

la **Santé** *en action*

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION



Dossier

Prévention des addictions : interventions probantes et évaluation

Septembre 2019 / Numéro 449

La Santé en action : à lire désormais sur téléphones portables et tablettes.

Vous êtes habitué à lire vos revues sur votre Smartphone ou sur votre tablette ? Depuis le premier trimestre 2019, *La Santé en action* est disponible en format spécifiquement adapté à ces supports.

La Santé en action – la revue trimestrielle de Santé publique France – est consacrée exclusivement à la prévention, l'éducation et la promotion de la santé. Elle est destinée à l'ensemble des professionnels concernés (éducation, santé, social, etc.).

Il suffit de télécharger une application compatible avec la lecture de ce format (epub) pour bénéficier en particulier :

- ➔ d'un sommaire interactif qui permet d'accéder de manière sélective à l'article choisi ;
- ➔ d'une ergonomie adaptée au plus grand nombre ;
- ➔ de nombreux liens qui facilitent la navigation vers les ressources.

La Santé en Action :

- ➔ est disponible gratuitement en format numérique, en version pdf téléchargeable depuis le site de Santé publique France. Il est possible de consulter à tout moment l'ensemble des numéros et des **articles parus depuis 2000** ou le **dernier numéro paru** ;
- ➔ est accessible en abonnement. Il suffit de quelques clics sur la **page du site de Santé publique France** pour recevoir dans sa boîte mail la revue trimestrielle dès sa parution ;
- ➔ existe en version papier gratuite. Celle-ci reste cependant réservée aux professionnels exerçant dans des lieux collectifs (établissements scolaires, centres de santé, hôpitaux, communes et collectivités, bibliothèques, etc.).

UN DOSSIER ILLUSTRÉ PAR L'ART AMÉRINDIEN, AFRICAIN, OCÉANIEN

Le musée d'Arts africains, océaniques, amérindiens (MAAOA) situé à Marseille présente des collections originales : reliquats des présentations coloniales, anciennes collections privées, dépôts, collectes plus récentes. Les œuvres exposées sont notamment des masques, statues, reliquaires pour l'Afrique ; une collection d'art populaire (masques, céramiques, tableaux de fils, arbres de vie, sculptures) pour le Mexique ; de magnifiques parures de plumes amérindiennes, etc. Ce lieu entend ainsi « rendre intelligibles aujourd'hui ces objets, témoignages de l'histoire de la culture des hommes et des sociétés dont ils sont issus ». Ces objets d'art sont « à la fois témoins culturels et œuvres à part entière, issus de civilisations dont l'art fut trop longtemps négligé, voire ignoré ».

Pour en savoir plus

<http://www.marseille.fr/node/630>

<https://photo.rmn.fr/CS.aspx?VP3=SearchResult&ALID=2C6NU0A4VM71A&PN=2#/SearchResult&ALID=2C6NU0A4VM71A&PN=1&VBID=2C05PKONJFJ>

la Santé en action

est éditée par :

Santé publique France
12, rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex – France
Tél. : 01 41 79 67 00
Fax : 01 41 79 67 67
www.santepubliquefrance.fr

Santé publique France est l'agence nationale de santé publique. Etablissement public administratif sous tutelle du ministère chargé de la Santé, l'agence a été créée par le décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 et fait partie de la loi de modernisation du système de santé (loi n°2016-41 du 26 janvier 2016).

Directeur de la publication :
Jean-Claude Desenclos

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

PHOTOS :

Couverture : coiffe à plumes, art amérindien, Brésil. © Ville de Marseille, Dist. RMN-Grand Palais / David Giancaterina. **Page 7** : © Julien Jaulin – Photographe chez HansLucas. **Page 17** : plume nasale, plumes d'oreilles, population Erikbatsa. © Ville de Marseille, Dist. RMN-Grand Palais / David Giancaterina. **Page 19** : masque pour les danses tecuani, Mexique. © Ville de Marseille, Dist. RMN-Grand Palais / Claude Almodovar / Michel Vialle. **Page 21** : masque bois peint sculpté, Mexique. © Ville de Marseille, Dist. RMN-Grand Palais / Jean-Luc Maby. **Page 23** : aigle, tableau de laine huichol. © Ville de Marseille, Dist. RMN-Grand Palais / David Giancaterina. **Page 24** : homme au milieu de deux serpents, tableau de laine huichol, auteur José Benítez, Mexique. © Ville de Marseille, Dist. RMN-Grand Palais / David Giancaterina. **Page 25** : quatre hommes, tableau de laine huichol. © Ville de Marseille, Dist. RMN-Grand Palais / David Giancaterina. **Page 28** : cercle, tableau de laine huichol, Mexique. © Ville de Marseille, Dist. RMN-Grand Palais / David Giancaterina. **Page 31** : plante de peyotl, tableau de laine huichol, auteur José Benítez. © Ville de Marseille, Dist. RMN-Grand Palais / David Giancaterina. Art amérindien pour l'ensemble des illustrations. **Page 35** : © Afbeelding van Gary Cassel – Pixabay. **Page 36** : © Afbeelding van Luisella Planeta Leoni – Pixabay. **Page 37** : © Daniel Nieto – Pexel. **Page 41** : © Centre social de Louviers / Illustration extraite de la publication « Gens du voyage, des habitants ignorés » FCSF, FNASAT, 2017. **Page 42** : © Maison du nouveau logis Les Pins 72 Perpignan / Illustration extraite de la publication « Gens du voyage, des habitants ignorés » FCSF, FNASAT, 2017. **Page 44** : © BB(63)-Ville de Nevers-crèche Clapotis centre-ville. **Page 48** : © Aude Alcover – Société Icon Sport pour l'événement 120 ans de sport by ASPTT (Limoges, mai 2018)

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**
Réalisation graphique : **Jouve**
Impression : **Imprimeries La Galiote Prenant**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :
Marie-Josée Bouzidi (01 71 80 16 57)
sante-action-abo@santepubliquefrance.fr
N° ISSN : 2270-3624
Dépôt légal : 3^e trimestre 2019
Tirage : 7 000 exemplaires

Les titres, intertitres et chapeaux sont de la responsabilité de la rédaction

Enfants et adolescents

4 _ « **Améliorer le suivi de santé des enfants et adolescents en danger** »

Entretien avec Nathalie Vabres

6 _ « **Pour les adolescents qui vivent en hôtel social, l'instabilité ne facilite pas les apprentissages** »

Entretien avec Odile Macchi

Médiation par les pairs

8 _ « **Le savoir des pairs médiateurs nous permet d'entrer en contact avec les gens de la rue** »

Entretien avec Émilie Labeyrie

Dossier

PRÉVENTION DES ADDICTIONS : INTERVENTIONS PROBANTES ET ÉVALUATION

Coordination :

Enguerrand du Roscoät,
responsable de l'unité santé mentale,
Ingrid Gillaizeau,

chargée d'expertise scientifique,

Jean-Michel Lecrique,
chargé d'expertise scientifique,
Direction de la prévention et de la promotion
de la santé, Santé publique France,

Patricia Coursault,

directrice du travail, chargée de mission
Prévention-Politique de la ville, Mission
interministérielle de lutte contre les drogues
et les conduites addictives (MILDECA)

Carine Mutatayi,

chargée d'études, pôle Évaluation des
politiques publiques, Observatoire français
des drogues et toxicomanies (OFDT)

Éditorial

10 _ Nicolas Prisse, Julien Morel d'Arleux,
François Bourdillon

Addictions : prévention et comportements de consommation

11 _ Enguerrand du Roscoät,
Stanislas Spilka, Jean-Michel Lecrique,
Ingrid Gillaizeau, Guillemette Quatremère,
Viêt Nguyen-Thanh, Pierre Arwidson

Évaluation de la prévention des addictions : méthodologie

14 _ Ingrid Gillaizeau, Jean-Michel Lecrique,
Carine Mutatayi, Pierre Arwidson,
Enguerrand du Roscoät

Standards de qualité en prévention : une passerelle vers l'évaluation

15 _ Carine Mutatayi

Tabac, alcool, cannabis : un programme efficace au collège

16 _ Jean-Michel Lecrique

17 _ « **Le programme se voit reconnu
dans son efficacité à renforcer la
capacité de s'affirmer et de dire non** »

Une intervention qui réduit la consommation du tabac et cannabis

18 _ Jean-Michel Lecrique

19 _ « **Nous pouvons désormais faire
valoir des données crédibles auprès
de nos financeurs** »

Alcool, cannabis : prévention chez les jeunes apprentis

20 _ Ingrid Gillaizeau

21 _ « **L'évaluation conforte
les ajustements apportés
au programme de prévention** »

Addictions : sensibilisation par les pairs au lycée

22 _ Ingrid Gillaizeau

23 _ « **L'évaluation nous incite
à renforcer l'action de prévention
par les pairs** »

Prévenir les risques en milieu festif

24 _ Carine Mutatayi

25 _ « **L'évaluation valide le fait
qu'avec ce programme
de prévention les jeunes se mettent
moins en danger** »

Anpaa : « Améliorer l'efficacité de nos interventions »

26 _ Entretien avec Guillaume Quercy

Fédération Addiction : « **Intervenir en prévention en s'appuyant sur des données probantes** »

27 _ Entretien avec Nathalie Latour

Une base Internet d'interventions probantes en prévention et promotion de la santé

28 _ Corinne Verry-Jolivet

Pour en savoir plus

29 _ Manon Jeuland

Adolescents et mal-être

34 _ « **La distance et l'anonymat de
Fil Santé Jeunes : un cadre propice
pour parler de son intimité** »

Entretien avec Mirentxu Bacquerie

Gens du voyage et déterminants de la santé

38 _ « **Nous accompagnons les Gens
du voyage pour qu'ils puissent
accéder aux droits fondamentaux** »

Entretien avec Hélène Beaupère
et Marie Barthe

40 _ **Mal-Logement et conditions de vie dégradées chez les Gens du voyage**

Entretien avec Hélène Beaupère
et Marie Barthe

41 _ **La santé des Gens du voyage altérée par leurs conditions d'habitat**

Maud Gorza, pour le groupe de travail
transversal : Marjorie Boussac, Eugénia
Gomes Maria Eugénia Gomes do Espírito
Santo, Manon Jeuland, Agnès Verrier,
Alexandra Mailles, Céline Mansour

Petite enfance et modes de garde

43 _ « **L'accès à un mode de garde
collectif est associé à moins de
difficultés relationnelles ultérieures** »

Entretien avec Maria Melchior

45 _ **Les familles en situation de précarité peinent à faire garder leurs enfants**

Tatiana Eremenko, Xavier Thierry,
Laure Mogueïrou, Rose Prigent

Personnes âgées

47 _ **Projet européen Advantage :
prévenir la perte d'autonomie
chez les personnes âgées**

Entretien avec le professeur
Leocadio Rodriguez-Mañás

Prévention du tabagisme

50 _ **Opération Mois sans tabac :
focus sur l'Occitanie**

Jennifer Davies, Marion Mourgues,
Viêt Nguyen-Thanh, Anne Pasquereau,
Olivier Smadja

« Améliorer le suivi de santé des enfants et adolescents en danger »

Entretien avec le Dr Nathalie Vabres,

pédiatre coordonnatrice de l'unité d'accueil des enfants en danger (Uaed), centre hospitalier universitaire (CHU) de Nantes.

La Santé en action : Quelles sont les missions de l'unité d'accueil des enfants en danger ?

Dr Nathalie Vabres : C'est une unité d'accueil médico-judiciaire pédiatrique (UAMJP) qui accueille les enfants et les adolescents pour évaluer leur situation et leur état, à la demande de la famille ou d'un professionnel, afin de dépister d'éventuelles maltraitances, et qui, si cela est le cas, est suivie d'une information préoccupante ou d'un signalement à la justice. Nous procédons également à des examens sur réquisition judiciaire et coordonnons le parcours des mineurs victimes, en ayant recours à une salle d'audition dédiée qui permet aux services enquêteurs de filmer les auditions. L'objectif de ces unités est de privilégier l'accueil des jeunes dans un lieu de soin plutôt qu'au commissariat ou en gendarmerie, afin d'éviter un surtraumatisme. La maltraitance relève du champ de la santé, elle doit être diagnostiquée médicalement, car elle peut avoir des effets somatiques et psychologiques tout au long de la vie.

S. A. : Qu'est-ce qui a déclenché l'expérimentation en Loire-Atlantique d'un parcours de soin coordonné pour les jeunes concernés par une mesure d'aide sociale à l'enfance ?

Dr N. V. : Le travail que nous menons au sein de l'unité nous fait rencontrer de nombreux jeunes concernés par

des mesures éducatives. Cela nous a conduit à dresser un constat accablant. Beaucoup ont un carnet de santé vide, les vaccins ne sont pas toujours à jour, ils ont rarement consulté un ophtalmologue ou un otorhinolaryngologue (ORL). Les enfants et les adolescents bénéficiant de mesures de protection ont au moins les mêmes besoins de soin que les autres enfants et adolescents ; or, paradoxalement, ils n'ont que peu accès à ce suivi médical de base, pour différentes raisons. Il convient donc d'améliorer leur suivi de santé. Selon une étude du Défenseur des droits, seul un tiers d'entre eux ont passé un bilan de santé lors de leur entrée dans le dispositif de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ; et peu disposent d'un dossier médical à la sortie. Soulignons également que les jeunes en situation de handicap sont surreprésentés dans le public suivi par l'ASE.

En outre, ces enfants et ces adolescents ont des besoins spécifiques, car les violences, la maltraitance, les négligences qu'ils ont subies peuvent avoir des conséquences à court et long terme sur leur santé physique et psychique. Les impacts peuvent être importants sur leur développement psychoaffectif et social, la santé mentale (psychotraumatisme, syndrome dépressif), le comportement (addiction, mises en danger), la santé sexuelle (grossesse non désirée) et la maladie chronique (obésité, troubles cardio-vasculaires).

Or, les soins en pédopsychiatrie sont difficilement accessibles, soit parce que les délais d'attente dans un centre médico-psychologique atteignent plusieurs mois, soit parce que le coût de la consultation d'un psychologue exerçant en libéral, non remboursée

par la Sécurité sociale, constitue un frein financier. Ce sont ces carences qui nous ont fait réagir.

S. A. : Comment est née l'idée de ce dispositif de parcours de soin coordonné avec une prise en charge somatique et psychique précoce ?

Dr N. V. : Nous sommes quelques professionnels réunis au sein du groupe santé du Conseil national de la protection de l'enfance ; nous avons été inspirés par le dispositif mis en place pour les grands prématurés. Ces derniers bénéficient d'un accompagnement médical plus approfondi, avec des examens systématiques notamment sur le plan neurologique. Cette initiative a permis de réduire la morbidité des enfants nés prématurés. Il nous a paru intéressant d'adopter le même type de démarche pour les enfants protégés. Par un suivi médical structuré et précoce, nous sommes convaincus qu'il est possible d'améliorer leur état de santé et de réduire, à moyen terme, les hospitalisations d'urgence en pédopsychiatrie ou les prises en charge de cas complexes.

