcool préexistants.

Le réseau addictologie n'est pas un réseau de soin, il est constitué de professionnels, bénévoles, élus et usagers des champs de l'addictologie (un CARRUD, trois CSAPA, Alcooliqes anonymes) et des champs de l'hébergement social et de l'insertion.

L'A.N.P.A.A. 30 est membre du comité de pilotage et des différentes commissions du réseau à la fois dans une démarche de réflexion partenariale et d'action :

- **Commission formation, animation de formation d'adultes ressources** auprès du public jeune, une à deux fois par an ;
- **Commission prévention, actions de prévention** sur le territoire en fonction des demandes ;
- **Commission parcours de soin ;**
- **Groupe de travail « Ruralité et addiction »**, participation et mise en place d'actions avec les élus et acteurs des territoires du Piedmont Cévenol.

5 DÉMARCHE D'INTERVENTION

❖ 1/ RECOMMANDATIONS POUR METTRE EN ŒUVRE UN PROJET : CADRE THÉORIQUE ET OUTILS PRATIQUES

❖ 2/ TECHNIQUES D'ANIMATION



Les équipes de prévention A.N.P.A.A. sont constituées de professionnels formés utilisant des outils validés, intervenant dans une démarche globale, durable, évaluative, basée sur des méthodologies reconnues, validées, dans un objectif constant de qualité.

La démarche d'intervention A.N.P.A.A. a pour objectifs de :

- Renforcer les compétences individuelles et collectives à faire des choix favorables à la santé et les mettre en œuvre dans le respect de tous et de l'identité de chacun ;
- Accompagner la mise en œuvre de ces choix et aider à assumer les changements qu'ils impliquent ;
- Prévenir, en matière de consommation de substances psychoactives, le passage de l'usage à l'usage à risque, l'usage nocif et la dépendance ;
- Réduire les dommages liés à la consommation de substances psychoactives et aux conduites à risque ;
- Responsabiliser les publics au niveau collectif et individuel ;
- Favoriser le repérage précoce et l'accès à l'accompagnement et au soin.

Elle est menée selon des modalités d'interventions variées :

- La sensibilisation, l'information, les groupes d'échange et le développement des compétences psychosociales, dans une démarche d'éducation et de promotion pour la santé ;
- La prévention des risques et la réduction des dommages ;
- La formation des personnes relais.



CHARTRE DE PRÉVENTION A.N.P.A.A.

Élaborée en 2004, fruit d'une réflexion collective, cette charte, en énonçant un ensemble de principes éthiques, déontologiques et méthodologiques, constitue un cadre de référence pour tous les professionnels et bénévoles de la prévention œuvrant au sein de notre association.

La charte a pour vocation de permettre la promotion d'une culture commune et garantir ainsi cohérence et efficacité des actions de prévention A.N.P.A.A.

Si la charte n'a pas vocation à être donnée systématiquement aux partenaires institutionnels ou associatifs, il est toutefois pertinent, en fonction des contextes locaux et de l'importance des partenariats négociés, de la distribuer afin de rappeler notre démarche, nos valeurs et nos spécificités en matière de prévention, et démontrer ainsi notre professionnalisme.

5 RECOMMANDATIONS POUR METTRE EN ŒUVRE UN PROJET : CADRE THÉORIQUE ET OUTILS PRATIQUES

Quelle méthode utiliser pour concevoir son projet ? Quelles sont les étapes nécessaires à la construction et la mise en œuvre d'un programme en prévention et en promotion pour la santé ? L'approche proposée dans cette partie a été élaborée autour d'outils simples permettant de soutenir la réflexion collective de l'équipe chargée du projet.

Pour vous questionner sur la méthodologie de projet mise en œuvre, vous pouvez également vous référer aux grilles n° 3, 4 et 5 du guide d'auto-évaluation INPES « Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ? »

ÉTAPE 1 : L'ANALYSE DE SITUATION

L'analyse de la situation est un temps essentiel dans la préparation du projet. Elle permet de sélectionner les domaines d'intervention, de justifier le choix des priorités et des objectifs, d'identifier les partenaires à mobiliser dans le comité de pilotage.

Tout d'abord, il est important de définir :

- Le public concerné par l'action : les principaux déterminants de santé concernés (comportementaux et environnementaux), ses lieux de vie, ses besoins de santé exprimés, ses opinions sur la santé, la prévention... ;
- Les actions déjà menées : les actions évaluées (les points forts et les points à améliorer) ;
- Le contexte local : les acteurs institutionnels et associatifs concernés et à mobiliser (les services municipaux, les

associations spécialisées sur le public, les associations de quartier...), leurs constats, leurs attentes, leur implication ou leur participation éventuelle dans le projet. Consulter les données statistiques ou épidémiologiques disponibles ;

- Les priorités de santé publique : les plans nationaux, les orientations régionales en santé publique ;
- Les données documentaires : les études sur les représentations et les attitudes du public, les expériences déjà menées sur le sujet pour en consulter les stratégies, les méthodes probantes utilisées, les conclusions, les guides d'intervention...

À l'issue de l'analyse de situation, il sera important de définir une ou des problématiques et des priorités (ce que l'on veut améliorer). Ces intentions seront déclinées en objectifs.

Outils : tous les documents permettant de conserver une trace des informations et des réflexions réalisées à ce stade. Ils serviront au moment de l'écriture définitive du projet.

ÉTAPE 2 : LA DÉFINITION DES OBJECTIFS⁴¹

La formulation des objectifs est primordiale pour mener à bien l'évaluation. Des objectifs précis, réalistes et pertinents facilitent l'identification d'indicateurs qui structureront la méthode d'évaluation. Dans la littérature il existe de nombreuses façons de nom-

⁴¹ (Adapté de) « AVAL 2010 – Outil d'aide à l'Anticipation de l'éVALuation » PRC Bretagne

mer les différents objectifs. Ce qui importe le plus c'est de partir d'un objectif global vers des objectifs de plus en plus précis.

Il faut distinguer trois catégories d'objectifs :

- **Objectif général :** il s'agit d'un objectif (et un seul) à moyen ou long terme, concernant les résultats à atteindre. Il est ambitieux et pas directement évaluable. Il doit s'inscrire dans une priorité reconnue (par exemple le schéma régional de prévention). Il précise le territoire, le public et définit la durée.

- **Objectifs spécifiques :** plus nombreux, ils contribuent à l'atteinte de l'objectif général et le précisent. Ce sont les changements que le porteur de projet espère obtenir. Pour les définir, se poser la question « comment vais-je atteindre l'objectif général ? » ou « sur quoi est-il possible d'agir pour atteindre l'objectif général ? ».

L'objectif général et les objectifs spécifiques se traduisent par des verbes d'intention par exemple : permettre, développer, favoriser...

- **Objectifs opérationnels :** c'est l'ensemble des activités et des étapes permettant d'atteindre chacun des objectifs spécifiques. Pour les définir, se poser la question « comment vais-je atteindre l'objectif spécifique ? ». Pour faciliter la rédaction des objectifs, il est recommandé d'utiliser le modèle suivant : « verbe d'action (ce que l'on veut faire) + public cible (auprès de qui) + complément (pour obtenir quoi) ».

Les objectifs opérationnels se traduisent par des verbes d'action par exemple informer, interroger les représentations, réaliser... Attention toutefois aux verbes qui induisent des difficultés quant à une évaluation mesurable tels que promouvoir, améliorer...

Les objectifs spécifiques et opérationnels ne doivent pas être trop nombreux, ils doivent être précis dans leur formulation et pas trop ambitieux, au risque d'être difficilement mesurables.

LA MÉTHODE SMART

(intelligent en anglais) est un moyen mnémotechnique :

→ pour se souvenir des caractéristiques que doivent avoir un objectif et un indicateur ;

→ pour permettre la réalisation de l'objectif et la mesure de son avancement.

Cette méthode, issue de l'industrie est utilisée dans la gestion de projet.

Spécifique : il doit être spécifique et ne pas dépendre d'éléments dont il n'a pas la maîtrise ;

Mesurable : il doit être mesurable avec des indicateurs chiffrés ;

Atteignable : il doit être atteignable au vu des ressources ;

Réaliste ou Réalisable : il doit être réalisable ou être réajusté si le contexte change ;

Temporellement défini : il doit être inscrit dans le temps, avec une date de fin et éventuellement des points intermédiaires.

Le bilan et l'évaluation reposent sur les objectifs spécifiques ou opérationnels.

À ce stade de l'élaboration du projet, il est important en amont de définir des critères d'évaluation quantitatifs et qualitatifs et des indicateurs correspondants.

Comment mesurer l'atteinte des objectifs ? Critères et indicateurs :

■ **Les critères d'évaluation (qualitatifs) :**

→ Pour savoir si les objectifs sont atteints, il faut savoir quoi mesurer,

→ La liste des critères peut être grande et c'est à l'équipe de choisir les plus importants et les plus faciles à mesurer ;

■ **Les indicateurs (quantitatifs) :**

→ C'est la manifestation concrète, observable ou mesurable du critère : ils constitueront la base de construction des outils de recueil de données (tableau de bord, feuille de présence, enquête de satisfaction...),

→ Pour un même critère, il peut y avoir un ou plusieurs indicateurs. Ils peuvent être quantifiables ou observables (qualitatifs).

L'étape de choix des critères et indicateurs est souvent trop tardive ; il faut la réaliser suffisamment tôt, au moment de la rédaction des objectifs, pour vérifier si ces derniers sont réalistes, et évaluables.

Outil : l'arbre des objectifs est un schéma permettant de repérer en un seul coup d'œil les différents niveaux des objectifs.

ÉTAPE 3 : LA CONSTRUCTION DES INDICATEURS

La construction d'indicateurs solides est indispensable afin d'accroître la visibilité des activités de prévention pour mieux les valoriser (types d'actions, publics touchés et couverture territoriale). Il s'agit bien de valoriser l'ampleur et la pertinence de nos actions de prévention, de la façon la plus « objective » possible et de répondre aux demandes issues de nos interlocuteurs et financeurs nationaux, régionaux et locaux portant sur la « traçabilité » des actions menées et des financements alloués.

Il nous est nécessaire également d'améliorer la visibilité sur le temps passé par action, avec des indicateurs communs, autour de cinq temps partagés par tous :

→ Le temps de préparation ;

→ Le temps de face à face ;

→ Le temps de déplacement ;

→ Le temps de l'évaluation ;

→ Le temps institutionnel.

Il importe également de convaincre nos financeurs que toute une série d'actions en amont n'aboutit pas forcément à la mise en œuvre d'une action dans l'année et de valoriser le temps de partenariat (participation aux réunions des CLSPD, etc.).

ÉTAPE 4 : LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
Cette étape doit permettre de déterminer le cahier des charges : qui fait

quoi ? Avec qui ? Quand ? Comment ? Dans quel ordre ? Avec quels moyens (humains, matériels, financiers...) ?

Il convient donc de repérer les activités à mettre en œuvre, de définir la logique et les modalités d'intervention, d'ordonner chronologiquement les activités et de répartir les tâches entre les intervenants en s'appuyant, si nécessaire, sur des réseaux existants. Elle peut aboutir à la réalisation de conventions ou chartes de partenariat, d'organigrammes et de budgets prévisionnels.

Outil : le tableau de suivi des actions

ÉTAPE 5 : LA MISE EN ŒUVRE DE L'ÉVALUATION⁴²

L'évaluation est un moment important pour rendre compte du déroulement et des effets de l'action, en vue de la transformer, de la reconduire ou de l'arrêter. Elle permet de mesurer l'atteinte des objectifs et d'apprécier le bénéfice de l'action auprès des populations ciblées. Si l'évaluation permet de porter une appréciation sur la démarche et l'action mise en œuvre, sa valorisation n'est pas négliger, car elle peut favoriser la reconnaissance de l'action.

Il est nécessaire de construire l'évaluation dès l'élaboration du projet, et

⁴² (Adapté de) BROUSSOULOUX Sandrine— HOUZELLE-MERCHAL Nathalie— Éducation à la santé en milieu scolaire— Choisir, élaborer et développer un projet — Éditions INPES - octobre 2006

celle-ci est à faire valider au même titre que le projet. Elle doit être :

- ❖ un processus de réflexion et de remise en question tout au long du déroulement du projet ;
- ❖ élaborée en même temps que le projet, au vu des objectifs et de nos intentions éducatives ;
- ❖ rigoureuse et s'appuyer sur des outils.

Elle impose de se réinterroger sur les objectifs (qu'est-ce que je veux et peux mesurer ?). Pour chaque type d'action, il est nécessaire de définir des indicateurs de processus, d'activité et de résultats.

■ **Indicateurs de processus** : ils décrivent les éléments du projet et son déroulement (activités, acteurs, structures, moyens et ressources utilisés, méthodes employées...). Ils permettent de s'interroger : les activités prévues ont-elles été toutes réalisées ? Les moyens ont-ils été tous utilisés ?

■ **Indicateurs d'activité** : ils doivent permettre de préciser par des données chiffrées le niveau de réalisation de l'action. Ils sont exprimés par des données chiffrées (nombre de séances, nombre de bénéficiaires, nombre de réunions, nombre d'outils distribués...).

■ **Indicateurs de résultats** : ils doivent servir à déterminer si l'action mise en œuvre a ou non permis d'atteindre les objectifs spécifiques visés. Ils permettent de répondre à certaines interrogations, par exemple : le public est-il satisfait ? Qu'est-ce qui a changé ? Quelles appropriations des connaissances ont été observées ? Y a-t-il un impact ? Les données collectées sont le plus souvent

qualitatives.

Pour mesurer l'efficacité d'une action, on peut s'intéresser à ses résultats, à son impact (effets attendus ou non), à son rendement, à sa cohérence (adéquation entre le programme, ses objectifs, les moyens mis en œuvre et les résultats) et à sa pertinence (adéquation entre l'action et les déterminants du comportement de la population visée). Les critères d'efficacité sont prévus en fonction de l'objectif à évaluer et doivent tenir compte du temps nécessaire à une modification de comportement.

Outils : l'évaluation nécessite l'utilisation d'outils indispensables à sa mise en œuvre (**questionnaires, tableau de bord, feuille de présence, grille de suivi ou d'observation, recueils, bilan et document de synthèse, enquête de satisfaction...**).

■ L'évaluation des résultats :

Elle rend compte de l'atteinte des objectifs fixés au départ. Elle apporte des éléments nécessaires à la poursuite du projet, à son réajustement et à sa reproductibilité. Elle permet donc d'identifier les éléments à améliorer et les points forts du projet.

L'évaluation des résultats peut se faire :

■ **Par une analyse qualitative** (par le moyen d'un entretien collectif ou individuel, d'un questionnaire ou par observation) sur des critères tels que :

- ❖ Le degré de participation du public à la séance : le nombre de questions posées, le nombre d'échanges, l'inté-

rêt exprimé, la poursuite dans le temps de l'intérêt (questions posées par la suite),

- ❖ L'évolution des attitudes et des aptitudes : attitudes directement liées au sujet (utilisation de moyens de contraception...) ou liées à la dynamique de l'action (s'ouvrir, être force de propositions...),
- ❖ La valorisation de l'action ou des personnes : les personnes reparlent de l'action à leur entourage, acquisition de connaissances et évolution des représentations des personnes ;

■ **Par une analyse quantitative** qui mesurera la participation aux actions :

- ❖ Nombre de participants,
- ❖ Nombre de refus de participer,
- ❖ Nombre de participants aux temps forts (permet d'évaluer la capacité de mobilisation sur le thème).

Exemples d'outils de recueil de données :

- Grille d'évaluation des activités menées ;
- Exemple de **tableau de bord** pour l'évaluation du processus ;
- Fiche des éléments recueillis dans le **journal de bord** ;
- Exemple de **fiche de suivi** à destination de l'animateur ;
- Exemple de **questionnaire d'évaluation** à diffuser aux bénéficiaires de l'action.

Exemples (non exhaustifs) d'indicateurs par type d'action :

Pour chaque type d'action, il est nécessaire de prévoir au moins un indicateur dans chacune des trois classes d'indicateurs processus, activité, résultats.

■ Le rapport d'évaluation :

Le rapport d'évaluation a pour finalité de rendre accessibles les résultats de l'évaluation et de formuler des recommandations. Afin de mettre en exergue les principaux résultats de l'évaluation ainsi que les points forts et les faiblesses repérés, il peut être pertinent de prévoir la rédaction d'une synthèse du rapport d'évaluation, en particulier lorsqu'il s'agit d'une action expérimentale.

PROPOSITION DE PLAN POUR LE RAPPORT D'ÉVALUATION

1. Identification de l'équipe projet :

nom de la structure, des auteurs et coordonnées ;

2. **Titre** : il doit être court et pertinent ;

3. **Présentation du projet** : il s'agit de présenter les objectifs du projet, le lieu, le public visé, le calendrier ainsi que les différentes activités prévues ;

4. **Présentation de l'évaluation** : on précise les objectifs de l'évaluation, la méthodologie utilisée, les indicateurs retenus ;

5. **Présentation des résultats** : il s'agit de proposer une analyse des principaux résultats de l'évaluation ainsi que les conclusions auxquelles on a abouti ;

6. **Rédaction de recommandations** : il s'agit de mettre en évidence les conclusions du projet, les enseignements transposables à d'autres projets et les décisions prises quant à la poursuite du projet.

ÉTAPE 6 : LA VALORISATION ET LA COMMUNICATION

Souvent négligée, la valorisation est pourtant particulièrement importante. Tout au long du projet, une communication régulière sur les avancées peut favoriser la mobilisation des acteurs et maintenir l'intérêt pour le programme. La valorisation se fait autant par les indicateurs d'activités que par la communication autour du projet.

Une fois le projet terminé, la communication permet d'assurer la promotion du processus et des résultats auprès des partenaires, du public ciblé et des financeurs. La communication est essentielle également si vous voulez échanger en interne comme en externe sur votre pratique, les outils créés, etc., et également pour transférer et modéliser la démarche sur d'autres territoires.

La communication peut se faire à chaque étape du projet :

→ En amont lors de la rédaction du projet :

Une grande importance doit être portée à la rédaction du projet. Vous pourrez réaliser un document de présentation de votre action en reprenant vos argumentaires et vos sources qui justifient vos choix relatifs aux domaines d'intervention, aux publics ciblés, aux priorités et aux objectifs fixés.

→ Pendant la mise en œuvre du projet :

Il est également pertinent de communiquer pendant la mise en œuvre du pro-

jet afin de mieux se faire connaître du grand public, des partenaires et financeurs, pour faire passer un message de prévention des risques ou de réduction des dommages auprès du plus grand nombre, en s'adaptant au public ciblé par le choix du moyen de communication, etc.

Il est également important de rappeler qu'un des objectifs fixés par l'A.N.P.A.A. est de consolider la participation des usagers, renforcer leur capacité d'agir et valoriser les publics ciblés. Il est donc particulièrement intéressant d'organiser un événement lors du démarrage ou de la fin d'une action.

→ Lors de l'évaluation du projet :

Il s'agit, à cette étape, de rendre accessible, notamment aux membres du comité de pilotage, les résultats de l'évaluation et de formuler des recommandations, à partir du repérage des points forts et des points à améliorer, pour la réédition de l'action.

ÉLABORER UN PLAN DE COMMUNICATION⁴³

ÉTAPE 1 : Définir les objectifs de la communication du projet

Les questions à vous poser :

→ Quels buts voulez-vous atteindre ?

- Faire connaître quelque chose ?
- Stimuler un comportement ?
- Débloquer des résistances ?
- Faire adhérer à une vision, un plan de management, une mission ?

ÉTAPE 2 : Déterminer le contexte du projet (parties impliquées, moyens disponibles et limites)

→ **Dressez une liste de toutes les parties impliquées.** Les parties impliquées sont toutes les personnes et les groupes concernés par le projet, et donc pas seulement le groupe cible que vous trouvez le plus important.