S. A. : La santé de ces enfants peut-elle s'en trouver améliorée ?

Dr N. V. : À long terme, nous escomptons une meilleure santé globale des jeunes sortant du système de protection. C'est donc un atout en termes de santé publique et sur le plan social. Il nous a fallu un an de travail avec la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) pour que l'initiative aboutisse et que son expérimentation soit validée dans le cadre de l'article 51 de la loi de finances de la Sécurité sociale 2018, soutenant les projets de santé innovants pour les

► **Au centre hospitalier universitaire (CHU) de Nantes, l'unité d'accueil des enfants en danger prend en charge des enfants et adolescents pour une consultation de dépistage en cas de suspicion de violences subies, ou pour un accueil médico-judiciaire (auditions et examens sur réquisition des mineurs victimes). De ces vingt ans d'expérience est née l'idée d'inclure les mineurs bénéficiant d'une mesure de protection (aide éducative ou placement) dans un parcours de soin coordonné, avec une prise en charge somatique et psychique précoce. La lettre d'intention de l'unité, dans le cadre du dispositif des expérimentations pour l'innovation en santé introduit par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, a été portée sur le plan national par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et retenue par arrêté du 3 juin 2019 du ministère des Solidarités et de la Santé. Ce dispositif innovant sera expérimenté d'abord en Loire-Atlantique, puis étendu à deux autres départements – Haute-Vienne et Pyrénées-Atlantiques – à l'initiative des pouvoirs publics. Par un suivi médical structuré et précoce, les professionnels sont convaincus qu'il est possible d'améliorer l'état de santé de ces enfants et de réduire les hospitalisations d'urgence ou les prises en charge de cas complexes.**

populations vulnérables. Le cahier des charges est résumé dans l'arrêté du 3 juin 2019, publié au *Journal officiel*.

S. A. : **Qu'apporte ce parcours de soin ?**

Dr N. V. : La loi de mars 2016 prévoit que chaque enfant ou chaque adolescent entrant à l'ASE bénéficie d'une évaluation médicale et psychologique. Cette disposition est loin d'être appliquée systématiquement. Nous proposons de structurer le suivi régulier autour de cet examen obligatoire et nous avons souhaité que l'hôpital n'en ait pas la charge. Il sera réalisé par des médecins généralistes et par des pédiatres volontaires, des secteurs privé ou public, que nous mobilisons dans un réseau et qui seront formés. La création d'un forfait de 430 € par enfant et par an permet de compléter la rémunération de ces professionnels par rapport à une consultation classique : la première évaluation lors de l'arrivée de l'enfant est assimilée à une consultation très complexe demandant du temps ; de même, le rendez-vous annuel d'actualisation fera l'objet d'un complément de rémunération un peu moins élevé, sur la base d'une consultation complexe. Ces consultations doivent permettre d'orienter les jeunes, si nécessaire, vers un spécialiste et/ou d'engager un suivi particulier en santé mentale avec l'intervention de psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes.

L'accès aux soins en santé mentale est le deuxième axe fort du projet. Si les structures de droit commun, comme les centres médico-psychologiques (CMP), les centres d'action médico-sociale

précoce (Camsp) ou les services de pédopsychiatrie ne peuvent proposer une prise en charge dans un délai de quelques semaines, il sera fait recours à des professionnels libéraux, le forfait annuel permettant de couvrir ces frais de consultations non remboursés par la Sécurité sociale.

S. A. : **Comment son action s'articule-t-elle avec celle des travailleurs sociaux de l'ASE ?**

Dr N. V. : Une structure de coordination est créée pour remplir plusieurs missions. La première est de recruter les professionnels de santé volontaires pour participer à ce parcours de soin ; il faut aussi les former aux spécificités des enfants et des adolescents protégés ainsi qu'à la médecine clinique des violences faites aux mineurs, et à leurs conséquences sur la santé.

D'autre part, la structure vient en appui aux référents éducatifs désignés par l'ASE pour chaque enfant. Ces référents font beaucoup, mais ils sont souvent débordés par leurs tâches éducatives et ne peuvent pas, pour chaque enfant qu'ils suivent, prendre des rendez-vous médicaux, s'assurer que l'enfant s'y est rendu, conserver toutes les informations médicales indispensables devant figurer dans le carnet de santé, etc. Ils recevront donc un soutien important en la matière. Il est important de préciser que ce travail se fera en collaboration avec les familles, qui seront impliquées le plus possible dans le parcours de soin. Il ne s'agit pas de pointer leurs défaillances, mais de leur démontrer que ce parcours est une chance pour l'enfant. Les parents

signeront une charte de consentement, ils ont la possibilité de choisir le médecin généraliste ou le pédiatre parmi ceux du réseau.

La structure reverse aux professionnels impliqués dans le parcours de soin une partie du forfait financé par la Sécurité sociale. Son fonctionnement est encadré par une convention signée avec l'agence régionale de santé, la Direction générale de la cohésion sociale et le conseil départemental. En Loire-Atlantique, la structure de coordination dépend du centre hospitalier universitaire (CHU) de Nantes, qui la pilote.

S. A. : **Quel est le calendrier de cette expérimentation et combien d'enfants seront concernés ?**

Dr N. V. : Il est prévu de déployer le projet courant 2019 et d'inclure début 2020 tout mineur du département nouvellement bénéficiaire d'une mesure de protection (placement ou mesure éducative à domicile), avec une extension rapide dans les départements de Haute-Vienne et des Pyrénées-Atlantiques : nous avons quatre ans pour faire nos preuves.

En Loire-Atlantique, environ 6 000 mineurs sont concernés par une mesure de protection. Pour l'instant, nous sommes dans la phase de lancement, avec l'organisation de la structure, le recrutement du personnel, le repérage des professionnels volontaires. Et début 2020 le parcours de soin deviendra une réalité concrète.

Une évaluation sera effectuée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) en deux temps : fin 2020 pour voir si le dispositif est bien opérationnel et fin 2021 pour en vérifier la mise en œuvre effective. Parmi les principaux critères d'évaluation figurent le nombre d'enfants ayant bénéficié d'une consultation d'évaluation, le nombre de professionnels de santé formés, le nombre de familles ayant signé la charte de consentement. À plus long terme, nous souhaitons réaliser une évaluation portant sur l'amélioration de la santé des mineurs protégés, entrés dans le parcours de soin. ■

Propos recueillis par **Nathalie Quéruel**, journaliste.

« Pour les adolescents qui vivent en hôtel social, l'instabilité ne facilite pas les apprentissages »

Entretien avec Odile Macchi,

chargée d'études à l'observatoire du Samusocial de Paris.

La Santé en action : **Qui sont ces jeunes qui grandissent dans des chambres d'hôtel ?**

Odile Macchi : Ce sont des jeunes dont la famille est durablement hébergée à l'hôtel, ne parvenant pas à accéder au logement pour diverses raisons. Ces familles étaient 21 000 en 2017¹, ce qui représente plus de 58 000 personnes. Notre étude *Adolescents sans-logement. Grandir en famille dans une chambre*

d'hôtel a reçu le soutien du Défenseur des droits et a été publiée en février 2019 [1]. Elle a été réalisée à partir d'entretiens menés en 2017 auprès d'une quarantaine d'adolescents âgés de 11 à 18 ans, vivant en hôtel social à Paris (et sa banlieue) et à Tours.

Les adolescents que nous avons rencontrés ont passé au moins un an dans ce système d'hébergement. Ce sont en majorité de jeunes migrants, venus avec leur famille ou un de leurs parents, ou venus seuls

rejoindre des membres de leur famille. Outre l'expérience migratoire qui s'est souvent déroulée dans des conditions éprouvantes, les 11-18 ans souffrent de conditions moins favorables d'intégration que les enfants moins âgés. L'école primaire s'est organisée pour accueillir ces derniers, notamment sur le plan linguistique, alors que les adolescents peuvent rester des mois sans être inscrits au collège ou au lycée. De ce fait, ils maîtrisent moins bien leur scolarité. Nous avons parlé aussi bien avec des garçons qu'avec des filles, qui vivent sensiblement les mêmes choses. Cependant, certains inconvénients sont accentués chez les adolescentes : la promiscuité, qui caractérise la vie en hôtel social, facilite la surveillance et renforce le contrôle de leurs activités. Nous avons observé un repli assez prononcé de leur part, car elles préfèrent renoncer à sortir plutôt que de devoir se battre pour y parvenir. L'étude montre combien les difficultés de la vie quotidienne en hôtel social produisent des effets importants dans cette période-clé qu'est la construction identitaire des adolescents.

S. A. : **Quels sont les propos les plus marquants de ces adolescents ?**

O. M. : L'impossibilité de pouvoir s'isoler dans un endroit à soi pour s'étendre de tout son long ou laisser traîner ses affaires et le manque de liberté sont deux éléments qui sont revenus très fortement. L'absence d'intimité est mal vécue ; il faut se représenter ce qu'est, pour un jeune de 17 ans, de dormir dans le même lit qu'un de ses parents, parfois du sexe opposé. Ils souffrent moins des contraintes matérielles (pauvreté, temps de transport interminable pour

rejoindre leur établissement scolaire, insalubrité des chambres où ils sont logés) que d'être enfermés dans un système de règles : celles des hôtels régissent une bonne partie de la vie quotidienne – en interdisant les visites, la cuisine dans les chambres – ; elles s'ajoutent aux règles parentales organisant la cohabitation dans un espace exigü et à celles, classiques, du collège ou du lycée.

S. A. : **Quelles conséquences entraîne l'hébergement en hôtel social sur le développement physique, scolaire et psychosocial des adolescents ?**

O. M. : Les hébergements successifs auxquels sont soumises les familles – qui peuvent être amenées à déménager souvent d'hôtel en hôtel – sont un facteur délétère sur la santé. Cette mobilité ne permet aux adolescents aucun ancrage, ce qui nuit au processus d'intégration par les pairs. Qui plus est, les hôtels visités sont souvent installés dans des zones d'activités commerciales (ZAC), à proximité desquelles il n'y a pas de lieux culturels ni sportifs. Autant dire que les sociabilités de quartier y sont quasi impossibles. Alors que le collège ou le lycée sont souvent des espaces centraux de socialisation, le nomadisme hôtelier la met en péril. Changer d'établissement scolaire met fin aux relations amicales ; d'autant plus que l'hôtel social n'offre que peu d'accès à Internet. Il est donc compliqué pour ces jeunes de suivre sur les réseaux sociaux les amis qu'ils ont rencontrés à l'école. Aussi les vacances scolaires sont-elles une période difficile pendant laquelle, par manque de loisirs et de contacts, le désœuvrement s'ajoute au découragement. Cette instabilité,

L'ESSENTIEL

► **L'observatoire du Samusocial de Paris a conduit une étude qui montre combien les difficultés de la vie quotidienne en hôtel social produisent des effets importants sur les adolescents. Ainsi, le fait de déménager souvent d'hôtel en hôtel – et donc de changer de collège ou de lycée, espace central de socialisation – limite les ancrages territoriaux des adolescents, ce qui nuit au processus d'intégration par les pairs. En partant de ce constat, les auteurs, Odile Macchi et Nicolas Oppenheim, préconisent que la continuité de la scolarisation dans le même établissement soit le critère principal pour (re)loger les familles.**

conjuguée au temps de transport pour se rendre à l'école, au manque d'espace pour faire ses devoirs au calme, à l'aide aux tâches familiales, ne facilite pas les apprentissages et peut précipiter le décrochage scolaire. Pourtant, ces adolescents, motivés par le désir de s'en sortir à tout prix, s'investissent beaucoup dans le travail scolaire.

S. A. : Comment développer ses compétences psychosociales dans de telles conditions ?

O. M. : D'une certaine façon, leurs compétences psychosociales se développent à des rythmes différents. Par exemple, du fait de la promiscuité et aussi du manque de temps, peu ont des relations affectives et amoureuses, qu'il serait difficile de cacher à leurs parents. Ils se disent : « *Ce sera pour plus tard* », l'école demeurant leur priorité. Toutefois, ils font montre d'une grande autonomie ; la gestion de la vie quotidienne à laquelle ils participent largement les rend responsables et adultes avant l'âge. Là où des adolescents se révolteraient, ils acceptent les contraintes imposées par leurs parents, même les plus dures. Ils n'ont clairement pas la même façon de gérer cette période de la vie que leurs camarades logés décentement.

S. A. : Quel impact ce cadre de vie a-t-il sur le fonctionnement de la cellule familiale ?

O. M. : La difficulté de préparer des repas dans les chambres n'a pas que des conséquences sur la santé, avec une alimentation déséquilibrée, faite de plats préparés à réchauffer au micro-ondes ou d'ingrédients mangés sur le pouce. La quasi-impossibilité de faire un repas traditionnel – parce qu'on ne peut pas cuisiner ou que l'espace manque pour manger tous ensemble – nuit beaucoup, car c'est un moment qui cimente la famille. Si la promiscuité rend les tensions inévitables, il n'y a pas d'opposition ou de conflit ouvert entre l'adolescent et ses parents. Chacun se réfugie dans sa bulle, en soi-même. « *On est seul avec les autres* », résume une jeune fille. La situation ne permet guère de moments de convivialité, peu de choses sont faites ensemble, des loisirs ou même une simple promenade.



© Julien Jadin – Photographie chez HansLucas

S. A. : Quelles recommandations cette étude suggère-t-elle à l'intention des professionnels concernés ?

O. M. : Nous formulons plusieurs propositions sur l'accès à Internet et aux outils numériques, sur l'organisation d'activités extrascolaires, culturelles ou sportives, sur la création d'espaces collectifs au sein des hôtels sociaux dédiés aux jeunes. Une des priorités demeure toutefois la continuité de la scolarisation dans le même établissement, qui doit être le critère principal pour (re)loger les familles. D'autres solutions pourraient être envisagées quand l'éloignement domicile-école devient trop important : par exemple, trouver des places en internat avec un retour possible le week-end auprès des proches, ce qui aurait des effets bénéfiques sur la scolarisation et sortirait ces jeunes de la vie contrainte en hôtel. Nous partageons les données de l'étude le plus largement possible afin d'impliquer le maximum d'acteurs, particulièrement les travailleurs sociaux et les associations, pour faire évoluer les conditions de vie des adolescents en hôtel, en intervenant directement ou en se saisissant des outils juridiques disponibles. Nous avons des discussions avec la direction des affaires scolaires (Dasco) et avec la direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé (Dases) de la ville de Paris. Nous travaillons avec les spécialistes du Samusocial qui suivent les familles. Des éléments de notre enquête leur permettent d'affiner leur mode d'intervention : par exemple, ils s'efforçaient de limiter l'implication des adolescents dans la gestion administrative et budgétaire de la famille afin de les protéger ; or nous avons constaté

que ce soutien aux parents, s'il est une charge lourde qui leur fait parfois rater les cours, participe dans certains cas à leur bien-être psychologique et moral, en leur donnant une capacité d'agir sur le sort de la famille. Le savoir permet aux intervenants d'avoir une approche différente. Le contexte de saturation du dispositif hôtelier en Île-de-France, qui laisse plus de 1 000 personnes en famille chaque soir sans solution d'hébergement, et l'impératif de développer en urgence d'autres solutions que ce type d'hébergement ne doivent pas empêcher de travailler à des améliorations des conditions de vie des adolescents à l'hôtel. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Source : Pôle hébergement et réservation hôtelière (PHRH) du Samusocial de Paris.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Macchi O., Oppenheim M. *Adolescents sans-logement. Grandir en famille dans une chambre d'hôtel*. [Synthèse] Samusocial.paris.fr, 19 février 2019 : <https://www.samusocial.paris/adolescents-sans-logement-grandir-en-famille-dans-une-chambre-dhotel>
Macchi O., Oppenheim M. *Adolescents sans-logement. Grandir en famille dans une chambre d'hôtel*. [Rapport d'enquête] observatoire du Samusocial de Paris, 2019 : 182 p. En ligne : https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport_ados_10102018_versionfinale.pdf

« Le savoir des pairs médiateurs nous permet d'entrer en contact avec les gens de la rue »

Entretien avec Émilie Labeyrie,

psychologue au sein de l'équipe Mouvement et action pour le rétablissement sanitaire et social (Marss) de l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille.

La Santé en action : Dans quel cadre est née l'équipe Marss ?

Émilie Labeyrie : Mouvement et action pour le rétablissement sanitaire et social (Marss) est une équipe mobile de santé mentale communautaire de l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM). Elle a été créée en 2007 dans le cadre de la circulaire du 23 novembre 2005 concernant la prise en charge de la santé psychique des personnes en situations de précarité et d'exclusion. Cette équipe est rattachée au pôle universitaire de psychiatrie ; ainsi la moitié de notre activité est consacrée à des projets de recherche-action, comme le programme *Working First*¹. Marss a également expérimenté à partir de 2011 le programme « Un chez-soi d'abord ».