→ **Énumérez les moyens disponibles.** Listez tous les moyens qui peuvent vous aider à mener à bien votre plan de communication :

- canaux de communication existants (e-news, intranet, réunions, etc.) ;
- documentation ou textes existants ;
- événements planifiés, réunions de réseau ou présentations auxquels vous pouvez participer.

→ ... et les limites :

- budget ;
- délais ;

⁴³ (Adapté de) « Établir le plan de communication d'un projet » Guide pour les communicateurs fédéraux, SPF Belgique

- disponibilité ;
- moyens techniques.

Les questions à vous poser :

Quelles sont les parties impliquées ?

Quel est le budget à votre disposition pour la communication ?

Combien de temps pouvez-vous y consacrer ?

Sur l'aide de qui pouvez-vous compter ?

Quels sont les moyens techniques disponibles ?

Quelles sont les éventuelles limites ?

ÉTAPE 3 : Analyser les groupes cibles de la communication

Dans l'analyse des groupes cibles, vous vous demandez qui sont les personnes que vous voulez informer, sensibiliser, motiver, etc. Quelle est leur attitude par rapport à votre projet ? Quelles sont les conséquences de votre projet pour ces personnes ? Ce n'est qu'avec ces données en main que vous pourrez choisir la forme de communication adéquate. Un groupe cible est un ensemble de personnes ou d'instances que vous souhaitez atteindre.

→ **Un groupe cible particulier doit être subdivisé selon :**

- son importance ;
- son implication dans le projet ;
- sa conviction et son attitude vis-à-vis du projet ;
- ses connaissances, aptitudes et préférences en informatique (pour déterminer le choix des canaux) ;
- son utilisation des médias et ses préférences en la matière.

Les questions à vous poser :

Quels sont les différents groupes cibles ?

Tous les groupes cibles sont-ils homogènes (en ce qui concerne le projet) ?

ÉTAPE 4 :

Déterminer les messages

Pour faire passer efficacement l'information, optez pour un seul message par action de communication.

Les questions à vous poser :

Quel est le contenu (le centre) de votre communication par groupe cible ?

→ Comment l'exprimez-vous avec des mots ?

→ Avec des images ?

Les messages sont-ils identifiables ?

Les messages correspondent-ils aux besoins des différents groupes cibles ?

Les messages cadrent-ils avec vos objectifs (sur le plan du style, de l'impact, etc.) ?

Les différents messages sont-ils cohérents les uns par rapport aux autres ?

Quel est le message principal d'une action de communication ?

ÉTAPE 5 : Déterminer les médias à employer

→ Choisissez les médias le plus en adéquation avec vos cibles. Le média peut être statique, il ne fait que divulguer une information écrite et visuelle (communiqué de presse, affiche, plaquette, vidéo...) ou dynamique, auquel cas il fait appel à un mode participatif (débat, réunions, colloques...)

→ N'hésitez pas à solliciter des médias relais pour la promotion de votre action, en sollicitant la presse locale ou spécialisée, les réseaux auxquels vous participez, vos partenaires, ceci afin d'en assurer une large diffusion et une information sur votre action.

ÉTAPE 6 : Planifier dans le temps

Les questions à vous poser :

À quel moment est-il nécessaire de communiquer ?

À qui ?

Quel moyen de communication est le mieux adapté ?

Votre plan de communication est-il réaliste et faisable ?

Planning de communication

À quel moment l'action de communication sera-t-elle réalisée ?

Quel groupe de personnes voulez-vous atteindre avec cette action ?

Quel est le contenu de l'action de communication ?

Quelle méthode de communication faut-il utiliser pour transmettre le message ? (moyen : e-mail, newsletter, séance d'information, dépliant, affiche, etc.)

Qui transmettra le message ?

Combien de fois cette action précise sera-t-elle répétée ? (périodicité : unique, hebdomadaire, mensuelle, etc.)

Quel matériel sera nécessaire pour la bonne exécution de l'action de communication : brochure, document d'information, etc. ?

Qui est en pratique le responsable de la réalisation de l'action ?

5/2 TECHNIQUES D'ANIMATION

Les techniques d'animation sont des modalités de travail qui ne remplacent ni le savoir-faire ni le savoir-être de l'animateur. Quelques préalables :

- Le choix d'une technique d'animation est lié aux objectifs de la séquence de travail ;
- L'animateur doit se sentir à l'aise avec la technique qu'il propose ;
- Chaque technique peut être adaptée aux besoins spécifiques du groupe et au thème abordé.

Vous trouverez ci-dessous une liste non exhaustive de techniques d'animation :

| Catégories d'objectifs | Noms des techniques |
|---------------------------------|---|
| → Se présenter | CV imaginaire Des prénoms et des lettres Dessinez-vous* Portrait chinois |
| → Favoriser l'esprit de groupe | Portrait minute Présentation croisée Présentation de l'arbre |
| → Favoriser la confiance en soi | Je me fais de la pub ! |
| → Favoriser l'expression | Remue méninges (Brainstorming) Collage-expression* Dessin d'esprit (Mind Map)* Expression des opposés (Méthode Delphi) Metaplan® Objet langage* Photo-expériences* Photolangage®* Puzzle Tour de table des idées |
| → Analyser | Abaque de Régnier |
| → Produire | Bingo |
| → Argumenter | Écouter – Écouté |
| → Synthétiser | Groupes figures et numéros |
| → Établir un consensus | Jeu de rôle - Mise en situation |
| → Se positionner | Jeu des cacahuètes Jeu des enveloppes Jeu du trio* Les confettis Technique de Delphes |

* Techniques ne faisant pas appel au langage écrit

6 DÉMARCHE QUALITÉ

1/ DÉMARCHE QUALITÉ ET GUIDE D'AUTO-ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES ACTIONS EN PROMOTION DE LA SANTÉ

6/1 DÉMARCHE QUALITÉ ET GUIDE D'AUTO-ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES ACTIONS EN PROMOTION DE LA SANTÉ

La démarche qualité est un processus global et continu, l'évaluation de l'action n'en est qu'une partie. La démarche qualité est également un outil fédérateur de valorisation de la promotion de la santé, dans un champ hétérogène, avec des acteurs nombreux et variés, et dans un contexte où sa place n'est pas suffisamment reconnue.

GUIDE D'AUTO-ÉVALUATION DE LA QUALITÉ EN PROMOTION DE LA SANTÉ

La mesure 15, issue des États généraux de la prévention de 2006 comportait un volet, coordonné par l'INPES, relatif à la

mise en place d'une démarche qualité pour les associations intervenant en promotion de la santé. L'enjeu est d'impulser la structuration et l'appropriation progressive d'une démarche qualité, construite de façon partagée avec les acteurs associatifs.

Un groupe de travail, comprenant une dizaine d'associations représentatives de la diversité du champ, a été constitué au moyen d'un appel à candidatures et s'est réuni mensuellement depuis 2007. L'A.N.P.A.A. s'est fortement mobilisée dans ce groupe de travail, et ce depuis l'origine.

La première étape a consisté à élaborer un guide d'auto-évaluation de la qualité des actions en promotion de la santé, travail coordonné par l'INPES et mené par les associations représentatives de la diversité du champ, dont l'A.N.P.A.A., en s'appuyant notamment sur les expériences de terrain et sur une analyse de la littérature et des outils français et étrangers.

Proposant une auto-évaluation de la qualité à partir des processus et des pratiques, la démarche qualité retenue dans ce guide accorde une place centrale aux valeurs qui fondent l'action associative et la promotion de la santé. Dans cette perspective, son objectif est l'amélioration continue de la qualité du service rendu aux personnes et aux populations concernées par les projets. La démarche qualité contribue à l'efficacité des actions, à la cohésion et à la dynamique interne de l'association, ainsi qu'au renforcement des capacités de négociation et de plaidoyer auprès des différents partenaires. C'est une démarche volontaire qui mobilise l'ensemble de l'association.

Ce guide présente brièvement ce qu'est la démarche qualité en général et en promotion de la santé en particulier. Accompagnées d'un mode d'emploi, 5 grilles thématiques d'auto-évaluation guident les porteurs de projet pas à pas dans leurs questionnements et dans les discussions d'équipe autour de 19 critères.

Ce guide est accompagné d'un ouvrage, apportant des éléments complémentaires, permettant de partager la démarche engagée et d'explicitier les principes qui sous-tendent le guide. La rédaction de cet ouvrage a également été réalisée collectivement par les représentants des associations membres du groupe de travail, dont l'A.N.P.A.A.

LA QUALITÉ EN PROMOTION DE LA SANTÉ⁴⁴

La qualité en promotion de la santé est l'ensemble des caractéristiques liées à une action qui permettent de construire la meilleure réponse possible aux besoins de santé d'un groupe ou d'une population.

La démarche qualité, est un processus global, systématique et continu qui permet d'accroître la confiance dans la qualité du service rendu et dans le résultat attendu de l'action menée.

Les objectifs de la démarche qualité en promotion de la santé sont :

- améliorer en permanence la qualité du service rendu aux usagers ;
- améliorer le travail d'équipe et de communication interne ;
- mettre en évidence les compétences acquises et les développer (si la démarche permet d'identifier des points de dysfonctionnement et la mise en place de pistes d'amélioration, elle permet également d'identifier les points forts à valoriser) ;
- renforcer les capacités de négociation et de plaidoyer pour favoriser la reconnaissance par les différents partenaires (en formalisant des argumentaires sur ce que l'on fait, comment on le fait, pourquoi on le fait comme ça, en sortant du simple ressenti).

Les enjeux de la démarche qualité en promotion de la santé sont :

.....

⁴⁴ Guide d'auto-évaluation INPES 2009

•••• (re)donner confiance et du sens aux acteurs en promotion de la santé (en renforçant les compétences, en mutualisant les outils et en harmonisant un langage commun autour de la promotion de la santé, en rendant plus lisibles et plus visibles les actions menées) ;

•••• inscrire la qualité au cœur des principes d'organisation des activités d'une structure et des préoccupations des acteurs en promotion de la santé ;

•••• n'exclut pas la nécessité de :

- développer une culture d'actions fondées sur des données probantes,
- renforcer la qualité des pratiques (stratégies d'intervention validées, évaluation, méthodes et outils de qualité...),
- mener une évaluation des projets.