L'initiative a été portée au départ par Médecins du monde, qui a embauché cinq professionnels afin de constituer une première équipe mobile précarité-psychiatrie pour aller vers les personnes vivant dans la rue, souffrant de troubles psychiatriques graves et éloignées de tout accès aux soins. Une fois le projet lancé, l'association a passé le relais à l'AP-HM. Aujourd'hui, cette équipe pluridisciplinaire est composée de vingt professionnels : des médecins, des infirmiers, des travailleurs sociaux, des psychologues, un anthropologue, ainsi que les médiateurs en santé mentale, c'est-à-dire les travailleurs pairs. L'action dans la rue est complétée par un pôle rétablissement, qui coordonne

un parcours de soin de proximité, un pôle accueil qui propose de l'hébergement au sein d'une maison-relais et un groupe d'entraide mutuelle, nommé Les Nomades célestes.

S. A. : Pourquoi cette équipe a-t-elle décidé d'intégrer à ses maraudes d'anciens SDF souffrant de pathologies mentales ?

É. L. : C'est une idée du psychiatre Vincent Girard, aujourd'hui référent à l'agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) sur les politiques d'innovation en santé mentale et de lutte contre l'exclusion. Aux États-Unis, où il séjournait dans le cadre d'un post-doctorat, il a découvert le *Recovery movement* (concept de rétablissement) et des modalités d'intervention sur le terrain, qui incluaient des personnes ayant traversé l'expérience de la maladie psychiatrique sévère, de la rue, de la prison. Sa rencontre avec Hermann Handluber, un ancien SDF, a conduit à la création du collectif Marss et à son approche par les pairs. C'est encore cette philosophie du rétablissement qui guide notre action aujourd'hui, et pas seulement dans les maraudes, puisque les médiateurs en santé mentale sont employés dans les différentes activités. Elle repose sur l'émancipation des personnes et sur un parcours de soin adapté aux personnes atteintes de troubles mentaux, autour de l'inclusion dans la société. C'est une approche centrée sur les forces, les compétences psychosociales et les choix de la personne ; on ne s'intéresse pas qu'au traitement de la maladie, mais à tout ce qui participe au bien-être de l'individu et à sa place dans la société – accès aux droits fondamentaux, logement, emploi, soins médicaux, vie sociale, etc. C'est de la psychiatrie au

plus près de la parole de l'utilisateur, de ce qu'il a à dire de sa souffrance psychique sur la scène sociale.

S. A. : Qu'apporte le médiateur pair dans vos interventions et dans le travail d'équipe ?

É. L. : Le savoir de l'expérience appartient à l'utilisateur. Par exemple, personnellement, je ne connais pas les effets secondaires de tel ou tel médicament. Seul celui ou celle qui en a pris peut en parler. Ce savoir des pairs permet d'entrer en contact avec les gens de la rue de façon plus horizontale, d'atténuer les effets du pouvoir médical et l'impression que peuvent avoir nos interlocuteurs que tout est entre les mains des médecins. C'est important pour établir un lien de confiance et créer une dynamique dans la relation, qui va permettre ensuite de faire émerger une demande sanitaire et sociale. On évite aussi la relation de dépendance malade-soignant. Toutefois, l'idée de faire intervenir des médiateurs pairs en santé mentale est parfois très critiquée. Il y aurait, selon ses détracteurs, une forme d'instrumentalisation des patients que l'on maltraiterait en leur faisant croire, par la présence des médiateurs qui sont intégrés maintenant dans la société, qu'ils peuvent guérir et s'en sortir. C'est de toute façon notre objectif. Il n'y a d'ailleurs pas de reconnaissance de ce métier de médiateur en santé mentale. Et ce manque de norme pose problème, notamment pour le recrutement dans l'équipe. Les six travailleurs pairs sont embauchés comme agent administratif, technicien, informaticien ou sous d'autres statuts. Ils sont sous la supervision du coordonnateur de l'équipe, comme les autres professionnels. Il y a quelque temps, nous avions un partenariat avec un hôpital qui voulait

que leur intervention soit supervisée par un psychologue ; ce que nous avons refusé, car les médiateurs en santé mentale sont des travailleurs comme les autres. Cela a mis fin au partenariat.

S. A. : Qu'est-ce qui motive les médiateurs pairs à s'engager à vos côtés ?

É. L. : Leur principale motivation est la lutte contre la stigmatisation et contre l'exclusion des personnes souffrant de troubles mentaux. Les représentations de la maladie mentale dans la société évoluent peu. Qui ne pense pas que les schizophrènes sont dangereux et qu'ils doivent être enfermés à vie ? En santé mentale, les pratiques d'internement sont encore très prégnantes. Les travailleurs pairs ont à cœur d'apporter aux gens de la rue et à ceux que nous accompagnons de l'espoir : voilà ce que l'on peut accomplir quand on est rétabli, il est possible de trouver sa place dans la société avec une pathologie mentale. Les médiateurs pairs participent aussi à la psycho-éducation des patients dans des ateliers dédiés, comme on apprend à une personne diabétique pourquoi et comment se piquer. Cette transmission est importante à leurs yeux. Il y a un côté plaidoyer dans leur action, qui est aussi un engagement. Par ailleurs, beaucoup de personnes que nous avons suivies s'investissent comme bénévoles sur nos projets.

S. A. : Votre travail est-il reconnu et disposez-vous d'un soutien institutionnel pour en assurer la pérennité ?

É. L. : Écouter la parole de l'utilisateur n'est pas une approche nouvelle, mais avec cette vision holistique de la personne nous avons développé une pratique plus générale et systématique. De plus en plus d'initiatives émergent dans ce sens, qui ouvrent un champ pour les travailleurs pairs. Notre action est reconnue, et je ne pense pas que nous puissions revenir en arrière. De plus, notre service, qui emploie 15 équivalents temps plein – ce qui est beaucoup –, fonctionne à moindre coût par rapport à bien d'autres services de psychiatrie, puisque nous n'avons pas de lits. Et nous obtenons des résultats, ce qui n'est pas aisé avec un public exclu et éloigné du soin. Nous assurons ainsi des formations auprès d'associations et

d'institutions qui souhaitent déployer le concept de rétablissement : il y a une partie de théorie et une partie sur les outils, comme l'*Open dialogue*² – pour communiquer dans les moments de crise – que nous avons découvert en Finlande ou le *Case management*³ – la coordination d'un parcours de soin de proximité, qui place la personne au centre. Il y a toujours une complexité due à la fragilité des financements, mais nous sommes en voie de développement. Cependant, il ne faut pas ménager ses efforts et être toujours dans une dynamique pour aller vers les partenaires – les équipes de maraudes

non médicalisées, les structures d'accueil du public, l'ensemble des acteurs médico-sociaux, les associations, etc. C'est ce que nous avons fait par exemple cet hiver, lorsque nous nous sommes rapprochés de l'équipe d'infirmiers que le 115 a mise en place pendant le Plan grand froid. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. L'on pourrait traduire par « Le travail d'abord ». Programme d'inclusion et d'accompagnement vers l'emploi pour tous. (NDLR)
2. Le dialogue ouvert.
3. La gestion de cas.

« ALLER VERS » LES SANS-DOMICILE

Dans son rapport publié en collaboration avec la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) du ministère des Affaires sociales et de la Santé [1], l'Agence nouvelle des solidarités actives (Ansa) a identifié des pratiques innovantes favorisant la prise en charge des problèmes de santé des personnes sans domicile, puis elle a formulé les préconisations suivantes (liste non exhaustive) :

- privilégier le recours aux dispositifs de droit commun ;
- fluidifier l'accès aux structures médico-sociales des personnes hébergées et sans domicile ;
- favoriser l'accès direct au logement pour les personnes sans domicile, condition préalable à un bon état de santé ;
- créer les conditions de réussite d'une bonne prise en charge, notamment en instaurant un partenariat entre professionnels du social et de la santé ;
- mieux articuler les actions d'aller-vers des professionnels du social et de la santé et renforcer leurs capacités à suivre des personnes en structure d'hébergement et en logement, par exemple par la création d'instances d'échange entre professionnels ;
- faire participer les personnes concernées par certains dispositifs, entre autres par le recrutement de travailleurs-pairs, par exemple au sein des équipes pluridisciplinaires et d'accompagnement.

L'Inspection générale des affaires sociales (Igas) souligne également la capacité d'innovation de la psychiatrie qui va vers les patients : « *La psychiatrie est à bien des égards en position de précurseur par rapport aux autres disciplines médicales : [...] quand elle recrute dans les services des médiateurs*

de santé-pairs, [...] quand elle développe des équipes mobiles intervenant auprès des institutions médicosociales et sociales, quand, avec ses centres médico-psychologiques (CMP), elle répartit très largement sur le territoire des lieux de soins de proximité. [2] » Une démarche d'aller-vers inscrite également dans la Stratégie nationale de santé [3] : « Dans les prochaines années, il sera nécessaire de : [...] mettre en place des méthodes de promotion de la santé permettant d'aller vers les publics les plus éloignés du système de santé (pairs-aidants, équipes mobiles, ateliers santé ville) ».

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Rickey B. *Comment mieux prendre en charge la santé des personnes sans domicile ? Repérage de pratiques innovantes.* [Rapport] Agence nouvelle des solidarités actives (Ansa), Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), *Les Contributions*, mai 2016, n° 18 : 104 p. En ligne : https://www.solidarites-actives.com/sites/default/files/2018-08/Ansa_Contribution18_SanteHebergement_juin2016.pdf
- [2] Lopez A., Turan-Pelletier G. *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960.* [Rapport] Inspection générale des affaires sociales (Igas), novembre 2017, tome 1 : 376 p. En ligne : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/184000071.pdf>
- [3] *Stratégie nationale de santé 2018-2022.* Ministère des Solidarités et de la Santé, décembre 2017 : 103 p. En ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf

Médiation par les pairs
Une équipe mobile auprès des sans-abri

Prévention des addictions : interventions probantes et évaluation

La Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca), l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et l'agence nationale Santé publique France ont initié, sous l'égide de la Commission interministérielle de prévention des conduites addictives (Cipca), une démarche d'évaluation des conditions de mise en œuvre de différents types de programmes de prévention des conduites addictives à destination des jeunes et de leur impact.

En 2014, l'expertise collective de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) sur les conduites addictives des adolescents¹ recommandait notamment « *de privilégier les programmes de prévention qui incluent un volet d'évaluation de leur efficacité* ». Dans ce contexte, la Cipca a été mise en place par la Mildeca lors du Plan de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Elle avait pour mission de faire évoluer en France les pratiques des professionnels de la prévention et les stratégies de financement des décideurs en s'appuyant sur des méthodes validées.

Pour contribuer à ces objectifs, un appel à candidature national a été lancé par la Cipca et cinq programmes de prévention ont été sélectionnés pour être évalués de façon rigoureuse et mesurer leur impact réel sur la consommation par les jeunes de substances psychoactives.

Les résultats positifs et négatifs des évaluations ont été diffusés en mai 2019. Le parti a été pris de

montrer non seulement ce qui est efficace, avec un impact mesurable, mais également les actions inefficaces ou contre-productives afin que des pistes d'amélioration soient proposées et que les acteurs concernés puissent s'en emparer. Ce numéro de *La Santé en action* doit permettre de tirer tous les enseignements de ce travail d'évaluation et de nous engager collectivement vers le développement de stratégies d'intervention davantage structurées, coordonnées et efficaces.

Ce mouvement est d'ailleurs à l'œuvre avec l'émergence et le déploiement actuel de programmes de prévention reposant sur le développement des compétences psychosociales des jeunes, dont les bénéfices en termes de réduction de la consommation et de l'expérimentation de substances psychoactives ont été démontrés par la littérature scientifique.

Le bilan de ces travaux conforte et justifie la nécessité de développer des ressources en évaluation afin d'étayer nos investissements publics en matière de prévention et de les orienter vers les interventions présentant les meilleures garanties de qualité et d'efficacité. ■

1. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement*. Paris: Les Éditions Inserm, coll. Expertise collective, 2014 : p. 30.

MILDECA, OFDT ET SANTÉ PUBLIQUE FRANCE : UN INTÉRÊT COMMUN POUR L'ÉVALUATION DES DISPOSITIFS DE PRÉVENTION

Créée en 1982 et placée auprès du Premier ministre, la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) définit, anime et coordonne les orientations stratégiques communes à l'ensemble des services de l'État dans le cadre de plans gouvernementaux pluriannuels concernant la prévention, la santé, la recherche, la lutte contre les trafics, les politiques de sécurité et la coopération internationale. Les priorités du gouvernement, en particulier la prévention pour les jeunes, figurent dans le Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022, qui rappelle l'importance de conduire des évaluations d'efficacité des stratégies mises en œuvre. L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) est un groupement d'intérêt public créé en 1993. Il observe et analyse le phénomène des drogues et des addictions, leurs conséquences sanitaires et sociales et des réponses publiques déployées. Il contribue à leur suivi à l'échelle européenne en lien avec l'agence de l'Union européenne sur les drogues : *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA). L'OFDT met également en œuvre l'évaluation de dispositifs innovants ou prometteurs dans le domaine des addictions.

Santé publique France est l'agence nationale de santé publique. Créée en 2016, elle a pour mission la protection de la santé des populations. Agence scientifique et d'expertise du champ sanitaire, elle a notamment en charge le développement de la prévention et de la promotion de la santé. Afin de réaliser ces missions, Santé publique France peut conduire des travaux d'évaluation pour déterminer les meilleures modalités d'intervention à déployer sur les territoires.

Addictions : prévention et comportements de consommation

Enguerrand du Roscoät, responsable de l'unité santé mentale, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France,
Stanislas Spilka, responsable du pôle enquêtes et analyses statistiques, Observatoire français des drogues et toxicomanies,
Jean-Michel Lecrique, chargé d'expertise scientifique, unité santé mentale,
Ingrid Gillaizeau, chargée d'expertise scientifique, unité santé mentale,
Guillemette Quatremère, chargée d'étude scientifique, unité addictions,
Viêt Nguyen-Thanh, responsable de l'unité addictions,
Pierre Arwidson, directeur adjoint, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France.

L'alcool est la première substance psychoactive expérimentée à l'adolescence et sa consommation se développe massivement durant cette période. Si 44 % des élèves de sixième l'ont déjà expérimenté, ils sont 75,3 % en troisième. Cette expérimentation¹ progresse également au lycée, passant de 81,9 % des élèves de seconde pour atteindre en terminale 88,7 % d'entre eux. La consommation d'alcool dans le mois¹ s'accroît entre la quatrième (25,5 %) et la troisième (40,3 %) et se poursuit au lycée : 54,3 % de consommateurs en seconde, puis 70,6 % en terminale. Cette intensification des comportements d'alcoolisation durant le lycée se traduit par des usages réguliers¹ de boissons alcoolisées² (*i.e.* déclarer avoir bu au moins dix fois au cours des trente derniers jours), qui

doublent entre la seconde et la terminale, passant de 10,9 % à 24,4 % [1]. La fréquence de consommation de la population adulte augmente avec l'âge, passant de 67 jours de consommation par an en moyenne chez les 18-24 ans à 152 jours chez les plus de 55 ans [2]. En revanche, lorsqu'ils consomment, les jeunes consomment des quantités plus importantes que leurs aînés (3,3 verres parmi les 18-24 ans vs 1,7 verre chez les 65-75 ans [3]).

La diffusion du tabac est moins forte durant le premier cycle du secondaire. L'expérimentation du tabac reste rare à l'entrée au collège (7,5 %) et sa diffusion s'accroît à partir de la cinquième (13,9 %) jusqu'à la fin du collège (37,4 % en troisième). Elle se poursuit au lycée : si moins de la moitié des adolescents ont expérimenté le tabac en seconde (46,6 %), ils sont six sur dix en terminale (60,1 %). L'usage de tabac dans le mois augmente lentement durant le collège et s'amplifie au passage au lycée, passant de 13,6 % fumeurs en troisième à 24,1 % en seconde. Le collège apparaît être une phase d'initiation, le tabagisme quotidien débutant en troisième (6,5 %) pour se poursuivre et progresser durant les années lycée, passant à 14 % fumeurs en seconde et à 21,5 % en terminale [1]. Chez les jeunes adultes, le tabagisme quotidien¹ continue de progresser pour concerner 32,1 % des 18-24 ans et 36,5 % des 25-34 ans. La prévalence diminue ensuite progressivement avec l'avancée en âge [4].

La diffusion du cannabis est plus tardive encore, elle ne s'amorce véritablement qu'à la fin du collège : 7,7 % des adolescents l'expérimentent en quatrième et 16 % en troisième. Le lycée est ensuite une période propice à la diffusion du cannabis, les consommateurs passant de 25,2 % en seconde pour atteindre 42,4 %

en terminale. Comme pour le tabac, l'usage dans le mois de cannabis est relativement peu courant au collège, mais il double avec le passage au lycée (6,6 % collégiens vs 14,8 % élèves de seconde). Les lycéens ayant un usage régulier de cannabis restent relativement peu nombreux comparés à ceux ayant un usage régulier de l'alcool. Leur nombre progresse légèrement de 5,4 % à 6,8 % entre la seconde et la terminale [1]. Le nombre de consommateurs réguliers progresse ainsi jusqu'à atteindre la prévalence maximale de 8 % chez les jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans [5].

Les stratégies de prévention efficaces chez les jeunes

Une littérature internationale abondante évalue l'impact des interventions de prévention des conduites addictives chez les adolescents. Une analyse des interventions efficaces sur la prévention des consommations de substances psychoactives chez les jeunes (alcool, tabac et substances illicites) a été réalisée en 2014, dans le cadre d'une expertise collective de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) [6]. Au total ont été analysées 80 interventions ayant présenté des effets bénéfiques sur la prévention, l'arrêt ou la diminution des consommations de substances psychoactives. Voici les principaux enseignements qui en ont été tirés, enrichis de travaux plus récents et structurés autour des grandes catégories d'intervention qui dominent le champ de cette étude.

Les programmes de développement des compétences psychosociales

Le travail le plus prépondérant en termes d'interventions évaluées et le plus efficace en termes de résultats

publiés sur la consommation de substances psychoactives est sans aucun doute l'approche de développement des compétences psychosociales.

L'objectif de ces interventions est de contribuer au développement de compétences cognitives, sociales et émotionnelles qui aideront les individus à faire face aux situations problématiques et à exercer des choix favorables à leur santé (physique, mentale et sociale) et à celle de leur entourage. Cette approche est fondée sur l'expérience acquise par le biais de jeux de rôle, de mises en situation, d'exercices pratiques et sur les apprentissages et les enseignements qui en résultent. Elle apparaît plus efficace pour réduire et prévenir les consommations de substances psychoactives – et

plus largement les comportements à risques – que les approches simplement didactiques.

Ces programmes s'adressent aux enfants et aux jeunes, le plus souvent en milieu scolaire, aux parents en difficulté dans l'exercice de leur parentalité, aux familles – développement conjoint des compétences des parents et des enfants –, et ils peuvent être enrichis d'autres composantes selon les problématiques spécifiques des enfants et des familles (co-occurrence des problématiques addictives, psychiques et sociales). Des programmes ayant bénéficié d'un travail concluant d'adaptation au contexte français – bonne acceptation par les bénéficiaires et intervenants – ont déjà été validés (ex. : *Unplugged*, voir article dans ce dossier central) ou sont en cours d'expérimentation ou d'évaluation en partenariat avec Santé publique France : *Good Behavior Game* ; Programme de soutien aux familles et à la parentalité...

Les interventions fondées sur l'entretien motivationnel

Les techniques d'entretien motivationnel, utilisées seules ou en complément d'autres stratégies de prévention,

ont montré leur intérêt pour la réduction ou l'arrêt de la consommation des trois types de substances (alcool, tabac et substances illicites).

L'entretien motivationnel peut être utilisé à proximité d'un épisode de consommation excessive (ex. : dans les services d'urgence) ou encore être précédé d'un *feedback*³ personnalisé en face-à-face ou à distance. Ce *feedback* consiste à proposer au jeune des échelles de mesure de ses consommations et à lui en restituer les résultats. L'objectif est de resituer ses consommations par rapport à celles de ses pairs et de corriger ses croyances en matière de normes de consommations.

Les interventions incluant un volet psychothérapeutique

Les interventions incluant un volet psychothérapeutique, seul ou en complément d'un programme plus large (ex. : développement des compétences psychosociales), ciblent des jeunes déjà engagés dans des consommations ou des comportements problématiques. Les données d'évaluation ont montré l'efficacité des approches cognitives et comportementales ainsi que des approches systémiques et multisystémiques⁴ (travail sur la famille ou sur la famille et d'autres environnements).

Les interventions d'aide à distance

Les interventions d'aide à distance ont montré leur intérêt pour réduire les consommations d'alcool, de tabac et de cannabis. Elles peuvent être délivrées par téléphone (*counseling*⁵) c'est-à-dire orientation, aide, information, traitement, en ligne – adaptation de techniques motivationnelles, cognitives et comportementales –, par SMS ou encore *via* des applications. En France, les dispositifs Tabac info service et Alcomètre ont ainsi montré leur efficacité pour accompagner les consommateurs de tabac et d'alcool vers l'arrêt ou la réduction des consommations [7 ; 8 ; 9].

Les campagnes médiatiques et les dispositifs de « marketing social »

Les campagnes dans les médias ont montré leur efficacité sur la prévention des risques liés au tabac, en

utilisant notamment des messages visant à attaquer les stratégies de marketing et publicitaires des fabricants de cigarettes et/ou à dévaloriser l'image des fumeurs. Des campagnes nationales annuelles, s'appuyant sur les techniques du « marketing social » se sont également révélées efficaces pour réduire la consommation d'alcool (ex. : *Dry January* au Royaume-Uni [10]) ou pour augmenter les tentatives d'arrêt du tabac en population générale (ex. : *Stoptober* en Angleterre [11] et son adaptation « Mois sans tabac » en France [12]). Ces campagnes nationales peuvent être complétées de dispositifs visant plus spécifiquement les jeunes (ex. : partenariat avec les « youtubeurs⁶ » McFly et Carlito⁷).

Les interventions visant à limiter l'accès aux produits

Des stratégies ayant vocation à limiter l'accès des jeunes aux produits ont montré leur efficacité dans le cadre de la prévention de la consommation d'alcool et de tabac. Il s'agit de l'application de lois et de réglementations visant la diminution des points de vente, l'interdiction de la publicité, l'augmentation des prix et des taxes, la réduction de l'attractivité des emballages (ex. : paquet neutre), l'augmentation de l'âge légal de consommation, l'interdiction de consommer dans certains lieux publics – les parcs... – qui contribuent à la « dénormalisation » des comportements de consommation ; ou encore le renforcement des contrôles de pièces d'identité (vérification de l'âge). Ces interventions peuvent être accompagnées d'actions d'éducation et de sensibilisation à l'application de la législation auprès des citoyens et des débitants d'alcool et de tabac.

La prévention par les pairs

Selon l'expertise collective de 2014, les programmes intégrant les pairs sont susceptibles de présenter une valeur ajoutée, et également d'entraîner des effets contre-productifs. Une revue de littérature publiée en 2015 [13] conforte ces conclusions. L'approche par les pairs repose sur la notion que les jeunes apprennent les uns des autres, ont des référents culturels communs et ont une plus grande

L'ESSENTIEL

► **L'alcool est la première substance psychoactive expérimentée à l'adolescence, avant le tabac ; l'expérimentation du cannabis est plus tardive. Les stratégies de prévention efficaces chez les jeunes ont été scientifiquement établies. Les mieux documentées sont les interventions développant les compétences psychosociales : cognitives, sociales et émotionnelles. Elles aident en effet les individus à faire face aux situations problématiques, et à exercer des choix favorables à leur santé physique, mentale et sociale.**

compréhension et une plus grande empathie vis-à-vis des comportements de santé de leurs pairs. Les pairs jouent par ailleurs un rôle de modèle qui peut renforcer les messages comportementaux, positivement comme négativement. En ce sens, il convient lors de la sélection des pairs de considérer avec la plus grande attention quels sont leurs comportements et leurs normes de consommation ainsi que leur potentiel d'influence positive sur le groupe (Crédibilité, *leadership*⁸...). Des expérimentations de programmes de prévention par les pairs sont actuellement en cours sur le territoire national (ex. : programme *A Stop Smoking in Schools Trial*⁹ – Assist).

Perspectives

Tout en gardant à l'esprit les limites inhérentes à l'utilisation des revues de littérature internationales pour l'élaboration de politiques publiques nationales, l'expertise collective 2014

de l'Inserm a permis de proposer et de promouvoir des pistes d'investigation pertinentes, voire prioritaires pour la recherche et le développement d'interventions de prévention des consommations de substances psychoactives chez les jeunes. En attestent l'inscription du développement des compétences psychosociales dans la majorité des plans nationaux et régionaux de santé consacrés aux jeunes et à la prévention des addictions, ainsi que le déploiement progressif de ces programmes par les acteurs de la prévention des addictions. Un registre d'intervention (voir article Verry, dans ce dossier central) a été élaboré et est en cours de développement afin de recenser les programmes disponibles sur le territoire et de mettre à disposition des acteurs les ressources nécessaires au déploiement de programmes et d'interventions fondés sur des données probantes (ensemble de données contribuant à l'évaluation

et au développement d'interventions présentant un bénéfice pour la santé des populations ; ces données sont issues de la recherche, des professionnels et des usagers). ■

1. Définitions des indicateurs d'usages : « expérimentation » : avoir consommé au moins une fois le produit au cours de la vie ; « usage actuel ou usage dans l'année » : au moins une fois dans l'année ; « usage dans le mois » : au moins un usage au cours des trente jours précédant l'enquête ; « usage régulier » : dix usages ou plus au cours des trente derniers jours ; « usage quotidien » : au moins une consommation renouvelée chaque jour.
2. Les comportements de consommation répétés, qu'il s'agisse des usages réguliers d'alcool ou de cannabis, ne concernent que les lycéens.
3. Retour d'informations sur les comportements du jeune consommateur.
4. Abordant tout problème comme un ensemble d'éléments en relation mutuelle.
5. Orientation, aide, information, traitement.
6. Vidéastes sur Internet.
7. http://jeunes.alcool-info-service.fr/Actualites/Mcfly-et-Carlito-Avec-l-alcool-n-allez-pas-trop-loin#.XRH_J_7grIU
8. Ascendant d'une personne sur un groupe.
9. Une expérimentation d'arrêt du tabagisme dans les écoles.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Spilka S., Godeau E., Le Nézet O., Ehlinger V., Janssen É., Brissot A. *et al.* Usages d'alcool, de tabac et de cannabis chez les adolescents du secondaire en 2018. *Tendances*, 2019, n° 132 : 4 p. En ligne : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/effxsz6.pdf>
- [2] Richard J.-B., Andler R., Cogordan C., Spilka S., Nguyen-Thanh V. Groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2019, n°s 5-6 : p. 89-97. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/article/la-consommation-d-alcool-chez-les-adultes-en-france-en-2017>
- [3] *Baromètre Santé 2017*. Paris : Santé publique France. Décembre 2018. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2017>
- [3] Pasquereau A., Andler R., Guignard G., Richard J.-B., Arwidson P., Nguyen-Thanh V. *et al.* La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2018, n°s 14-15 : p. 265-273. En ligne : <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact>

- [=8&ved=2ahUKEwi_7dbPw6PkAhURhRokKHU3_DIMQFjAAegQIARAC&url=https%3A%2F%2Fwww.santepubliquefrance.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F119663%2Ffile%2F152124_2018-14-15-1.pdf&usq=A0vVaw3JxoUyR5HXDRiRGH5dKoWT](https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante/pubs/barometre-sante-2017)
- [4] Spilka S., Richard J.-B., Le Nézet O., Janssen É., Brissot A., Philippon A. *et al.* Les niveaux d'usages des drogues illicites en France en 2017. *Tendances*, 2018, n° 128 : 6 p. En ligne : <https://www.ofdt.fr/index.php?clD=1079>
- [5] Groupe d'experts coordonné par le pôle expertises collectives de l'Inserm. *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement*. [Rapport demandé par la Mildeca]. Paris : les Éditions Inserm, 2014 : 482 p. En ligne : <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/5966>
- [6] Nguyen-Thanh V., Guignard R., Lancrenon S., Bertrand C., Delva C., Berlin I. *et al.* Effectiveness of a fully automated Internet-based smoking cessation program: a randomized controlled trial (Sevrage tabagique assisté par mailing personnalisé – Stamp). *Nicotine & Tobacco Research*, 23 janvier 2018. En ligne : <http://spf.inpez5-lb.msp.fr.clara.net/Sante-publique-France/L-article-du-mois/2018/Efficacite-d-un-outil-numerique-automatise-d-aide-au-sevrage-tabagique-l-essai-controle-randomise-Stamp-sevrage-tabagique-assiste-par-mailing-personnalise>
- [7] Pasquereau A., Smadja O., Andler R., Guignard R., Richard J.-B., Nguyen-Thanh V. Efficacité à six mois de l'aide au sevrage de la ligne téléphonique Tabac info service (39 89). *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2016, n°s 30-31 : p. 548-556.

- [8] Guillemont J., Cogordan C., Nalpas B., Nguyen-Thanh V., Richard J.-B., Arwidson P. Effectiveness of a web-based intervention to reduce alcohol consumption among French hazardous drinkers: a randomized controlled trial. *Health Education Research*, 11 juillet 2017, vol. 32, n° 4 : p. 332-342.
- [9] De Visser R. O., Robinson E., Bond R. Voluntary temporary abstinence from alcohol during "Dry January" and subsequent alcohol use. *Health Psychology*, 2016, vol. 35, n° 3 : p. 281-289.
- [10] Brown J., Kotz D., Michie S., Stapelton J., Walmsley M., West R. How effective and cost-effective was the national mass media smoking cessation campaign "Stoptober"? *Drug Alcohol Depend*, 2014, vol. 135, n° 100 : p. 52-58.
- [11] Guignard R., Richard J.-B., Pasquereau A., Andler R., Arwidson P., Smadja O. *et al.* Tentatives d'arrêt du tabac au dernier trimestre 2016 et lien avec Mois sans tabac : premiers résultats observés dans le Baromètre santé 2017. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2018, n°s 14-15 : p. 298-303. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/article/tentatives-d-arret-du-tabac-au-dernier-trimestre-2016-et-lien-avec-mois-sans-tabac-premiers-resultats-observes-dans-le-barometre-sante-2017>
- [12] MacArthur G. J., Harrison S., Caldwell D.M., Hickman M., Campbell R. Peer-led interventions to prevent tobacco, alcohol and/or drug use among young people aged 11–21 years: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 2015, n° 111 : p. 391-407.

Évaluation de la prévention des addictions : méthodologie

Ingrid Gillaizeau, chargée d'expertise scientifique, unité santé mentale, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France,
Jean-Michel Lecrique, chargé d'expertise scientifique, unité santé mentale, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France,
Carine Mutatayi, chargée d'études, pôle Évaluation des politiques publiques, Observatoire français des drogues et des toxicomanies,
Pierre Arwidson, directeur adjoint, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France,
Enguerrand du Roscoât, responsable de l'unité santé mentale, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France.