L'intérêt de la démarche qualité en promotion de la santé :

- permet de mettre en question ce que l'on fait :
 - de façon méthodique et réflexive,
 - en s'appuyant sur des éléments objectivables et sur l'évidence scientifique disponible pour analyser le présent et pour orienter le futur,
 - en acceptant de se comparer à ce qui se fait ailleurs ;
- propose une « boîte à outils » utile à condition de s'en servir à bon escient ;
- n'est efficace qu'à la condition d'impliquer les acteurs en les responsabilisant sans les culpabiliser.

INTERVENTION DE L'A.N.P.A.A. CHAMPAGNE-ARDENNE À LA JOURNÉE NATIONALE DU DÉPLOIEMENT DE LA DÉMARCHE QUALITÉ EN PROMOTION DE LA SANTÉ LE 8 NOVEMBRE 2013



•••• Cette journée, organisée par l'INPES et les associations membres du comité national de suivi de la démarche qualité, dont l'A.N.P.A.A., a été l'occasion pour l'A.N.P.A.A. Champagne-Ardenne de rendre compte de son expérience sur « comment concrètement mettre en place la démarche qualité au sein de son association ? ». L'A.N.P.A.A. Champagne-Ardenne, en rappelant les grandes étapes de la mise en œuvre au niveau régional de la démarche qualité, a montré que cette démarche s'inscrit dans le temps :

■ Fin 2010 : lancement de la démarche qualité sous l'impulsion des directeurs départementaux, suite à la journée d'accompagnement organisée par le siège national ;

■ **Septembre 2011** : inscription de la démarche qualité dans le CPOM ARS/A.N.P.A.A. Champagne-Ardenne comme un objectif opérationnel de la consolidation de l'organisation régionale ;

■ **Juillet 2012** : production d'un rapport d'évaluation sur le programme « Précarité Public » comprenant notamment les résultats des travaux menés ;

■ **Juillet 2013** : production d'un rapport d'évaluation sur le programme « Plan Santé Scolaire » comprenant notamment les résultats des travaux menés ;

Tous les membres du collectif régional des animateurs de l'A.N.P.A.A. Champagne-Ardenne ont été impliqués dans les travaux, soit jusqu'à onze professionnels. Les réunions de travail ont duré une demi-journée par grille (le guide d'auto-évaluation comprend cinq grilles). Les deux programmes régionaux de prévention ont été évalués sur le temps des réunions régionales prévues pour la coordination.

7 OUTILS DE PRÉVENTION

→ 1/ GROUPE DE TRAVAIL NATIONAL A.N.P.A.A.

→ 2/ RECOMMANDATIONS POUR L'ÉLABORATION D'OUTILS DE PRÉVENTION

→ 3/ OUTILS A.N.P.A.A. VALIDÉS

→ 4/ OUTILS VALIDÉS PAR LA MILDT

→ 5/ PÉDAGOTHÈQUE DE L'INPES

7/1 GROUPE DE TRAVAIL NATIONAL A.N.P.A.A.

Le groupe de travail A.N.P.A.A. spécifique à la prévention a été réactivé en 2009. Il se réunit trimestriellement avec pour objectifs :

→ L'appui technique, la valorisation et la validation interne de tous les outils ;

→ La garantie d'une plus grande cohérence interne des outils ;

→ La valorisation de la prévention au sein du réseau A.N.P.A.A.

Ce groupe sert plus largement à l'élaboration d'outils méthodologiques sur la prévention en général et à l'amélioration de la qualité de nos prestations. À titre d'illustration, dans le cadre du groupe de

travail « prévention » ont été organisés :
■ **Le forum A.N.P.A.A. de la prévention et de la promotion de la santé** les 13 et 14 septembre 2011, au cours duquel près de 180 animateurs de prévention de toute la France se sont réunis pendant deux jours pour échanger sur leurs pratiques, partager leurs outils et échanger avec les élus et le Siège sur une activité prévention en évolution ;

■ **La formation en direction des animateurs de prévention**, dans le cadre du plan de formation interne, mis en œuvre fin 2011 et réédité chaque année.

Suite à l'appel à candidatures, renouvelé tous les 18 mois, une dizaine d'animateurs de prévention sont retenus, avec le souci d'une répartition régionale équitable et d'une représentation diversifiée des professionnels de la prévention.

7/2 RECOMMANDATIONS POUR L'ÉLABORATION D'OUTILS DE PRÉVENTION

Les outils, supports d'intervention, doivent favoriser la participation des publics ciblés et développer les aspects du savoir-être et de l'estime de soi. Ils doivent permettre à l'utilisateur de s'exprimer librement, de confronter les idées, de remettre en cause les représentations et d'acquérir des connaissances. La force de l'A.N.P.A.A. est de pouvoir s'adapter à toutes demandes (tous types de publics et de milieux d'intervention), ce qui implique la nécessité de l'adaptabilité de l'outil et l'importance portée au public.

La liste des critères de qualité et du contenu du guide d'accompagnement, ci-dessous, sont issus des avis des membres du groupe de travail « prévention », des critères de recevabilité de la MILDT et du référentiel INPES « Outils d'intervention en éducation pour la santé : critères de qualité », fruit d'un consensus d'experts en éducation pour la santé.

LISTE DES CRITÈRES DE QUALITÉ

Qualité du contenu :

- Les sources de toutes les données sont énoncées ;
- Les sources et les données sont actualisées ;

- Toutes les informations données sont validées ;
- Des informations sur la législation sont intégrées ;
- L'aspect polyconsommation est développé ;
- Le parti pris en cas d'utilisation d'images caricaturales est présenté.

Qualité pédagogique :

- Les objectifs de l'outil sont énoncés explicitement ;
- Les objectifs sont pertinents au regard des besoins du public visé ;
- Le titre et les sous-titres de l'outil sont bien en cohérence avec les objectifs énoncés ;
- Les informations données sont en adéquation avec l'âge du public ciblé ;
- Les ressorts utilisés sont en accord avec les valeurs défendues par l'A.N.P.A.A. et celles de la promotion de la santé.

Qualité de la conception :

- La conception de l'outil s'appuie sur une analyse des besoins du public ciblé ;
- La conception de l'outil s'appuie sur une analyse de la littérature.

Qualité du support :

- Le support est pertinent par rapport au public ciblé ;
- Les consignes, règles, modalités d'utilisation sont claires ;
- L'outil est complété d'un guide d'accompagnement ;
- S'il n'y a pas de guide, l'outil peut être utilisé sans difficulté ;
- Les images utilisées sont libres de droits ;

- Les coquilles et fautes d'orthographe sont corrigées.

PISTES POUR LE CONTENU DU GUIDE D'ACCOMPAGNEMENT

- ❖ Présenter le contexte de création de l'outil ;
- ❖ Préciser le public visé ;
- ❖ Préciser les possibles lieux d'animation ;
- ❖ Présenter les conditions d'utilisation (taille des groupes, matériel à prévoir...)
- ❖ Décrire l'outil ;
- ❖ Présenter la démarche de prévention ;
- ❖ Présenter la méthode pédagogique ;
- ❖ Présenter les objectifs généraux et opérationnels ;
- ❖ Donner des informations pratiques sur le déroulé d'une séance type ;
- ❖ S'assurer de la clarté des consignes d'utilisation ;
- ❖ Faire des précautions d'usage (pièges ou problèmes à éviter) ;
- ❖ Lister les sources utilisées pour la conception de l'outil ;
- ❖ Lister les ressources documentaires pour aller plus loin ;
- ❖ Lister la bibliographie ;
- ❖ Lister les numéros et sites internet utiles ;
- ❖ Présenter des suggestions pour l'évaluation.

Si vous utilisez des images, des photos ou des textes, soyez vigilants concernant les droits d'auteur et les droits à l'image.

7/3 OUTILS A.N.P.A.A. VALIDÉS

Ces outils s'inscrivent dans une logique de promotion de la santé. Utilisés comme supports pédagogiques durant les actions de prévention ou de formation, ils sont des supports à l'intervention. Ils sont accompagnés de guide d'intervention.

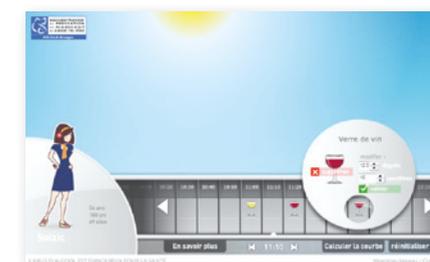
Ci-dessous une sélection d'outils pédagogiques conçus par des comités A.N.P.A.A., validés par le groupe de travail national A.N.P.A.A. et par la MILDT pour certains d'entre eux. Cette liste n'est pas exhaustive.

Pour commander ces outils, veuillez vous référer aux coordonnées des comités A.N.P.A.A. promoteur de l'outil sur le site :

www.anpaa.asso.fr/adresses-utiles

SIMULATEUR D'ALCOOLÉMIE

A.N.P.A.A. Bretagne, 2014



Comme tous les simulateurs, le simulateur d'alcoolémie développé par l'A.N.P.A.A. Bretagne permet de calculer son taux d'alcoolémie en fonction de

multiples paramètres : le sexe, le poids, la taille, l'âge.

Afin de le rendre plus adapté à la pratique de terrain des animateurs de prévention, mais aussi plus ludique, ont été ajoutées quelques fonctionnalités supplémentaires. Ainsi il est possible de :

- ❖ donner un prénom à chaque personnage ;
- ❖ comparer 2 courbes d'alcoolémie pour 2 personnes différentes et modifier chaque consommation pour chaque personne ;
- ❖ choisir entre un repas léger ou un repas complet ;
- ❖ choisir entre 13 types de verres d'alcool différents au bar ou à la maison ;
- ❖ adapter la quantité et le degré d'alcool sur les verres consommés à la maison ;
- ❖ modifier ou supprimer facilement une consommation ;
- ❖ recevoir des informations ciblées en fonction du taux d'alcoolémie atteint (perte de points sur le permis, risques d'accident...) ;
- ❖ évaluer de manière rapide à quelle heure la conduite est possible ;
- ❖ cumuler les consommations sur 48 heures afin d'avoir un aperçu des effets de consommations répétées.