Les cinq évaluations menées sous l'égide de la Commission interministérielle de prévention des conduites addictives (Cipca), présentées dans le dossier central de ce numéro, ont respecté le même phasage : le diagnostic ou évaluation théorique ; l'élaboration du protocole d'évaluation ; la mise en œuvre du protocole ; l'analyse des données et la rédaction du rapport.

Diagnostic

Le diagnostic est indispensable à l'élaboration du protocole d'évaluation. Il visait à décrire précisément l'intervention, à en évaluer la pertinence théorique et à en proposer une modélisation.

Cette première phase s'est appuyée sur une analyse documentaire – description du projet, manuel d'intervention... –, sur un recueil de données – entretiens – auprès des parties prenantes (structures de prévention, animateurs, enseignants, élèves, chefs d'établissement) ainsi que sur des observations conduites *in situ* – observation des séances de prévention. Il s'agissait de décrire précisément les approches utilisées par les intervenants, leur réception par les bénéficiaires, le contexte de l'intervention ; d'identifier les ressources disponibles, les freins, les leviers ; et de détailler les différentes composantes de l'intervention ainsi que leurs objectifs.

Une fois détaillées les modalités opérationnelles de l'intervention, les théories et les mécanismes d'action (« ingrédients actifs ») ont été identifiés à la lumière d'une revue de la littérature portant sur l'évaluation de programmes similaires.

Les descriptions opérationnelle et théorique de l'intervention ont permis d'en construire le modèle logique. Ce dernier représente, sous la forme d'un schéma, l'articulation des éléments principaux de l'intervention supposés produire les effets attendus. La réalisation de ce schéma est utile, voire nécessaire à l'identification des variables pertinentes pour évaluer l'intervention.

Protocole d'évaluation

Pour chaque intervention, un protocole d'évaluation a été défini afin d'établir le meilleur niveau de causalité possible entre l'intervention et ses effets, en tenant compte de la faisabilité opérationnelle de l'évaluation (contraintes et opportunités du terrain). Il devait permettre de comparer les évolutions observées dans le groupe exposé à l'intervention à celles observées dans un groupe comparable non exposé à l'intervention (groupe contrôle). À cette fin, des essais contrôlés – avec les groupes contrôles – à mesures répétées (avant et après l'intervention) ont pu être conduits pour les quatre programmes en milieu scolaire. Quand cela est possible – car l'évaluation est conçue en amont du déploiement de l'intervention –, les individus peuvent être répartis par tirage au sort dans le groupe exposé à l'intervention ou dans le groupe contrôle (*i.e.* essai contrôlé randomisé) afin d'assurer une meilleure comparabilité entre les groupes.

Trois catégories d'indicateurs ont été mesurées :

- des indicateurs finaux d'efficacité (sauf pour le programme en milieu festif pour lequel un essai contrôlé s'est avéré infaisable). Ils visaient à renseigner l'impact sanitaire de l'intervention, en l'occurrence la réduction des comportements de consommation ou la réduction des usages problématiques ;

- des indicateurs intermédiaires d'efficacité. Ils visaient à valider le modèle logique de l'intervention et à s'assurer que c'était bien en agissant sur les déterminants ciblés par l'intervention que les consommations ou les usages problématiques avaient régressé ;

- des indicateurs de processus ou de mise en œuvre. Ils ont permis d'identifier quelles étaient les conditions opérationnelles associées à l'efficacité de l'intervention : dose délivrée, activités réellement conduites, conformité de l'intervention par rapport au modèle, atteinte de la cible, assiduité...

Mise en œuvre

La phase de préparation et de suivi des terrains pour le recueil des données d'évaluation, comme les précédentes, a été cruciale. Il convenait d'associer l'ensemble des parties prenantes de l'intervention en constituant des comités de pilotage locaux afin de faciliter l'acceptation et la mise en œuvre du protocole d'évaluation.

Lors du recueil des données sur les terrains d'évaluation, une surveillance attentive et continue a été assurée afin de pouvoir proposer rapidement des mesures correctives en cas d'incidents (ex : absentéisme important lors d'une phase de passation de questionnaires). Ceci a permis d'éviter l'invalidité du protocole d'évaluation : taille d'échantillons suffisante, groupes comparables...

Rapport d'évaluation

L'analyse des données – saisie des données, puis nettoyage de la base et enfin analyse des données – et la communication des résultats – rapports, article, communications orales... – ont clos la démarche d'évaluation. Une première restitution des résultats aux parties prenantes a été organisée afin d'échanger avec elles en amont de la publication des rapports d'évaluation. ■

Standards de qualité en prévention : une passerelle vers l'évaluation

15

Carine Mutatayi,

Chargée d'études,
Observatoire français des drogues
et des toxicomanies (OFDT),
pôle évaluation des politiques publiques,
Paris.

L'efficacité des programmes de prévention liés aux conduites addictives est une question majeure, dans une optique d'optimisation des ressources, de perfectionnement et d'équité de l'offre de prévention. Or les conditions nécessaires à l'évaluation de l'efficacité des programmes sont encore rarement réunies. Quelles voies se présentent alors aux porteurs de programmes pour offrir les meilleures chances de réussite à leur action ? L'évidence conduit à privilégier les réponses et les interventions documentées comme efficaces, et le panel des connaissances disponibles s'est élargi au cours des dernières années. L'expérience nous enseigne que l'évaluation d'un programme efficace mérite d'être reconduite en cas d'adaptations significatives ou de transfert dans un contexte d'implantation présentant des caractéristiques suffisamment différentes du contexte initial. Ce constat souligne l'intérêt de l'évaluation. Il invite également à davantage s'appuyer sur des démarches de qualité en prévention, telles que le recours aux standards de qualité, fondés sur des données probantes (*evidence-based approach*).

Les standards de qualité européens en prévention des usages de drogues (*EDPQS*¹) ont été élaborés dans le cadre d'un partenariat européen pluridisciplinaire mandaté par la Commission européenne [1], alliant chercheurs et acteurs de terrain. En France, ce matériel a été synthétisé et complété pour mieux l'ajuster au contexte français. Il en résulte la grille Aspire : Appréciation et sélection de

programmes de prévention issus de la revue des standards de qualité *EDPQS*. Cette grille a été organisée autour de douze standards [2].

Le degré de satisfaction d'un programme à chaque standard Aspire est traduit par un score (sur 5 ou sur 10 selon l'importance du critère) ; un score global est ensuite calculé qui permet d'évaluer le caractère prometteur du programme. Les standards liés à la cohérence théorique ou aux moyens consacrés au programme pèsent davantage dans son appréciation (*ils figurent en gras dans l'encadré ci-après*). Ce sont autant de repères destinés à accompagner d'une part les professionnels de prévention dans l'élaboration de leur programme, d'autre part les décideurs dans l'appréciation des projets qui leur sont soumis.

Les standards de qualité aident à la conception ou à la mise au point d'un programme. En structurant les modalités de mise en œuvre, ils contribuent aussi à la faisabilité de l'évaluation (« évaluabilité »). Leur application représente une première étape dans l'élaboration de programmes de qualité et une précaution minimale.

L'évaluation de processus et le recours aux standards de qualité soutiennent de bonnes conditions de déploiement de l'action. En analysant les ressources, les méthodes employées et la fidélité à une théorie d'action étayée, l'évaluation de processus objective les résultats du programme, démontrables par l'évaluation de leur efficacité. L'ensemble de ces outils participant à une offre efficiente, éthique et égalitaire, fournissant un cadre de bonnes pratiques aux programmes de prévention sur le territoire. ■

1. *European Drug Prevention Quality Standards.*

STANDARDS ASPIRE

1. Décrire, justifier le besoin de l'intervention, au regard des besoins relevés dans la population et des priorités politiques à l'échelon de territoire pertinent.
2. Définir le public-cible par rapport à la population générale, ainsi que ses modalités d'identification.
3. **S'appuyer sur les éléments démontrés comme efficaces et utiliser un modèle théorique.**
4. **Définir les étapes et les objectifs qui concourent à l'évolution des comportements attendus.**
5. Planifier l'évaluation.
6. **Définir le cadre d'activités.**
7. Veiller à une approche éthique de prévention.
8. **Définir et mobiliser l'équipe nécessaire à la mise en œuvre en vérifiant les compétences de ses membres et les besoins en formation.**
9. Définir les modalités et les moyens matériels à déployer pour la coordination et le suivi du programme.
10. Impliquer les parties prenantes, identifier les ressources extérieures, coopérations et leviers pertinents à mobiliser.
11. Monter un budget équilibré et soutenable.
12. Anticiper la viabilité et la transférabilité du programme.

Pour en savoir plus

www.ofdt.fr/aide-aux-acteurs/prevention/grille-aspire/

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Brotherhood A., Sumnall H. R. and EMCDDA. *European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals.* Luxembourg: Publications Office of the European Union, coll. Manuals, 2011, n° 7 : p. 284. En ligne : http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/646/TD3111250ENC_318193.pdf

[2] Mutatayi C. *La grille Aspire. Appréciation et sélection de programmes de prévention issus de la revue des standards de qualité en prévention « EDPQS ».* Saint-Denis : OFDT, 2017 : 9 p.

Dossier

Prévention des addictions : interventions probantes et évaluation

LA SANTÉ EN ACTION - N° 449 - SEPTEMBRE 2019

Tabac, alcool, cannabis : un programme efficace au collège

Jean-Michel Lecrique,
chargé d'expertise scientifique
en promotion de la santé,
Direction de la prévention
et de la promotion de la santé,
unité santé mentale,
Santé publique France.

L'objectif d'*Unplugged* est de réduire l'expérimentation et la consommation de substances psychoactives – SPA (tabac, alcool, cannabis) chez les collégiens de 11 à 14 ans. Le programme est constitué de douze séances d'une heure sur le rythme d'une séance par semaine. Il est délivré en classe par un enseignant préalablement formé, qui utilise des méthodes interactives (ex : jeux de rôle) et adopte une stratégie d'intervention fondée principalement sur le développement des compétences psychosociales et sur la correction des croyances normatives concernant la consommation des pairs. Son adaptation dans le Loiret introduit durant la première année une coanimation des douze séances entre l'enseignant et un professionnel de la prévention formé à *Unplugged*. Les années suivantes, l'enseignant devient progressivement autonome et seules les trois séances portant sur les SPA restent à terme coanimées.

Méthode d'évaluation

Durant l'année scolaire 2016-2017, des mesures ont été effectuées auprès de 1 091 collégiens dans douze établissements du Loiret (66 classes de la sixième à la quatrième) quinze jours avant l'intervention servant de base, de référence pour la suite de l'évaluation (*baseline*), puis six et huit mois après. Il s'agissait de comparer les consommations du groupe « *Unplugged* » – classes recevant le programme à évaluer – à celles d'un groupe « contrôle » – classes ne recevant aucune intervention de prévention structurée, avec une même distribution de la variable « niveau de classe » (sixième, cinquième et quatrième) dans les deux groupes.

Résultats de l'évaluation

Les résultats montrent que le programme *Unplugged* a un effet bénéfique sur chacun des indicateurs de consommation récente : lors du suivi à huit mois, il diminue la probabilité d'avoir consommé une cigarette, d'avoir été ivre ou d'avoir consommé du cannabis dans les trente derniers jours. D'autre part, il diminue la probabilité d'avoir expérimenté chacun de ces comportements entre la *baseline* et le suivi à huit mois (diminution de l'initiation).

Unplugged a également un impact positif sur les variables intermédiaires ciblées par les activités du programme : il diminue l'attitude positive à l'égard des drogues illicites, augmente la résistance à la pression des pairs, renforce les compétences psychosociales, diminue la consommation de SPA que le jeune attribue à ses camarades du même âge et améliore les connaissances sur les effets des produits. Il a aussi un effet bénéfique sur la qualité perçue des relations entre pairs. Les effets positifs du programme sont plus importants pour les collégiens sur lesquels pèsent certains facteurs de risque (permissivité parentale relative à leur consommation de SPA, faible niveau scolaire rapporté, environnement socioéconomique défavorisé). Concernant les données de processus, on observe une meilleure qualité de la mise en œuvre du programme dans notre étude, comparativement à celle de l'évaluation européenne d'*Unplugged* [1] : 83 % des classes (contre 56 %) ont reçu l'intégralité du programme et 94 % des élèves ciblés ont été atteints (contre 78 %). On constate enfin une relation dose-réponse : on observe par exemple que la consommation récente de cigarettes d'un élève est d'autant plus basse que le nombre de séances du programme qu'il a suivies est élevé ; de même, on observe que l'expérimentation de la cigarette depuis la *baseline* est d'autant moins probable que le nombre de séances complètes (comprenant l'ensemble des activités prévues) est élevé.

Conclusion

Notre étude montre l'efficacité de l'adaptation du programme *Unplugged* dans le Loiret

L'ESSENTIEL

■ **Unplugged¹ est un programme européen de prévention universelle de l'usage des substances psychoactives (SPA) en milieu scolaire. Il est mis en œuvre depuis 2013 dans le Loiret par l'Association pour l'écoute en addictologie et toxicomanies (Apléat, Orléans). L'évaluation a été conduite par Santé publique France.**

sur l'usage de SPA (consommation récente et expérimentation). *Unplugged* a aussi un effet bénéfique sur les déterminants psychosociaux ciblés par les activités du programme – compétences psychosociales, connaissances, attitudes, normes de consommation – et améliore la perception du climat scolaire par les élèves. Il constitue enfin un outil de prévention utile pour intervenir auprès de publics présentant des facteurs de vulnérabilité et pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. En conclusion, *Unplugged* est un bon candidat au déploiement à une plus large échelle. Afin de garantir son efficacité, une attention particulière doit être portée sur le degré de mise en œuvre (nombre de séances délivrées sur les douze attendues) et sur la fidélité au programme (séances comprenant l'ensemble des activités prévues). ■

1. Terme que l'on pourrait traduire par « débranché », « déconnecté ».

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Faggiano F., Galanti M. R., Bohrn K., Burkhart G., Vigna-Taglianti F., Cuomo L. *et al.* The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: EU-Dap cluster randomised controlled trial. *Preventive Medicine*, 2008, vol. 47, n° 5 : p. 537-543.

« LE PROGRAMME SE VOIT RECONNU DANS SON EFFICACITÉ À RENFORCER LA CAPACITÉ DE S’AFFIRMER ET DE DIRE NON »

Que pensent les porteurs de projet de l'évaluation d'Unplugged et qu'en retirent-ils pour le futur ?
Témoignage.

Définition du programme

« L'objectif d'Unplugged, mis en œuvre depuis 2013 dans le Loiret par l'Association pour l'écoute en addictologie et toxicomanies (Apléat), est de réduire l'expérimentation et la consommation de tabac, alcool et cannabis chez les collégiens de 11 à 14 ans. Le programme comprend douze séances d'une heure pour une classe ; sa spécificité est d'être coanimé par un chargé de prévention, spécialiste de l'addictologie, et un professionnel de l'établissement, le plus souvent des enseignants, voire des conseillers principaux d'éducation (CPE), des surveillants, des infirmières. Le professionnel du collège bénéficie d'une formation de deux jours. Durant sa première année de pratique, toutes les séances sont coanimées avec le préventeur ; la seconde année, seules neuf séances le sont ; la troisième, six ; la quatrième, trois. Au-delà, nous gardons toujours un minimum de trois séances en partenariat avec l'intervenant de l'Apléat afin de respecter le modèle du programme tel qu'il a été conçu.

Motivations pour se faire évaluer

Unplugged est un programme de prévention européen. Il a été évalué dans sept pays européens avec une mise en œuvre du programme par l'enseignant seul (sans coanimation) durant l'année scolaire 2004-2005. Le recueil des données (suivi de la consommation) s'est achevé en 2006. Les résultats de cette évaluation étaient probants, mais il nous a semblé intéressant de vérifier si la façon dont il est implanté dans l'Hexagone est opérante et s'il apporte une plus-value aux élèves. Et dans une logique d'amélioration continue, cette nouvelle évaluation pouvait apporter d'autres éléments pour affiner le programme.



Plume nasale, plumes d'oreilles, population Eribatsa.
© Ville de Marseille, Dist. RMN-Grand Palais / David Gaucatarina

Principaux résultats de l'évaluation et changements induits

Ces résultats démontrent que les médiations utilisées fonctionnent. Tout le travail réalisé porte ses fruits. Il consiste à :

- développer les habiletés sociales ;
- changer les croyances normatives – qui conduisent nombre d'élèves à surestimer la consommation de substances addictives chez leurs pairs – ;
- renforcer la capacité de s'affirmer et de dire non ;
- modifier l'attitude positive des collégiens vis-à-vis des drogues par une compréhension de tous leurs effets nocifs potentiels au regard de ceux attendus.

Un élément nous a particulièrement intéressés : l'impact du programme est plus important auprès des élèves d'établissements défavorisés. Alors que nous avons une approche généraliste du public visé, cela pourrait nous conduire à des interventions plus ciblées auprès de ces collégiens, si l'on veut accroître la « rentabilité » de notre action. D'autre part, l'évaluation montre qu'il y a une grande différence d'impact si les douze séances ont lieu ou si seulement dix ou moins se sont tenues. Cela doit nous inciter à être vigilants sur le respect du programme, en accompagnant davantage les professionnels des établissements pour que la dynamique aille jusqu'à son terme. Nous devons ainsi travailler sur les moyens d'éviter la lassitude chez ces coanimateurs,

en proposant par exemple d'autres outils pour faire vivre cette approche par les compétences psychosociales.

Expérience d'évaluation, points positifs et négatifs

L'administration des questionnaires auprès des élèves et des intervenants est un processus assez chronophage. Ceci a demandé beaucoup de pédagogie et d'accompagnement pour faire comprendre l'importance de l'évaluation, et la nécessité d'en appliquer tous les termes avec rigueur. Toutefois, cet investissement vaut la peine puisque nous obtenons la confirmation scientifique que nous sommes sur le bon chemin. C'est l'aspect positif de l'évaluation, elle nous fait franchir une étape. Il ne s'agit plus de travailler sur le programme, mais de voir comment on peut le déployer afin qu'il bénéficie à davantage de jeunes. Cette validation est un argument supplémentaire, tant auprès des financeurs du programme qu'auprès des établissements scolaires. Ces derniers sont plus à même de se lancer dans un dispositif qui mobilise douze heures d'intervention. Cette évaluation a relevé notre degré d'exigence. Dorénavant, dans l'ensemble des actions que nous mettons en œuvre, nous souhaitons installer dès le départ un processus validé, même s'il requiert plus de temps. » ■

Témoignage recueilli par Nathalie Quéruel, journaliste.

Une intervention qui réduit la consommation de tabac et cannabis

Jean-Michel Lecrique,
chargé d'expertise scientifique
en promotion de la santé,
Direction de la prévention
et de la promotion de la santé,
unité santé mentale,
Santé publique France.

Avenir sans Tabac (AsT) est un programme d'aide à l'arrêt et à la réduction de l'usage de tabac et de cannabis, destiné aux élèves de lycées et de centres de formation d'apprentis (CFA) des Pyrénées-Atlantiques. Il a été conçu et mis en œuvre par l'association Le Souffle 64 (Pau). L'objectif d'AsT est d'aider de jeunes fumeurs à arrêter ou à diminuer leur consommation de cigarettes et/ou de cannabis en agissant sur les déterminants suivants de cette consommation : auto-efficacité liée à l'arrêt et à la réduction de la consommation ; intention d'arrêt ; perception de la consommation des pairs par l'élève.

Sa stratégie d'intervention repose sur l'entretien motivationnel (EM) mené par des spécialistes des addictions formés à cette technique. Durant l'année scolaire, AsT propose aux établissements la tenue d'un ou deux forums ponctuels, situés dans un lieu passant de l'établissement pendant la pause méridienne. Il permet aux jeunes qui le souhaitent :

- de participer au stand Tabac-Cannabis : ils y passent un EM individuel et reçoivent un retour personnalisé sur leur consommation ; ils effectuent aussi un test de monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré ;
- de s'inscrire, à la suite du stand, à un atelier collectif d'aide à la motivation (EM adapté au groupe) conduit au sein de l'établissement dans les semaines qui suivent (deux séances d'une heure, une séance par semaine).

Méthode d'évaluation

Durant l'année scolaire 2016-2017, des mesures ont été effectuées auprès de 412 élèves fumeurs récents de cigarettes et/ou de cannabis avant l'intervention (*baseline*¹),

puis trois mois après, dans les quinze établissements participant au programme AsT. Nous comparons la consommation des groupes d'élèves participant au stand seul (AsT-Stand seul) et celle des élèves participant au stand et à l'atelier collectif (AsT-Stand+Atelier) avec celle d'un groupe d'élèves ne recevant aucune des deux composantes de l'intervention (contrôle).

Résultats de l'évaluation Effet du stand seul

Les résultats montrent que la participation au stand seul diminue le niveau de consommation récente (trente derniers jours) des jeunes fumeurs de cigarettes et de cannabis. Aucun effet significatif n'est observé sur l'arrêt ou les tentatives d'arrêt. Pour les fumeurs de cigarettes, la participation au stand est associée à :

- une augmentation de l'intention d'arrêter la cigarette ;
- une augmentation de l'auto-efficacité (arrêt et diminution de la consommation) ;
- une diminution de la consommation perçue des pairs par l'élève.

Pour les fumeurs de cannabis, aucun effet n'est observé sur ces variables intermédiaires.

Effet combiné du stand et de l'atelier collectif.

La participation au stand et à l'atelier collectif n'a pas d'effet sur les indicateurs de consommation. Des effets positifs sont observés sur les variables intermédiaires : augmentation de l'intention d'arrêter ; augmentation de l'auto-efficacité (arrêt et diminution) ; diminution de la consommation perçue des pairs par l'élève pour le tabac ; diminution de la consommation perçue des pairs par l'élève pour le cannabis.

Éléments de processus

Concernant le stand, l'atteinte de la cible est jugée satisfaisante : 81 % des participants sont des fumeurs récents de cigarettes et 42 % de cannabis. De plus, l'impact positif du stand sur l'intention d'arrêt et l'auto-efficacité est d'autant plus élevé que la qualité de l'entretien motivationnel (EM) réalisé

est bonne. Concernant les ateliers collectifs, les jeunes fumeurs recrutés sont globalement plus dépendants à la nicotine que ceux qui ne participent qu'au stand (bonne atteinte de la cible). La qualité de l'EM et la dynamique de groupe sont jugées satisfaisantes, mais le recrutement et l'organisation du dispositif posent problème : le taux de recrutement est faible et seulement 29 % des ateliers proposent les deux séances prévues.

Conclusion

Au sein du programme AsT, le stand Tabac-Cannabis est efficace pour réduire le niveau de consommation des jeunes fumeurs de cigarettes et de cannabis. Son impact positif sur les déterminants de la consommation dépend de la qualité de l'entretien motivationnel mené lors du stand, ce qui implique que les intervenants soient bien formés à cette technique. L'atelier collectif, quant à lui, est un dispositif potentiellement prometteur (il a un impact positif sur certains déterminants de la consommation), mais pas encore stabilisé quant à sa mise en œuvre ; il devra faire l'objet d'ajustements afin d'augmenter l'efficacité de son recrutement et de garantir la tenue effective des deux séances prévues de l'atelier. ■

1. Données de référence.

« NOUS POUVONS DÉSORMAIS FAIRE VALOIR DES DONNÉES CRÉDIBLES AUPRÈS DE NOS FINANCEURS »

19

*Que pensent les porteurs de projet de l'évaluation d'Avenir sans Tabac et qu'en retirent-ils pour le futur ?
Témoignage.*

Objectif du programme Avenir sans Tabac

« Ce programme de prévention des conduites addictives chez les jeunes déjà consommateurs des lycées et des centres d'apprentissage des Pyrénées-Atlantiques a pour but la diminution ou l'arrêt du tabac et du cannabis. Il s'appuie sur un outil, l'entretien motivationnel, pour travailler sur les croyances normatives et la consommation des jeunes. L'action se déroule en deux temps : des professionnels animent un stand ouvert à tous dans les lieux de passage des établissements ; ils proposent un questionnaire et une mesure du monoxyde de carbone, avant de débiter un entretien en individuel ou en petits groupes. Quinze jours plus tard se tient un atelier collectif pour faire évoluer la motivation et accompagner le changement de consommation. L'accès au stand est fondé sur le volontariat et l'anonymat, et nous ne revoyons pas les élèves par la suite. Il est donc difficile de mesurer l'effet de notre action. Nous avons un peu plus de visibilité sur les ateliers collectifs où s'inscrivent les jeunes, car nous avons la possibilité de les appeler pour effectuer un suivi. Nous avons la volonté d'agir efficacement, or beaucoup d'associations œuvrent dans ce domaine, chacune avec ses méthodes. Comment savoir si notre démarche de prévention est plus pertinente que d'autres ? L'évaluation devait permettre de nous appuyer sur des données objectives pour continuer d'avancer.

Ce qu'ils pensent de l'évaluation

Les résultats sont globalement positifs, montrant un réel impact sur l'évolution de la consommation des jeunes. Nous avons été étonnés par la qualité du stand ouvert ; c'est une intervention brève, mais malgré tout efficace, ce qui en fait une action « rentable ». L'atelier de groupe agit sur

des déterminants, mais pas de façon aussi nette, alors que c'est une intervention plus longue.

Ce qu'ils ont changé dans leur programme

Ces données ont renforcé notre stratégie d'intervention fondée sur l'entretien motivationnel. Nous avons ainsi décidé de développer la formation des professionnels de l'équipe sur cette technique afin d'élargir leurs compétences. Nous mettons à leur disposition des outils d'autoévaluation afin qu'ils puissent améliorer la qualité de leurs interventions.

D'autre part, nous sommes en train de repenser l'organisation des stands ouverts, qui se déroulaient auparavant pendant la pause méridienne. Ces stands pourraient ainsi être organisés pendant le temps de cours, avec des roulements de classes, ce qui permettrait de toucher davantage de jeunes, et particulièrement ceux qui ne seraient pas venus spontanément. Cela implique de préparer cette intervention plus en amont avec les professeurs en charge des classes. Enfin, nous travaillons sur l'approfondissement de l'atelier de groupe, notamment sur le recrutement des jeunes qui y participent, car nous avons l'intuition que cela fonctionne, même s'il faut l'améliorer.

Comment ils jugent ce processus d'évaluation

La principale contrainte est la lourdeur du dispositif d'évaluation, qui a nécessité une adaptation des intervenants pour faire le lien entre la qualité de l'entretien motivationnel et son impact sur les consommations, l'implication des établissements, la création d'un groupe Contrôle ne bénéficiant pas du programme. Cela a ralenti le flux des participants au stand ouvert. Par ailleurs, greffer une évaluation sur un projet existant est complexe ; il faudrait pouvoir la prévoir en amont, au



Masque pour les danses teuani, Mexique.
© Ville de Marseille, Dist. RMN-Grand Palais / Claude Almodovar / Michel Vialle

moment où se construit le programme de prévention.

Toutefois, en dépit de ces réserves, nous avons trouvé un grand intérêt à établir ce lien entre le terrain et la recherche. C'était une expérience très enrichissante de réfléchir avec les scientifiques et de travailler ensemble sur des grilles d'évaluation. La force de ce type de démarche, ce sont les résultats. Nous pouvons désormais communiquer auprès des établissements avec des données crédibles, qui légitiment notre programme et notre approche. Et donc également faire valoir ces données auprès de nos financeurs. L'expérience a eu également l'avantage de mobiliser les différents acteurs – établissements scolaires, inspection académique, agence régionale de santé, antenne locale de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca). Et tous ces partenaires travaillent en réseau aujourd'hui. » ■

Témoignage recueilli par Nathalie Quéruel,
journaliste.

Dossier

Prévention des addictions : interventions probantes et évaluation

LA SANTÉ EN ACTION – N° 449 – SEPTEMBRE 2019

Alcool, cannabis : prévention chez les jeunes apprentis

Ingrid Gillaizeau,
chargée de projet
et d'expertise scientifique,
Direction de la prévention-
promotion de la santé,
Santé publique France.

L'intervention vise à prévenir les expérimentations d'alcool et de cannabis et à en réduire les consommations en agissant sur les attitudes, les connaissances et les compétences psychosociales (CPS). Elle est délivrée à des classes de centres de formation d'apprentis (CFA) du bâtiment et des travaux publics par des intervenants de CFA – enseignants ou personnels socio-éducatifs – ayant bénéficié de deux jours de formation.

Le programme est composé de deux séances de 3 heures délivrées à trois semaines d'intervalle. Chaque séance est structurée en séquences successives abordant les thématiques et les situations suivantes : connaissances des produits ; statut légal ; risques ; motivations à consommer ; savoir aider ; résister à la pression des pairs.

Elles s'appuient sur la diffusion de clips vidéo, suivie d'activités en groupe (tour de table, jeux de rôle, autotest et créations de slogans).

Méthode d'évaluation

Durant l'année scolaire 2016-2017, des mesures ont été recueillies auprès de 343 jeunes apprentis – âge moyen : 16,7 ans – scolarisés en première année de CAP (certificat d'aptitude professionnelle) dans six CFA spécialisés en bâtiment et travaux publics (BTP). Ces mesures ont été effectuées un mois avant l'intervention, puis un et trois mois après.

L'analyse a comparé le groupe « Intervention », composé de 175 élèves de classes ayant bénéficié du programme, à un groupe « Contrôle », composé de 168 élèves de classes n'ayant reçu aucune intervention de prévention structurée.

Résultats de l'évaluation

Un mois après l'intervention, les résultats montrent principalement des effets

contre-productifs du programme sur la consommation d'alcool – augmentation de l'intention de consommer – et sur les comportements d'ivresse – augmentation de la proportion de jeunes présentant un comportement d'ivresse en dehors du travail. Ces effets ne se maintiennent pas à trois mois.

Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que l'une des composantes du programme repose sur la prescription de stratégies de réduction de la consommation d'alcool. Les jeunes ayant bénéficié de l'intervention pourraient ainsi avoir augmenté leur intention de consommer de l'alcool et s'être davantage exposés aux situations d'ivresse afin de tester ces stratégies ou encore du fait d'une illusion de contrôle (ex : « je dispose de stratégies efficaces pour réduire les risques »).

Les résultats indiquent également un effet contre-productif de l'intervention sur la consommation de cannabis (elle limite la proportion de jeunes effectuant une tentative de réduction) qui, *a contrario* de la consommation d'alcool, est peu abordée dans le programme.

Aucun effet de l'intervention n'a été observé sur les autres indicateurs d'efficacité (expérimentation, attitudes, CPS, connaissances, climat scolaire).

L'évaluation de processus met en lumière plusieurs faiblesses du programme en termes de dosage, contenus et activités. En effet, seules 37,5 % des classes ont reçu l'intégralité des deux séances du programme.

Des difficultés survenues dans plus de la moitié des séances peuvent expliquer ce faible taux : difficulté du maintien de l'attention et de la discipline ; difficulté de la gestion du temps ; jeunes parfois peu concernés ; difficulté des jeunes à réaliser certaines activités ; difficulté des intervenants à animer les jeux de rôle.

Conclusion

Sur la base des données analysées, les résultats amènent à contre-indiquer la mise en œuvre de ce programme sous sa forme actuelle et à privilégier l'utilisation de stratégies d'intervention reconnues efficaces.