Ce simulateur est par ailleurs facilement lisible sur certaines tablettes et certains smartphones.

PROGRAMME ÉDUCATIF « MOI, MES ENVIES ET LES AUTRES »

❖ A.N.P.A.A. du Nord-Pas-de-Calais, 2013



Ce programme éducatif aborde de façon indirecte la consommation de produits psychotropes et les conduites addictives. Il est construit autour de trois ateliers ludiques et interactifs qui visent à développer les compétences psychosociales en permettant aux adolescents de réfléchir collectivement et de se construire des comportements adaptés. Il s'articule autour de trois ateliers : la connaissance de soi et des autres, les pressions sociales et les habitudes de vie. Ce programme a été conçu pour soutenir les adultes professionnels ou bénévoles (enseignants, éducateurs, animateurs, professionnels de santé...) souhaitant s'engager collectivement auprès d'adolescents. Il peut être proposé aux jeunes âgés de 11 à 16 ans. Une formation de deux jours est nécessaire à l'utilisation du programme afin de permettre aux équipes de s'approprier la démarche proposée au sein du programme.

GUIDE « INTERGÉNÉRATIONNEL DE L'IDÉE À L'ACTION »

❖ A.N.P.A.A. du Morbihan et collectif REACTIM, 2013



Ce guide méthodologique, destiné aux parents, responsables associatifs et élus, présente les différentes étapes de l'élaboration d'un projet intergénérationnel à partir de l'action « Regards croisés sur la question de la fête » réalisée sur la commune de Muzillac dans le Morbihan. Le guide est ponctué d'exemples concrets pour favoriser l'engagement des élus et des habitants. Un DVD accompagne le guide avec des interviews micro-trottoir et trois fictions intégrées autour de la vision de la fête chez les adultes, les jeunes et les seniors.

FRESQUE « HOME PARTY »,

❖ A.N.P.A.A. des Côtes-d'Armor, 2013

Force est de constater que les étudiants et lycéens font de plus en plus la fête dans la sphère privée, cette fresque a pour objectif d'échanger avec les jeunes



sur les prises de risque, sur la fête et les consommations de produits psychoactifs (alcool, cannabis, etc.). Elle incite au débat de manière non moralisatrice et sans jugement.

La fresque représente une fête en appartement avec 10 scènes présentant différents risques. Elle est accompagnée d'un guide d'animation.

PLAQUETTE « FEMME ET SUBSTITUTION AUX OPIACÉS »

❖ de l'A.N.P.A.A. du Morbihan, 2012



Partant du constat d'un manque d'information sur la question de la grossesse et des traitements de substitution aux opiacés, partagé tant par les femmes que par certains professionnels, les partenaires du projet « Périnatalité, alcool et autres addictions » du territoire de

santé 3 du groupe de travail « informer le public », (projet piloté par l'A.N.P.A.A. 56 depuis 2006) ont réalisé une plaquette. Il s'agit d'un document d'informations pour les femmes dépendantes aux opiacés (héroïne et traitements de substitution) concernant la question de la contraception et de la grossesse. La plaquette recto verso se présente sous la forme de questions-réponses. On y trouve également les coordonnées des professionnels du territoire de santé concerné. Pour une version personnalisée, contacter Imprimerie au 02 97 33 60 28. Les objectifs de cet outil sont de renforcer l'observance du traitement de substitution aux opiacés chez les femmes enceintes ou désireuses de l'être, d'inciter les femmes consommatrices d'héroïne à mettre en place un traitement de substitution aux opiacés, d'informer et de rassurer les femmes dépendantes sur la compatibilité d'une grossesse et d'un traitement de substitution aux opiacés et d'informer sur la possibilité de l'allaitement et sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse.

LIVRET « FÊTE & BUVETTE - UN ÉQUILIBRE À TROUVER » ET LIVRET « LA FÊTE EN HÉRITAGE »

••• A.N.P.A.A. du Tarn, 2011-2013

Ces livrets ont été créés pour répondre à une attente des élus locaux dans le domaine de l'organisation de fêtes en milieu rural. Ces outils permettent à chacun de connaître ses responsabilités et ainsi de travailler dans le même sens.



Le livret « Fête & Buvette » créé en 2012 est diffusé auprès des municipalités du département du Tarn. Plus d'une dizaine de départements ont repris ce document. Le livret « La fête en héritage » est un recueil de bonnes pratiques pour le bon déroulement d'une fête votive en milieu rural. Ce document donne aussi une grille de lecture aux responsables de fêtes afin qu'ils comprennent le rôle et l'implication de chacun. Ce livret est le fruit de réunions avec des élus et présidents de comités des fêtes et d'un groupe de travail sur le territoire de Mazamet entre février et mai 2013. Ces livrets ont pour objectifs de donner des informations sur les dispositions législatives et de prévention à prendre lors des manifestations festives, d'inciter au débat par des rencontres avec les responsables politiques locaux et associatifs et de développer les compétences des élus locaux et responsables associatifs en matière de prévention.

EXPOSITION « ALCOOL, AUTRES DROGUES ET RISQUES PROFESSIONNELS »

••• A.N.P.A.A. des Côtes-d'Armor, 2011

Cette exposition est un outil informatif et interactif et un support d'échange sur les questions de sécurité et de santé au travail, les effets des produits, la notion de responsabilité, les contrôles, les personnes et structures ressources.

Il est destiné à toutes les entreprises et en particulier aux PME/PMI ainsi qu'aux centres de formation (CFA, lycées professionnels, etc.). Il a pour objectifs d'aborder la question des risques professionnels en rapport avec les consommations d'alcool et d'autres substances psychoactives, auprès des salariés, de faciliter la mise en place de temps de sensibilisation au sein des entreprises, notamment dans les PME/PMI et TPE qui ont peu l'habitude d'aborder la question des addictions et des risques professionnels, de faciliter la mise en œuvre d'un programme plus large d'accompagnement de l'entreprise dans ses obligations vis-à-vis de la santé au travail et des risques professionnels (intervention sur le règlement intérieur, développement de protocoles de sécurité ou de santé au travail, formation des encadrants, sensibilisation des salariés).



ATELIERS « D'APRÈS MOI »

••• A.N.P.A.A. Centre, 2010 (validé par la MILDT)



À travers une réflexion individuelle et collective, « D'après moi » vise à développer ou renforcer les compétences nécessaires à la prise de décision et à la gestion des sollicitations. L'outil est à utiliser avec des enfants de 8 à 12 ans. Décliné en ateliers, il permet un travail de mise en situation sur les conduites à risque sous forme de débats ou de mises en scène, les participants étant amenés à aborder les thèmes de la relation à l'autre, de l'estime de soi et de l'esprit critique. L'adulte encadrant dispose d'un guide de l'accompagnateur pour animer et organiser les séances.

Les ateliers sont destinés à des petits groupes (4-5 personnes), accompagnés d'un adulte, en milieu scolaire ou dans le cadre des accueils de loisirs. Le travail en individuel au sein d'un groupe, puis en groupe restreint, puis en groupe général, permet différents niveaux de réflexion et d'expression. Le débat ou les mises en situation sont facilités par le caractère interactif et ludique et sont très adaptables dans leur forme et leur durée.

DVD INTERACTIF « 100 ISSUES »

A.N.P.A.A. du Cher, 2010
(validé par la MILDT)



Cet outil a pour objectif d'inciter les adolescents à se positionner face à une situation connue, familière ou probable. Un positionnement concrétisé par le choix qui leur est proposé.

Trois courts métrages de moins de 10 min mettent en scène des jeunes (filles et garçons) de classe terminale tiraillés entre routine scolaire, échéance du bac et... envie de s'éclater. Ces héros ordinaires affrontent des situations types : boire une bière près du lycée, fêter un anniversaire, sortir en discothèque. Pour chaque situation, deux (ou cent ?) issues sont possibles, au choix des spectateurs, accessibles grâce à un système original de visionnage interactif, sous forme d'arborescence, à la manière d'un théâtre forum. L'écueil des stéréotypes (le bien et le mal) est ainsi évité. Le DVD et son guide de l'animation s'utilisent comme support d'information et de débat, sur la base des expériences et compétences des jeunes face à des situations de prise de risque.

7/4 OUTILS VALIDÉS PAR LA MILDT

Face à une production importante d'outils de prévention et à leur grande diversité dans leurs contenus, leurs formes et leurs destinataires, la commission nationale de validation des outils de prévention, créée en 2000 par la MILDT, assurait jusqu'en 2013 à la fois une fonction d'observation, d'appui et de validation.

L'A.N.P.A.A. était membre, depuis l'origine en tant qu'expert, de la commission nationale de validation des outils MILDT. Depuis la création de la commission, 12 outils A.N.P.A.A. ont été validés par la MILDT.

Vous trouverez la fiche descriptive de tous les outils validés sur le site de la MILDT :

<http://www.drogues.gouv.fr/>

Dans la rubrique :

« *Accès site professionnel* » / « *Voir tous les outils validés* ».

7/5 PÉDAGOTHÈQUE DE L'INPES

L'objectif du dispositif pédagogothèque est de fournir aux professionnels de l'éducation, de la santé ou du social, des appréciations sur les outils, afin de les aider à choisir ceux qui leur semblent pertinents pour les actions qu'ils souhaitent mettre en œuvre. Il ne s'agit ni d'une validation ni d'une labellisation des outils.

Ce dispositif existe depuis 1997. Depuis 2006, les experts (de la thématique ou du public de l'outil et de l'éducation pour la santé) qui analysent les outils en région s'appuient sur une grille issue du « Référentiel des critères de qualité des outils d'intervention en éducation pour la santé ».