Dans l'optique d'une refonte du programme,

des propositions fondées sur la littérature scientifique sont formulées afin d'apporter les modifications nécessaires à l'intervention. Il s'agit en particulier de s'assurer que :

- les objectifs et le contenu du programme soient adaptés à l'âge et à la cible : viser la prévention de l'entrée dans les consommations pour les plus jeunes – davantage non-consommateurs – et la réduction des consommations pour les plus âgés – davantage consommateurs ;
- les interventions abordent de façon équitable tant les consommations d'alcool par les jeunes que celles de cannabis ;
- le programme puisse être délivré tel qu'il a été conçu : adapter la durée et la fréquence des séances ;
- les intervenants puissent avoir les compétences nécessaires pour délivrer le contenu du programme : renforcement de la formation en particulier sur l'animation des jeux de rôles ;
- les méthodes utilisées soient les plus adaptées à la population-cible : adapter certaines activités afin qu'elles soient accessibles à tous ;
- le programme soit réévalué pour vérifier qu'il ne produit plus d'effets contre-productifs. ■

« L'ÉVALUATION CONFORTE LES AJUSTEMENTS APPORTÉS AU PROGRAMME DE PRÉVENTION »

Que pensent les porteurs de projet de cette évaluation et qu'en retirent-ils pour le futur ?
Témoignage.

Définition du programme

« Notre opération de prévention des addictions est destinée aux apprentis du secteur du bâtiment et des travaux publics (BTP) et aux salariés de moins de 30 ans de ce secteur. En 2011, nous avons été alertés par des chefs d'entreprise et des directeurs de centres de formation d'apprentis (CFA) qui s'inquiétaient des consommations croissantes, notamment de cannabis. L'action se déroule en deux temps : des animateurs de CFA et des préventeurs en entreprise sont formés par des professionnels pendant trois jours (deux jours, plus un jour de supervision) sur les produits, sur leurs effets et aussi sur des méthodes participatives de sensibilisation du public. Pour être efficace, il est nécessaire que les jeunes soient acteurs. Puis, ces derniers bénéficient de deux séances de trois heures à intervalle d'un mois, avec des jeux de rôle, des clips, etc.

Ce qui les a motivés à se faire évaluer

Nous avons bien conscience que l'exercice d'évaluation, en matière de prévention, est un travail délicat. Nous avons répondu à l'appel à projet de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) en particulier pour répondre à la demande de l'un de nos partenaires, une fondation qui estimait particulièrement pertinent d'évaluer l'action afin de disposer de données précises sur son efficacité, même si cette action a évolué depuis le départ. Les remontées du terrain nous permettent aussi de corriger le tir. À l'origine, le programme utilisait un *serious game*¹ comme support d'animation, mais il s'est révélé difficile d'usage et d'un faible impact ; nous l'avons remplacé en 2014 par des *web-series*² décalées et plus pertinentes pour notre public.

Leur réaction face aux résultats de l'évaluation

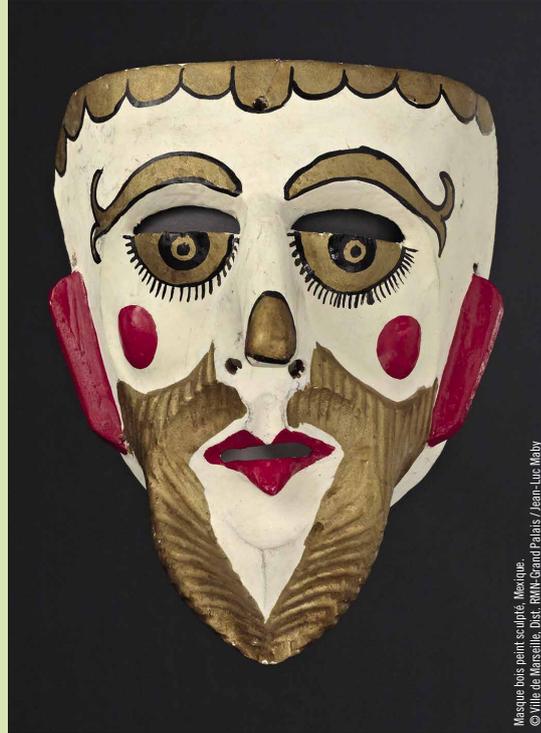
Nous avons été étonnés par certains effets contre-productifs. La proportion de jeunes ayant eu au moins un comportement d'ivresse en dehors du travail était plus importante pour ceux ayant bénéficié du programme que pour les autres, un mois après. De même, ceux déclarant avoir envie de consommer étaient plus nombreux. Si l'évaluation est une démarche scientifique, adossée à du factuel, il y a peut-être dans ce type d'action une part d'abs-trait, de ressenti qui n'est pas mesurée.

Les correctifs apportés pour prendre en compte l'évaluation

Nous avons apporté plusieurs modifications. La formation des intervenants a ainsi été renforcée, avec une journée complète assurée par un spécialiste de l'addictologie. Ces derniers sont également davantage encadrés, afin de respecter une bonne utilisation des outils. Nous avons aussi mieux réparti l'information sur les substances. Auparavant, un peu involontairement, nous mettions davantage l'accent sur l'alcool que sur le cannabis ; ce dernier tient désormais une place plus importante dans les contenus. Nous souhaitons également accompagner les managers qui supervisent les jeunes en entreprise. Pour autant, certaines préconisations de l'évaluation nous semblent un peu irréalistes. Par exemple, nous devrions adapter le programme à l'âge et à la cible, en séparant notamment les consommateurs de ceux qui ne le sont pas. Ce n'est pas évident de mettre en œuvre des groupes distincts.

Faiblesses et forces du processus d'évaluation

Une des faiblesses principales de cette évaluation, c'est l'intervalle entre le moment où elle a eu lieu – 2016 pour le début du



Masque bois peint sculpté, Mexique.
© Ville de Marseille, Dist. RMN-Grand Palais / Jean-Luc Méby

recueil des données – et celui de la restitution des résultats, en 2018. Entre-temps, nous avons déjà fait évoluer le programme. Nous ne pouvions rester dans l'attente sans aller de l'avant. D'ailleurs, certains changements que nous avons apportés ont anticipé des préconisations du rapport d'évaluation, comme le renforcement de la formation des intervenants. D'autre part, il a été difficile d'impliquer les jeunes dans le processus. Par ailleurs, l'évaluation n'a porté que sur les apprentis en CFA et n'a pu inclure la population en entreprise avec des salariés de moins de 30 ans. *A contrario*, l'intérêt de l'évaluation est de bénéficier d'un regard d'expert objectif, extérieur, compétent sur notre programme, avec des axes de progrès signalés. Ils viennent conforter les premiers ajustements que nous avons réalisés. C'est à nous de relayer maintenant ces préconisations auprès des utilisateurs, entreprises ou CFA. » ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel,
journaliste.

1. Jeu sérieux : il s'agit d'une activité ludique aux finalités pédagogiques, informatives.

2. Séries de vidéos diffusées sur Internet.

Addictions : sensibilisation par les pairs au lycée

Ingrid Gillaizeau,
chargée de projet
et d'expertise scientifique,
Direction de la prévention-
promotion de la santé,
Santé publique France.

L'intervention vise à réduire les consommations de substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis) en agissant sur les attitudes, les connaissances et la résistance à la pression des pairs. Elle consiste à ce qu'un groupe de lycéens en classe de première (jeunes relais) reçoive une formation de 28 heures assurée par la structure de prévention qui porte le programme, dans le but de délivrer une séance de sensibilisation aux addictions à leurs pairs de classe de seconde. D'une durée de 2 heures, cette séance est menée en binôme et en présence d'un intervenant de prévention.

Les jeunes relais sont formés à l'acquisition de techniques d'animation et de connaissances sur les substances psychoactives (informations, participation à une audience au tribunal, recherche documentaire et exposés). À la fin de leur formation, la séance de sensibilisation qu'ils délivrent à leurs pairs repose sur la diffusion de courts métrages mettant en scène trois situations de consommations à issues multiples, suivie d'un débat. Celui-ci permet de discuter des différentes issues et de délivrer des informations plus générales sur les substances, contextes, risques de consommation, ressources et aides disponibles.

Méthode d'évaluation

Durant l'année scolaire 2016-2017, des mesures ont été recueillies auprès de 313 lycéens (âge moyen 15,9 ans) scolarisés en classe de seconde dans trois lycées, un mois avant l'intervention – séance de sensibilisation – par les jeunes relais et un mois après.

L'analyse principale a comparé le groupe « Intervention », composé de 115 jeunes de deux lycées – lycée 1 et lycée 2 – ayant bénéficié du programme, au groupe « Contrôle », composé de 198 jeunes d'un

lycée n'ayant reçu aucune intervention de prévention structurée. Une analyse secondaire a comparé au lycée Contrôle les deux lycées dans lesquels le programme a été mis en œuvre. Dans le lycée 1, les jeunes relais sont volontaires ; dans le lycée 2, ils sont désignés (une classe entière a été désignée par la direction de l'établissement scolaire).

L'objectif principal de l'évaluation est d'évaluer l'efficacité de la séance de sensibilisation animée par les jeunes relais sur les élèves de seconde. L'évaluation de l'efficacité du programme sur les jeunes relais eux-mêmes n'a pu être conduite en raison de leur trop faible effectif (22 jeunes). Un groupe de discussion (*focus group*) a cependant été mené auprès des jeunes relais afin de recueillir leurs opinions et leurs perceptions sur la mise en œuvre des séances de sensibilisation.

Résultats de l'évaluation

Les principaux résultats montrent :

- une absence d'effet de l'intervention sur les consommations, les attitudes et les connaissances ;
- un effet positif de l'intervention sur la capacité perçue à résister à la pression des pairs (concernant la consommation d'alcool) ;
- un effet contre-productif de l'intervention sur l'intention de consommer de l'alcool.

L'analyse secondaire suggère que la modalité de recrutement des jeunes relais par volontariat présente des effets davantage positifs et moins d'effets contre-productifs que le recrutement par désignation.

L'évaluation de processus met en lumière plusieurs faiblesses dans la mise en œuvre du programme :

- manque de crédibilité des jeunes relais auprès de leurs pairs (58% sont perçus comme crédibles) ;
- charge de formation trop importante (28 heures pour les jeunes relais) ;
- variabilité des contenus diffusés lors des séances (notamment concernant les ressources dont disposent les jeunes pour se faire aider et les normes de consommation) ;
- faible recours aux jeunes relais en dehors des séances de sensibilisation (5 %) ;
- forte inégalité d'accès à la prévention entre les jeunes relais (28 heures de formation) et les autres jeunes (2 heures de sensibilisation).

Conclusion

Sur la base des données analysées, les résultats amènent à contre-indiquer la mise en œuvre de ce programme sous sa forme actuelle et à privilégier l'utilisation d'autres stratégies d'intervention efficaces ou d'autres modalités opérationnelles de prévention par les pairs.

Dans l'optique d'une refonte du programme, des propositions fondées sur la littérature scientifique sont formulées afin d'apporter les modifications nécessaires à l'intervention :

- utiliser des critères de recrutement des jeunes relais qui favorisent leur influence (crédibilité, *leadership*) et éviter tout recrutement impliquant une participation obligatoire par désignation ;
- prévoir l'action des jeunes relais également en dehors des séances de sensibilisation (échanges informels et continus tout au long de l'année) ;
- rééquilibrer les durées des séances de prévention délivrées aux jeunes relais (28 heures) et celles délivrées aux autres lycéens (2 heures) ;
- s'assurer que le contenu délivré lors des séances de sensibilisation soit fidèle aux objectifs de l'intervention (cadrer et systématiser les thématiques abordées et leur contenu) ;
- réévaluer le programme pour vérifier qu'il ne produit plus d'effet contre-productif. ■

« L'ÉVALUATION NOUS INCITE À RENFORCER L'ACTION DE PRÉVENTION PAR LES PAIRS »

Que pensent les porteurs de projet de cette évaluation et qu'en retirent-ils pour le futur ?
Témoignage.



Angèle, tableau de laine huchini. © Ville de Marseille, Dist. RMH-Grand Palais / David Giancatalina

Un programme de formation d'élèves « relais » pour faire de la prévention des addictions

Le programme Formation de jeunes relais, construit par les acteurs du territoire, a démarré en 2009, avec une quarantaine de lycéens qui ont élaboré un DVD sur la prévention des addictions (alcool, tabac, cannabis...). Après une évaluation de l'utilisation du DVD seulement par des professionnels, il a été évident pour tous que l'intervention avec des jeunes formés était plus forte. L'idée était de réutiliser cet outil avec d'autres élèves relais de plusieurs établissements. Ces derniers reçoivent une formation de 28 heures afin d'être en mesure d'animer, avec le soutien d'un professionnel, un atelier de sensibilisation auprès de leurs pairs sur la prévention des conduites addictives. Cette expérimentation s'est déroulée pendant plusieurs années. Au vu du coût financier du programme, du temps d'implication à la fois des équipes pédagogiques et des jeunes, et de questionnements sur la pédagogie déployée, nous avons souhaité faire le point sur l'efficacité de cette action. L'évaluation

devait à nos yeux permettre de conforter nos intuitions, fondées sur notre observation du terrain, qui montrait qu'il fallait ajuster ce programme pour être plus efficace. Il y a encore peu de documentation scientifique sur la prévention par les pairs, même si les résultats de recherches actuelles, surtout à l'étranger, sont plutôt prometteurs. Nous étions intéressés par cet appel à projet de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca), car nous partageons le constat que des moyens doivent être alloués à la recherche en prévention et nous sommes favorables au développement d'une culture de l'évaluation.

Ce qu'ils pensent de l'évaluation

Le processus de l'évaluation a été un moment d'enrichissement ; travailler avec des chercheurs a permis de mieux formaliser la démarche, avec des indicateurs plus précis. Toutefois la synthèse de l'évaluation présente les résultats sans nuance, dans la mesure où elle transforme la formation de jeunes relais en projet contreproductif, ce qui nous semble discutable, comme seule conclusion. Comme pour tout programme, des améliorations sont nécessaires, mais c'est avant tout ce que nous attendions de l'évaluation : des préconisations qui permettent de le faire évoluer. Le dispositif de prévention que nous mettons en place n'a été évalué que partiellement, et c'est peut-être là une faiblesse de l'évaluation ; les contraintes de ce processus n'étaient pas forcément en phase avec la temporalité du programme. Celui-ci se focalise sur la formation des jeunes relais, sur leur impact auprès de leurs pairs lors des ateliers et également lors d'autres événements et lors de temps informels. L'évaluation mise en place n'a pu cibler que les effets des ateliers de sensibilisation des élèves par leurs pairs, qui ont été mesurés un mois après l'atelier seulement. Les jeunes relais n'ont pas été mis en avant dans l'évaluation ; le travail qui se fait après l'atelier, dans des temps informels entre élèves, sur une durée suffisante pour avoir un impact (la fréquence, la permanence et la régularité sont les impondérables de cette approche), n'a pas pu être pris en compte. On peut aussi s'interroger sur le fait que les lycéens sensibilisés ont, pour

l'évaluation, été interrogés par questionnaire sur leur intention de consommer une fois les examens passés, à quelques semaines de l'été. Au regard des statistiques, un dernier questionnement concerne la comparaison entre des lycéens issus de lycées professionnels et pour le groupe « Contrôle », des lycéens issus d'un lycée général.