Les analyses sont réalisées par les pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé, et la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé coordonne le dispositif dans le cadre de sa convention avec l'INPES.

Chaque analyse fait l'objet d'une synthèse dont l'INPES assure la diffusion en donnant accès à une base de données d'outils analysés.

Les fiches de synthèse des analyses sont compilées dans la base de données « Pédagothèque » du site de l'INPES : www.inpes.sante.fr dans la rubrique « *Professionnels de l'éducation* ».

Pensez également à consulter le centre de ressources documentaires sur le site Internet de l'IREPS ou du pôle régional de compétences en éducation pour la santé de votre région.

ANNEXES

→ 1/ BIBLIOGRAPHIE

→ 2/ GLOSSAIRE

ANNEXE I : Bibliographie

I. TEXTES DE RÉFÉRENCE

Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017. 82 p. (M.I.L.D.T., 2013).

http://www.drogues.gouv.fr/site-professionnel/la-mildt/plan_gouvernemental/plangouvernemental-2013-2017/

CORDIER, A. *Un projet global pour la stratégie nationale de santé. 19 recommandations du comité des « sages »*. 147 p. (2013).

<http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-cordier-SNS-sages.pdf>

JACQUAT, D. & TOURAINE, J.-L. *Évaluation des politiques publiques de lutte contre le tabagisme*. 332 p. (Assemblée nationale, 2013).

http://www.assemblee-nationale.fr/14/contrôle/com_cec/tabagisme-rapport.pdf

REYNAUD, M. *Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages. Synthèse du rapport*. 109 p. (2013).

http://cms.centredesaddictions.org/pdf/Mildt_MR_DJM_Synthese.pdf

PREEL, J.-L. *Rapport d'information sur la prévention sanitaire*. 394 p. (Assemblée nationale, 2012).

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i4334.asp>

REYNAUD, M., MOREL, A. *Livre blanc de l'addictologie française. 100 propositions pour réduire les dommages de l'addiction en France*. 44 p. (Fédération française d'addictologie, 2011).

<http://www.federationaddiction.fr/le-livre-blanc-de-laddictologie-francaise/>

Programme national nutrition-santé 2011-2015. 66 p. (ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2011).

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf

Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. JORF N°0170 (2011).

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte>.

do?cidTexte=JORFTEXT000024389212 &dateTexte=&categorieLien=id

Plan cancer 2009-2013 : 4e rapport d'étape au président de la République.

124 p. (ministère chargé de la Santé, 2011). <http://www.plan-cancer.gouv.fr/>

Plan d'actions stratégiques 2010-2014 : politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. 86 p. (ministère de la Santé et des Sports, 2010).

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf

Plan national de lutte contre les hépatites B et C : 2009-2012. 88 p. (ministère de la Santé et des Sports, 2009).

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_national_Hepatitis.pdf

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF N°0167 (2009).

<http://www.legifrance.gouv.fr/af-fichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=&categorieLien=id>

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. JORF N° 185 (2004).

<http://www.legifrance.gouv.fr/af-fichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&dateTexte=&categorieLien=id>

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF (2002).

<http://www.legifrance.gouv.fr/af-fichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT0000000227015>

REYNAUD, M. & PARQUET, P.-J. **Les personnes en difficulté avec l'alcool. Usage, usage nocif, dépendance : propositions.** 293 p. (CFES, 1999).

PARQUET, P.-J. **Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives. Usage, usage nocif, dépendance.** 43 p. (CFES, 1998).

II. CONTEXTE

BOURDILLON, F. **Traité de prévention.** 421 p. (Flammarion Médecine-Sciences, 2009).

CRAPLET, M. **Éthique de la prévention du risque alcool.** ALCOOLOGIE, 17, n° 1, 14–22 (1995).

CRAPLET, M. **La prévention « mise à la question » : éducation ou contrôle. I - Aperçu sur l'histoire et l'actualité de la prévention en addictologie.** ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE, 28, n° 4, 337–346 (2006).

CRAPLET, M. **La prévention « mise à la question » : éducation ou contrôle. II - La prévention des mésusages de l'alcool et du tabac au risque de la science.** ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE, 29, n° 1, 67–79 (2007).

DANY, L. & APOSTOLIDIS, T. **L'étude des représentations sociales de la drogue et du cannabis : un enjeu pour la prévention.** SANTÉ PUBLIQUE, 14, n° 4, 335–344 (2002).

MOREL, A. **Prévention des conduites addictives : la place de l'interdit et de la loi.** ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE, 25, n° 3, 237–242 (2003).

MOREL, A. **Les addictions, un objet spécifique de la prévention.** ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE, 27, n° 4, 325–335 (2005).

MOREL, A., POLOMENI, P. & GAYRARD, P. **Prévenir les addictions.** ADSP n° 60, 17–84 (2007).

MOREL, A., RIGAUD, A., CRAPLET, M. & BOURDILLON, F. **Politiques de prévention des addictions** (tabagisme, alcoolisme, toxicomanie) in **Traité de prévention**, 187-196 (Flammarion Médecine-Sciences, 2009).

PERETTI-WATEL, P. & MOATTI, J. P. **Le principe de prévention : le culte de la santé et ses dérives.** 104 p. (Le Seuil, 2009).

REYNAUD, M. **Traité d'addictologie.** 800 p. (Flammarion Médecine-Sciences, 2006).

SALOMON, R., LOMBRIL, P. & PERETTI-WATEL, P. **Prévention et santé publique.** ADSP n° 83, 18–64 (2013).

TUBIANA, M. & LEGRAIN, M. **Comment développer et améliorer les actions de prévention dans le système de santé français ?** BULLETIN DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE, 186, 447–540 (2002). <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/03/2002.2.pdf>

III. ÉPIDÉMIOLOGIE – POPULATIONS

Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement. Synthèse de l'expertise col-

lective, 60 p. (INSERM, 2014). <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>

BECK, F., GUIGNARD, R. & RICHARD, J. B. **Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010 - Exploitation des données du Baromètre santé.** TENDANCES n° 76, 6 p. (2011). <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend76.html>

BECK, F. **L'évolution des comportements de santé en France depuis 20 ans : l'exemple de l'alcool et du tabac.** ADSP n° 80, 36–39 (2012).

BECK, F. & RICHARD, J.-B. **Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010.** 344 p. (INPES, 2013). <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1452.pdf>

COPPEL, A. **Drogues, genre et prévention.** LA SANTÉ DE L'HOMME n° 372, 38–40 (2004). <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-372.pdf>

Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé. (F.N.O.R.S.). & Direction générale de la santé. (D.G.S.). **Indicateurs transversaux de santé publique dans les régions de France : démographie, contexte socio-économique, mortalité générale, mortalité prématurée, morbidité.** 88 p. (FNORS, 2007). <http://www.fnors.org/fnors/ors/travaux/syntheseindicateurs.pdf>

GODEAU, E., NAVARRO, F., ARNAUD, C., LE LUONG, T. & BLANQUER, J. M. **La santé des collégiens en France en 2010 : données françaises de l'enquête**

internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). 254 p. (INPES, 2012).

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1412.pdf>

LE NEZET, O., SPILKA, S., LAFFITEAU, C., LEGLEYE, S. & BECK, F. *Consommations de substances psychoactives après 60 ans*. *TENDANCES* n° 67, 4 p. (2009).

<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend67.html>

ministère des Affaires Sociales du Travail et de la Solidarité. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (D.R.E.E.S.). *L'état de santé de la population en France. Rapport 2011*. 340 p. (ministère de la Santé, 2011).

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/État_sante-population_2011.pdf

POUSSET, M. & ADES, J. *Drogues, chiffres clés. 5^e édition*. 8 p. (OFDT, 2013).

<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/dce/dccl3.html>

POUSSET, M. *Drogues et addictions. Données essentielles 2013*. 401 p. (OFDT, 2013).

<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/dade.html>

SERMET, C. *Évolution de l'état de santé depuis 20 ans : santé perçue et morbidité déclarée. État des lieux*. *ADSP* n° 80, 6–12 (2012).

SPILKA, S., LE NEZET, O. & TOVAR, M. L. *Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011*.

TENDANCES n° 79, 4 p. (2012).

<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend79.html>

TOVAR, M. L., COSTES, J. M. & EROUK-MANOFF, V. *Les jeux d'argent et de hasard sur Internet en France en 2012*. *TENDANCES* n° 85, 6 p. (2013).

<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend85.html>

L'alcool, toujours un facteur de risque majeur pour la santé en France. Numéro thématique. *BULLETIN ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE* n° 16-17-18, 161–204 (2013).

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologiquehebdomadaire/Archives/2013/BEH-n-16-17-18-2013>

IV. TERRITOIRES – SANTÉ VILLE

Haut Conseil de la Santé Publique. (H.C.S.P.). *Avis relatif à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Place des Ateliers santé ville*. 10 p. (HCSP, 2013).

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=352>

LERIQUE, F. *La santé saisie par le social : les contrats locaux de santé*. *REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL* n° 5, 859-867 (2013)

LEVY-JURIN, V. *Villes-santé et prévention* in *Traité Prévention* 369–370 (Flammarion Médecine- Sciences, 2009).

RIGAUD, A. *Actions de prévention de proximité en addictologie*. *ADSP* n° 60, 41–43 (2007).

La promotion de la santé à l'épreuve des territoires (Dossier). *LA SANTE DE L'HOMME* n° 383, 16–39 (2006). <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-383.pdf>

Les villes, au cœur de la santé des habitants (Dossier). *LA SANTE DE L'HOMME* n° 409, 11–49 (2010). <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-409.pdf>

Collectivités territoriales et santé (Dossier). *ADSP* n° 82, 14–67 (2013).

V. INÉGALITÉS – DÉTERMINANTS DE SANTÉ

BASSET B. *Les inégalités sociales de santé*, coll. Varia, INPES, (2008).

CRESSON, G. *Santé publique : sommes-nous vraiment égaux ?* *ADDICTIONS* n° 27, 10–15 (2009).

DOURGNON, P., OR, Z. & SORASITH, C. *Les inégalités de recours aux soins en France, retour sur une décennie de réformes*. *ADSP* n° 80, 33–35 (2012).

LANG, T. *Les inégalités sociales de santé* (Dossier). *ADSP* n° 73, 8–56 (2010).

LEBAS, J. *Notion d'inégalité et de disparités de santé en France in Traité de santé publique* 199–205 (Flammarion Médecine-Sciences, 2004).

LEBOURDAIS, P. *Inégalités sociales de santé et démarche communautaire en santé, quels liens ?* *LA SANTE DE L'HOMME* n° 397, 33–35 (2008). <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-397.pdf>

LECLERC, A., KAMINSKI, M. & LANG, T. *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action*. 297 p. (La Découverte, 2008).

MOLEUX, M., SCHAETZEL, F. & SCOTTON, C. *Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modes d'action*. 120 p. (IGAS, 2011). <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000580/0000.pdf>

POTVIN, L., MOQUET, M.-J. & JONES, C.-M. *Réduire les inégalités sociales en santé*. 386 p. (INPES, 2010). <http://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/1333.pdf>

Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention (Dossier). *LA SANTE DE L'HOMME* n° 414, 7–43 (2011). <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-414.pdf>

Plaidoyer pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé en France : les recommandations du 5 juin 2012. 6 p. (EHESP, 2013). <http://www.ehesp.fr/2013/07/02/plaidoyer-pour-laction-sur-les-determinants-sociaux-de-lasante-en-france-les-recommandations-du-5-juin-2012/>

VI. SANTÉ PUBLIQUE

BASSET, B., DEMEULEMEESTER, R. & SERMET, C. *20 ans de santé publique* (Dossier). *ADSP* n° 80, 5–83 (2012).

BLUM-BOISGARD, C., DEMEULEMEESTER, R. & JOURDAIN, A. *Quelles sont les conditions de réussite des interventions en santé publique ?* *SANTE PUBLIQUE*, 17, n° 4, 569–582 (2005).

BOURDILLON, F., BRUCKER, G. & TABUTEAU, D. *Traité de santé publique*. 536 p. (Flammarion Médecine-Sciences, 2007).

GIRARD, J. F. & EYMERI, J. M. *Quand la santé devient publique*. 258 p. (Hachette Littératures, 1998).

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. 2 p. (1986). http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). *La Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation*. 11 p. (2005). http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_fr.pdf

Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). *Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool*. 46 p. (OMS, 2011). http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalsstrategyfr.pdf

OSELE, S. *L'information et la documentation en santé publique*. SANTE PUBLIQUE, 13, n° 1, 63–76 (2001).

SALAMON, R., LOMBRIL, P. & PERRETTI-WATEL, P. *Prévention et santé publique* (Dossier). ADSP n° 83, 18–65 (2013).

TABUTEAU, D., ELBAUM, M. & SAOUT, C. *La nouvelle gouvernance en santé* (Dossier). SANTE PUBLIQUE, 22, n° 1, 79–129 (2010).

VII. ÉDUCATION POUR LA SANTÉ - PROMOTION DE LA SANTÉ

* BASS, M. *Promouvoir la santé*. 306 p. (L'Harmattan, 1994).

CHOBEAUX, F. *La prévention par les pairs : attentes et limites*. LE COURRIER DES ADDICTIONS, 13, n° 3, 13–14 (2011).

COUTERON, J.-P. *Grandir parmi les addictions, quelle place pour l'éducation ?* PSYCHOTROPES, 15, n° 4, 9–25 (2010). DANGAIS, D. & JOURDAN, D. *Permettre aux élèves de se prendre en charge de manière plus autonome, y compris pour leur santé*. LA SANTE DE L'HOMME n° 407, 12–14 (2010). <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-407.pdf>

* DEDIEU, L., LOIZON, D., STALLAERTS-SIMONOT, M. & BERGER, D. *Éducation à la santé : Enjeux et dispositifs à l'école*. 604 p. (Éditions Universitaires du Sud, 2010).

LESELBAUM, N. *Éducation à la santé et prévention des dépendances en milieu scolaire*. REVUE TOXIBASE n° 9, 1–15 (2003). <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Toxibase/RevueToxibase/2003/9/01.pdf>

MICHARD, J.-L. *Quand l'École parle de compétences en matière d'éducation à la santé*. LA SANTE DE L'HOMME n° 407, 18–19 (2010). <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-407.pdf>

RAFFIN, S. *Le marketing social peut-il améliorer l'efficacité des programmes prévention ?* CAHIER DE NUTRITION ET DE DIETETIQUE, 48, n° 4, 7 p. (2013)

SANDRIN-BERTHON, B. *Éducation thérapeutique : concepts et enjeux*. ADSP n° 66, 9–59 (2009).

SUEUR, C. *Éduquer le toxicomane*. PSYCHOTROPES, 10, n° 2, 47–79 (2004).

Les jeunes et l'éducation pour la santé par les pairs (Dossier). LA SANTE DE L'HOMME n° 421, 23–25 (2012). <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-421.pdf>

Prévenir les consommations à risque chez les jeunes (Dossier). LA SANTE DE L'HOMME n° 386, 16–54 (2006). <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-386.pdf>

VIII. COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES

* DUCLOS, G., LAPORTE, D. & ROSS, J. *L'estime de soi des adolescents*. 96 p. (Montréal : Ed. du CHU Sainte-Justine, 2002).

FERRON, C. *Estime de soi et prise de risque : de quoi parle-t-on ?* LA SANTE DE L'HOMME n° 384, 19–23 (2006). <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-384.pdf>

GOURDOL, J.-P. *Renforcer l'estime de soi des jeunes... Une démarche d'éducation pour la santé à promouvoir ?* RHONE ECHO SANTE, n° 35, 2 p. (2007). http://www.adesr.asso.fr/PDF/RES_35.pdf

GOUDET, B. *Les perspectives ouvertes par la promotion de la santé : les notions d'« empowerment » et de*

« *compétences psychosociales* ». CRAES-CRIPS Aquitaine, 2p. (2005). http://www.educationsante-aquitaine.fr/pub/publications/96_bgoudet_-_empowerment.pdf

MICHAUD, C., GRUET, G. & HOUSSEAU, B. *Former au développement des compétences psychosociales*. LA SANTE DE L'HOMME n° 369, 10–12 (2004). <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-369.pdf>

RICHEZ, J.-C. *L'image de soi chez les jeunes, éléments pour un état de la question*. DOSSIER DOCUMENTAIRE SUR LA JEUNESSE, n° 13, 6 p. (2005). <http://www.injep.fr/IMG/pdf/jeunes.im.soi.JCR.mai05.pdf>

COMITE REGIONAL D'EDUCATION POUR LA SANTE & CRIPS RHONE-ALPES. *La résilience en action, passeport pour la santé : faire face aux difficultés et construire*. 136 p. (2003). En ligne : <http://www.education-sante-ra.org/publications/2004/resilience.pdf>

Comment favoriser l'estime de soi à l'école ? GRICS Carrefour Éducation. Québec. (2013). http://carrefouréducation.qc.ca/guides_thematiques/comment_favoriser_lestime_de_soi_%C3%A0_l%27%C3%A9cole#lecture

IX. PRATIQUES PROFESSIONNELLES - MÉTHODOLOGIE DE PROJET - ÉVALUATION

Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompa-

gnement. *Synthèse de l'expertise collective*, 60 p. (INSERM, 2014).

<http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>

AGENCE REGIONALE DE SANTE ILE-DE-FRANCE. *Demande de soutien d'actions en prévention et promotion de la santé. Guide du promoteur français* 2014. 82 p. (ARS, 2013).

<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Prevention-et-de-promotion-de.162221.0.html>

AIRDDS Bretagne. *Prévenir les conduites addictives en milieu scolaire. 21 recommandations*. 8 p. (2013).

http://fr.slideshare.net/AIRDDS_BRETAGNE/prvention-des-addictions-milieu-scolaire

ASSOCIATION FRANCAISE POUR LA REDUCTION DES RISQUES (A.F.R.). *Référentiel national des interventions de RdR en milieux festifs*. 32 p (AFR, 2013). <http://a-f-r.org/pole-festif-textesreferences/referentiel-national-interventions-rdr-en-milieux-festifs>

ASSOCIATION NATIONALE DE PREVENTION EN ALCOOLOGIE ET ADICTOLOGIE (A.N.P.A.A.). *Prévention des risques et réduction des dommages chez les consommateurs d'alcool*. 64 p. (A.N.P.A.A., 2012).

<http://www.A.N.P.A.A.asso.fr/images/stories/201207telechargements/A.N.P.A.A.rrdc-lasers.pdf>

BANTUELLE, M. & DEMEULEMEESTER, R. *Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire. Programmes et stratégies efficaces. Réfé-*

rentiel de bonnes pratiques. 134 p. (INPES, 2008).

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/ComportRisque.pdf>

BENEC'H, G. & AIRDDS Bretagne. *Alcool et jeunes : les mesures les plus efficaces pour réduire les méfaits liés à la consommation d'alcool. Synthèse des connaissances et exemples d'actions*. 87 p. (CIRDD Bretagne, 2013).

http://www.cirddbretagne.fr/uploads/tx_publications/documents/Mesures_alcool_MANUEL_COMPLET.pdf

BROUSSOULOUX, S. & HOUZELLE-MARCHAL, N. *Éducation à la santé en milieu scolaire : Choisir, élaborer et développer un projet*. 142 p. (INPES, 2006).

<http://www.inpes.sante.fr/esms/pdf/esms.pdf>

COMITE REGIONAL D'EDUCATION POUR LA SANTE LANGUEDOC-ROUSSILLON. *Techniques d'animation en éducation pour la santé. Fiches synthétiques*. 46 p. (2009).

<http://www.irepslr.org/article-techniques-d-animation-en-education-pour-la-sante-37877755.html>

FONTAINE, D., BEYRAGUED, L. & MIACHON, C. *L'évaluation en 9 étapes. Document pratique pour l'évaluation des actions santé et social*. 36 p. (ERSP Rhône-Alpes, 2008).

<http://www.ersp.org/elearning/index.asp>

GARJEAN, N., FERRON, C. & POMMIER, J. *Attitudes des acteurs vis-à-vis des recommandations de prévention*. *SANTÉ PUBLIQUE*, 23, n° 5, 371–384 (2011).

HAMEL, E., CALVEZ, G. *Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ?*

Guide d'auto-évaluation construit par et pour des associations. 35 p. (INPES, 2009).

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1250.pdf>

HAMEL, E., BODET, E. & MOQUET, M.-J. *Démarche qualité pour les associations intervenant en promotion de la santé*. 114 p. (INPES, 2013).

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1450.pdf>

LAMBOY, B., CLEMENT, J. & DU ROSCOËT, E. *Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation de substances illicites chez les jeunes : synthèse de la littérature*. *SANTÉ PUBLIQUE* n° 1 suppl., 47–56 (2013).

LAMBOY, B., CLEMENT, J., GUILLEMONT, J. & COGORDAN, C. *Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes : synthèse de la littérature*. *SANTÉ PUBLIQUE* n° 1 suppl., 37–46 (2013).

LAMBOY, B., CLEMENT, J., MALHERBE, H. & NUGUIER, A. *Interventions validées ou prometteuses en prévention du tabagisme chez les jeunes : synthèse de la littérature*. *SANTÉ PUBLIQUE* n° 1 suppl., 57–64 (2013).

LORTO, V. & MOQUET, M.-J. *Formation en éducation pour la santé : repères méthodologiques et pratiques*. 102 p. (INPES, 2009).

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1263.pdf>

Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie. (M.I.L.D.T.), ministère du Travail de l'Emploi et de la Santé. Institut national de recherche et de sécurité. (I.N.R.S.). *Repères pour une politique de prévention des risques liés à la consommation de drogues en milieu professionnel*. 71 p. (La Documentation française, 2012).

http://www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user_upload/site_pro/04_actions_mesures/05_actions_2008-2011/Milieu_pro/Guide-conduites-addictives-milieu-pro_Mildt-2012.pdf

* NEULAT, N. & MOREL BARNICHON, C. *Prévention des conduites addictives. Guide d'intervention en milieu scolaire*. 104 p. (CNDP, 2010).

* NOCK, F. *Petit guide de l'évaluation en promotion de la santé*. (Fédération nationale de la mutualité française, 2006).

Éducation pour la santé : les défis de l'évaluation (Dossier). *LA SANTÉ DE L'HOMME* n° 390, 12–55 (2007).

<http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-390.pdf>

L'évaluation en santé publique (Dossier). *ADSP* n° 69, 18–64 (2009).

Pratiques addictives en milieu de travail. Principes de prévention (Dossier). 32 p. (INRS, 2013).

<http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?refINRS=ED%20617>

ANNEXE 2 :

Glossaire

Acsé → Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances

ACT → Appartement de coordination thérapeutique

ADALIS → Addictions drogues alcool info service (ex DATIS)

AFR → Association française pour la réduction des risques

ARS → Agence régionale de santé (offre de soins, médico-social, prévention), regroupe notamment :

→ **Ex ARH** : Agence régionale de l'hospitalisation

→ **Ex DDASS** : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

→ **Ex DRASS** : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

→ **Ex GRSP** : Groupement régional de santé publique

→ **Ex URCAM** : Union régionale des caisses d'assurance maladie

ASUD → Association d'auto-support des usagers de drogues

AT → Appartement thérapeutique (forme de CSAPA)

CAARUD → Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CADA → Centre d'accueil pour demandeurs d'asile

CCAA → Ex Centre de cure ambulatoire en alcoologie (devenu CSAPA)

CHRS → Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CHSCT → Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

CIRDD → Centre d'information régional sur les drogues et les dépendances

CLSPD → Conseil local de sécurité et de prévention de la délinquance

CNAMTS → Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CODES → Comité départemental d'éducation pour la santé

COM → Contrat d'objectifs et de moyens

CPOM → Convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens

CRS → Conférence régionale de santé

CRSA → Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (instance consultative au sein des ARS)

CSAPA → Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (ex CCAA et CSST)

CSST → Ex Centres de soins spécialisés aux toxicomanes (devenu CSAPA)

CT → Communauté thérapeutique (forme de CSAPA avec hébergement à l'issue d'une autorisation provisoire de 3 ans)

CUCS → Contrat urbain de cohésion sociale

EHESP → École des hautes études en santé publique (Rennes. Ex-ENSP)

EUROCARE → European council on alcohol research rehabilitation and education (association pour une politique de prévention des conséquences de l'alcoolisation en Europe)

FA → Fédération addiction

FFA → Fédération française d'addictologie

FIPD → Fonds interministériel pour la prévention de la délinquance

FIQCS → Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (intégré dans le FIR en 2012)

FIR → Fonds d'intervention régional (nouveau fonds ARS 2012 qui inclut notamment la prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la sécurité sanitaire)

FJT → Foyer de jeunes travailleurs

FNES → Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé

FNORS → Fédération nationale des observatoires régionaux de santé

FNPEIS → Fonds national de prévention, d'éducation et d'information en santé

HPST → Loi réformant l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

INPES → Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSERM → Institut national de la santé et de la recherche médicale

IREMA → Institut de recherche et d'enregistrement des maladies addictives

IREB → Institut de recherches scientifiques sur les boissons

IREPS → Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé

ITEP → Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

MILDECA → Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

MSA → Mutualité sociale agricole

MSO → Médicament de substitution aux opiacés

OEDT → Observatoire européen des drogues et des toxicomanies

OFDT → Observatoire français des drogues et des toxicomanies

OMS → Organisation mondiale de la santé

ONDAM → Objectif national des dépenses d'assurance maladie

ORS → Observatoire régional de santé

PAEJ → Point d'accueil et d'écoute jeunes

PDASR → Plan départemental d'actions de sécurité routière

PJJ → Protection judiciaire de la jeunesse

PMI → Centre de protection maternelle et infantile

PRAPS → Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

RDR → Réduction des risques

RPiB → Repérage précoce et intervention brève

REMERCIEMENTS

Ce guide est issu d'un travail collectif, mené dans le cadre du groupe de travail national A.N.P.A.A. « Prévention », dont les membres sont des animateurs de prévention de terrain, représentatifs de la diversité des activités de l'A.N.P.A.A. sur toute la France.

Il a été produit au cours de l'année 2013 / 2014, avec la participation active des personnes suivantes :

Diane Boesch, responsable du service régional de prévention A.N.P.A.A. Haute-Normandie

Catherine Bonhomme, animatrice A.N.P.A.A. 16

Laetitia Carriat, animatrice A.N.P.A.A. 18

Vanessa Trémouille, animatrice A.N.P.A.A. 19

Laëtitia Vinçont, animatrice A.N.P.A.A. 35

Marlène Boucault, chargée de projet régional A.N.P.A.A. Champagne-Ardenne

Vanessa Bouleau, animatrice A.N.P.A.A. 54

Patricia Lenat, animatrice A.N.P.A.A. 63

Céline Poullain, animatrice A.N.P.A.A. 75

Sylvie Lefèvre, animatrice A.N.P.A.A. 77

Mélanie Bidard, attachée de direction A.N.P.A.A. 80

Coordonné par **Élodie Crochet**, chargée de mission prévention, A.N.P.A.A. Siège National.

Nos remerciements vont aux relectrices et aux relecteurs :

Catherine Simon, vice-présidente de l'A.N.P.A.A.,

Bernard Basset, secrétaire général adjoint de l'A.N.P.A.A.,

Frédérique Serre, directrice de l'A.N.P.A.A. de Saône-et-Loire,

Valérie Rayer, animatrice de prévention à l'A.N.P.A.A. du Maine-et-Loire,

Lucie Torti, animatrice de prévention à l'A.N.P.A.A. du Tarn.

Et aux partenaires des comités A.N.P.A.A. qui ont accepté d'être cités dans les illustrations.

Ce guide a été réalisé avec le soutien de la direction générale de la santé, de l'Assurance Maladie et du ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative.

POUR PLUS D'INFORMATIONS

Contactez directement les A.N.P.A.A. départementales et régionales qui présentent leurs expériences. Toutes les coordonnées sur le site anpaa.asso.fr

POUR EN SAVOIR PLUS

anpaa.asso.fr

Vos questions, vos suggestions

contact@anpaa.asso.fr

Suivre l'actualité A.N.P.A.A. et en addictologie



20, rue Saint-Fiacre 75002 Paris

Tél. : 01 42 33 51 04

Ce guide s'adresse aux animateurs de prévention A.N.P.A.A. et plus globalement à tous professionnels du champ de la promotion de la santé, de l'éducation, du social, qui souhaitent développer et mettre en œuvre des actions de prévention des risques et de réduction des dommages liées aux conduites addictives.

Il a pour objectifs de faire connaître les activités de prévention de l'A.N.P.A.A., nos expériences, nos compétences, notre savoir-faire. Plus pratiquement il permet :

- ❖ **l'aide au montage de projets, autour de recommandations de pratiques professionnelles,**
- ❖ **le développement des compétences professionnelles des animateurs de prévention des conduites addictives et l'harmonisation de leurs connaissances et pratiques en promotion de la santé et en prévention des risques et réduction des dommages.**

Ce guide est un document pédagogique, complet sans être exhaustif. Il aborde les questions de définition des concepts clés de la santé, aux addictions. Il présente également la diversité des actions A.N.P.A.A. de prévention des risques et de réduction des dommages. Il rappelle le contexte et l'environnement institutionnel dans lesquels la prévention des conduites addictives s'inscrit. Il traite des principes d'action et de la démarche d'intervention A.N.P.A.A., et propose des outils pratiques. Ce document comprend également des illustrations, issues de réflexions et d'expériences d'équipes régionales et départementales A.N.P.A.A..

Novembre 2015

20, rue Saint-Fiacre 75002 Paris
Tél. : 01 42 33 51 04
contact@anpaa.asso.fr