L'impact de l'évaluation sur leur pratique

Certains résultats de l'évaluation corroborent des éléments que nous avons pu identifier de façon empirique. Par exemple, une intervention unique auprès d'un groupe ne suffit pas à faire évoluer les comportements ; c'est pourquoi il faut davantage stimuler l'action auprès des pairs sur le long terme, avec des temps de débriefing après l'atelier, l'organisation de rencontres dans d'autres espaces, etc. D'autre part, l'évaluation montre que les jeunes relais doivent être volontaires et reconnus par leurs pairs ; s'ils sont commis d'office, ce n'est pas efficace, comme l'a montré l'évaluation : un établissement partenaire avait désigné une classe, sans que ce choix ne soit entériné par les élèves. Le volontariat est au cœur de notre démarche ; puis il impose une seconde étape qui est de recruter au sein des volontaires les jeunes ayant un *leadership* reconnu. Le fait que l'évaluation ait mis l'accent sur ce point représente pour nous l'opportunité d'argumenter de façon plus forte auprès des lycées, afin de les convaincre d'adopter cette approche. L'évaluation nous incite à renforcer l'action de prévention par les pairs, en affinant le programme. Dès que nous avons disposé des résultats, nous les avons pris en compte en adaptant l'action avant le déploiement qui était prévu à compter de septembre 2018 dans d'autres départements. Nous suivons les préconisations et nous développons la formation des acteurs intervenants. Et dans cette nouvelle phase, nous nous efforçons de toucher le public qui en a le plus besoin, c'est-à-dire les élèves les plus vulnérables, fragilisés dans leur parcours. Nous analysons également ce qui est difficile de mettre en œuvre de façon opérationnelle. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

Dossier

Prévention des addictions : interventions probantes et évaluation

Prévenir les risques en milieu festif

Carine Mutatayi,
chargée d'études,
Observatoire français des drogues
et des toxicomanies (OFDT),
pôle évaluation des politiques publiques,
Paris.

Depuis 2004, le service en amont (SEA) – service de prévention du centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) – « Les Wads – Comité mosellan de sauvegarde de l'enfance, de l'adolescence et des adultes (CMSEA) » de Metz mène en Lorraine un programme de prévention et de réduction des risques et des dommages en milieu électro-alternatif. Il mobilise de jeunes bénévoles, en majorité familiaux de cette scène festive, formés et coordonnés en intervention par un référent, professionnel du Csapa. Avec le soutien financier de l'agence régionale de santé (ARS) du Grand Est, l'équipe – le référent et quatre à cinq bénévoles par soirée – fournit conseils préventifs, matériels de réduction des risques et des dommages, espace de détente et de réassurance (*chill out*), propose des entretiens individuels et confidentiels *in situ* avec le référent, en accord avec le cadre légal en vigueur¹. Recrutés pour leur capacité d'écoute et d'empathie, les jeunes bénévoles interviennent auprès des « teufeurs » (« fêtards ») en tant que pairs et acteurs-relais communautaires. Le cadre de travail est éprouvant : nocturne, bruyant, souvent en extérieur, dans des lieux isolés, avec des temps de travail de dix heures en moyenne, les forces de l'ordre s'opposant parfois à l'installation de l'équipe sur les lieux.

Méthode d'évaluation

Sous l'égide de la Commission interministérielle de prévention des conduites addictives (Cipca), l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) a évalué ce programme en 2017 [1]. Un essai contrôlé s'est avéré infaisable du fait du public non captif et peu enclin à s'engager dans une enquête répétée. L'utilité du programme a donc été appréciée à l'aune d'indicateurs de perceptions et de recours

en 2017, recueillis par une enquête en ligne auprès de 87 teufeurs lorrains, via le site Facebook du SEA. Des entretiens semi-directifs auprès des parties prenantes – équipe, bénéficiaires, professionnels et décideurs locaux des champs de la santé ou de la sécurité publique – ont également nourri l'analyse.

Résultats de l'évaluation

En 2017, le bilan du programme est le suivant. L'équipe a rencontré 1 670 teufeurs (83 par soirée en moyenne), soit 18,5 % des participants et en a vu 785 en entretien, soit 9 % des participants. Avec 20 sorties annuelles à son actif (sur 14 % des événements électro amateurs lorrains de 2017), le dispositif paraît à saturation.

Parmi les 87 teufeurs enquêtés, 45 ont fait appel à un service de réduction des risques et des dommages lors des 12 derniers mois (dont 30 au service évalué) et 39 en ont été satisfaits. Pour la plupart, les conseils et les matériels de réduction des risques et des dommages leur ont été utiles dans les heures où ils ont été fournis. Les informations recherchées concernent principalement les effets de produits (27 cas), le plus souvent déjà expérimentés (19). En entretien, une teufeuse de 23 ans témoignait de l'utilité du service à ses yeux :

« J'ai repris de l'héroïne, mais j'aimerais bien arrêter. Ben ça, j'ai réussi à en parler avec quelqu'un de la prév' [l'équipe évaluée] et qui m'a parlé de certains centres. [...] Et j'y vais là depuis à peu près un mois et demi. »

Face aux risques accrus lors de ces soirées illégales, les préfetures et l'ARS accueillent favorablement le principe d'un tel programme de réduction des risques et des dommages qui assure une médiation auprès de publics à risque peu accessibles dans des espaces non contrôlés. Ils conviennent du besoin d'une meilleure conciliation entre acteurs de réduction des risques et des dommages et intervenants pour l'application de la loi, tout en respectant les contraintes de chacun. « [...] C'est bien d'avoir des associations qui soient spécialisées pour tout ce que nous ne pouvons pas couvrir. » (Préfeture 54)



Homme au milieu de deux serpents, tableau de Jane Bunicki, auteur José Benitez, musique © Ville de Marseille, Dist. R&M-Grand Palais / David Giancattana

Conclusion

Le programme répond à un besoin et remporte globalement l'adhésion des autorités comme du public-cible. Son coût relatif est de 29 euros par utilisateur en 2017. Néanmoins, sa reconduction est subordonnée à des crédits *ad hoc* annuels et à l'enjeu récurrent du renouvellement des bénévoles.

Au final, l'évaluation invite le porteur à soumettre les matériels d'information utilisés à une expertise externe. Elle préconise de mieux communiquer sur le programme au plan interinstitutionnel dans le cadre de l'animation politique territoriale et de mieux sensibiliser les forces de l'ordre aux dispositions légales autorisant la réduction des risques et des dommages. ■

1. Décret n° 2005-347, loi n° 2016-41.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Mutatayi C. *Prévenir et réduire les risques et les dommages par les pairs en milieu festif électro. Évaluation menée dans le cadre de la Commission interministérielle de prévention des conduites addictives*. Paris : Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2019 : p. 84. En ligne : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxcmz5.pdf>

« L'ÉVALUATION VALIDE LE FAIT QU'AVEC CE PROGRAMME DE PRÉVENTION LES JEUNES SE METTENT MOINS EN DANGER »

Que pensent les porteurs de projet de cette évaluation et qu'en retirent-ils pour le futur ?
Témoignage.

Présentation du programme

« Nous sommes un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) et un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud). Ce programme de prévention et de réduction des risques mené dans le milieu festif électro en Lorraine a été renforcé en 2007, après une série d'overdoses constatée dans les *raves*¹. À partir de ce moment, son originalité a été de s'appuyer sur de jeunes bénévoles issus de ce milieu, que nous formons et qui interviennent pendant les fêtes, encadrés par un professionnel de notre association. Nos « jobbistes », comme nous les appelons, s'engagent à être présents lors de trois ou quatre manifestations dans l'année ; nous assurons une vingtaine d'interventions par an avec sur place : un stand d'information, un espace de retrait et de réassurance (*chill-out*) permettant aux consommateurs victimes de mauvais effets de se reposer, et un camion où se tiennent des entretiens individuels pour les jeunes qui commencent à se questionner.

Motivation pour se faire évaluer

Ce type d'intervention n'avait jamais été évalué de façon importante. Alors que le programme est régulièrement remis en question, il était important de disposer d'éléments probants pour assurer sa pérennité. Répond-il à des besoins ? Est-il efficace ? Les coûts d'intervention sont-ils justifiés en regard du public restreint bénéficiaire de l'action ? C'est l'une des difficultés de la prévention : quand il n'y a plus d'incident, la tentation est forte d'arrêter l'action. Nous n'étions pas en mesure de prouver que la réduction du nombre de situations problématiques rencontrées était imputable à nos interventions.

L'évaluation par un tiers neutre et indépendant nous permettait aussi de nous réinterroger sur notre pratique. C'est l'occasion d'une mise à distance et l'opportunité de

mesurer l'écart éventuel entre nos perceptions et la réalité.

Le regard qu'ils portent sur l'évaluation

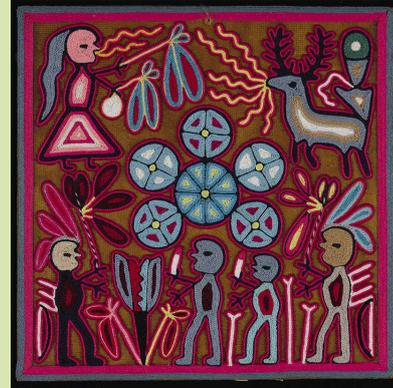
Le processus a été long à mettre en œuvre, mais cela tient à la complexité du cadre de nos interventions : des *raves* qui se déroulent le week-end, la nuit, avec pas mal de « teufeurs » de passage. Les chercheurs qui ont mené l'évaluation ont dû faire preuve de souplesse dans les modalités : ils ont rencontré des fêtards sur le terrain et réalisé une enquête en ligne ; ils sont parvenus à croiser les regards pour avoir une vision systémique et produire une évaluation qui soit la plus juste, fondée sur des faits et pas seulement sur du ressenti... C'est une expérience que nous avons bien vécue, car l'évaluation a été conduite de manière discrète et respectueuse du public ciblé.

Résultats marquants et impact sur les pratiques

Le principal résultat est la démonstration de la pertinence d'une action de prévention fondée sur l'engagement des pairs. En effet, s'il n'est pas possible de mesurer les impacts de l'action sur la consommation de substances, elle réduit cependant les risques qui y sont liés : les jeunes gèrent mieux leur consommation ; l'évaluation valide ainsi le fait qu'avec ce programme de prévention, les jeunes se mettent moins en danger. Il y a une bonne appropriation des messages de prévention délivrés pendant les manifestations ; même s'ils ne sont pas appliqués dans l'immédiat, cela constitue un premier pas qui va jouer sur le moyen terme. Notre programme se déroule dans ces espaces festifs peu contrôlés, pour un public à grande prévalence de risques, qui a peu accès à l'information et à la prévention. Il est désormais cofinancé par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca), en renforcement de l'agence régionale de santé qui poursuit son soutien.

Évolution envisagée du programme

Nous réfléchissons à la façon de mettre en œuvre certaines préconisations qui ont été faites. Il faudrait construire une



Quatre hommes, tableau de laine huichol.
© Ville de Marseille, Dist. RMN-Grand Palais / David Giancattarina

coordination régionale avec les acteurs concernés afin d'assurer une meilleure couverture des *raves*, particulièrement quand elles durent plusieurs jours. Nous travaillons sur le développement d'outils de formation et d'information partagés avec d'autres Caarud. Un autre point a été soulevé par l'évaluation : il faudrait mieux travailler en liaison avec les services de gendarmerie. Ces derniers ne connaissent pas notre programme et traitent nos bénévoles comme les autres « teufeurs », ce qui complique l'intervention. Enfin, les évaluateurs ont recommandé que l'ensemble de nos supports d'information – flyers et affiches « maison » – soient évalués par un organisme extérieur. Nous sommes réservés sur cette préconisation, car notre matériel d'information a été élaboré collectivement avec des équipes partenaires allemandes et belges dans le cadre du programme transfrontalier Magnet. Nous pensons que nous maîtrisons les messages pertinents à transmettre en matière de prévention. » ■

Propos recueillis par **Nathalie Quéruel**, journaliste.

1. Fête de masse, dans une surface en plein air, où les participants dansent sur des musiques techno, électro...

Anpaa : « Améliorer l'efficacité de nos interventions »

Entretien avec Guillaume Quercy,
directeur national des activités,
Association nationale
de prévention en alcoologie
et addictologie (Anpaa).

La Santé en action : Avez-vous recours aux données probantes pour évaluer vos pratiques ?

Guillaume Quercy : L'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie a été fondée en 1872, sous l'impulsion de membres de l'Académie de médecine, dont Louis Pasteur et Claude Bernard. Dès son origine et tout au long de son histoire, l'association a cherché à faire évoluer ses actions dans le cadre exigeant d'une approche fondée sur un état des connaissances le plus à jour possible. Dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention, les données les plus solides en matière de santé publique aux plans national et international servent de base à nos actions de plaidoyer auprès de l'opinion et des pouvoirs publics, à propos de l'alcool ou du cannabis par exemple, visant à créer un environnement plus favorable à la santé. De même, nous orientons le travail de nos professionnels de la prévention vers des stratégies d'intervention qui font la démonstration de leur efficacité. Nous axons nos réflexions et nos actions sur le développement à grande échelle de programmes prometteurs issus de la créativité des professionnels et inscrits dans le cadre de ces stratégies, et de programmes reposant déjà sur des données probantes issues de la recherche.

S. A. : Comment avez-vous intégré dans votre stratégie l'évaluation de l'efficacité de vos actions ?

G. Q. : À l'initiative de notre conseil d'administration et de son président, le Pr Nicolas Simon, nous avons inscrit l'évaluation de nos pratiques dans notre stratégie, ce qui a un impact en termes d'enjeux prioritaires d'élaboration d'actions, de ressources humaines et de recherche. Par exemple, nous travaillons à mieux associer d'une part, la force d'initiative de professionnels aguerris au contact des publics – et dont les métiers doivent être mieux reconnus – et d'autre part, la force de la recherche scientifique menée en coopération avec le terrain, ceci afin d'améliorer en continu la qualité et donc l'efficacité de

L'ESSENTIEL

▣

▣ **L'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa) met en œuvre des programmes en métropole et dans les départements d'outre-mer. Elle intègre dans sa stratégie l'évaluation de l'efficacité de ses actions.**

nos interventions. C'est aussi une question de responsabilité pour une association comme la nôtre, reconnue d'utilité publique et présente partout en métropole et à l'île de la Réunion, que de s'engager auprès des pouvoirs publics à veiller à ce que les fonds mobilisés par la Nation pour la prévention puissent avoir un impact maximum. La réussite de cette stratégie implique que nos partenaires, l'État, les agences régionales de santé (ARS) et aussi les acteurs de la recherche, des territoires participent à la construction d'un écosystème favorable à l'innovation en prévention qui s'inscrit dans la durée. Nous constatons avec satisfaction que plusieurs ARS vont dans ce sens.

S. A. : Quelles actions répondant à ces exigences avez-vous mises en œuvre ?
G. Q. : Nous pouvons en citer trois qui illustrent les différents stades ou niveaux intégrant cette stratégie.

Nous avons récemment eu communication des résultats de l'évaluation de l'une de nos actions de prévention. L'équipe à l'origine de l'action s'était portée candidate auprès de la Commission interministérielle de prévention des conduites addictives (Cipca) pour bénéficier de cette évaluation, car elle voulait en modéliser les composantes pour ensuite les évaluer et les améliorer. C'est la preuve d'un grand professionnalisme de cette équipe qui se soucie, par-delà la satisfaction générée le plus souvent par toutes les actions de prévention auprès des publics, de leur efficacité. Il s'agit à présent de capitaliser sur les savoirs acquis dans le cadre de cette évaluation.

Un second exemple porte sur le programme prometteur « Une affaire de famille ! », dont l'auteure canadienne Line Caron a confié à l'Anpaa le déploiement en France dans le cadre d'une convention d'exclusivité. Le

programme vise à agir tôt, en habilitant les parents à briser la répétition générationnelle des souffrances familiales, pour permettre aux enfants de grandir dans un environnement protecteur. Après une première évaluation réalisée au début des années 2000 au Québec, nous avons fait procéder à une nouvelle évaluation complémentaire. Les résultats qualitatifs présentés en mars 2018 par leur auteur, Thierry Malbert, maître de conférences en sciences de l'éducation à l'université de l'île de la Réunion, ont confirmé le caractère prometteur de l'intervention. Nous allons poursuivre cette démarche évaluative pour tendre vers une modélisation et une évaluation ; nous formulons l'hypothèse qu'elle confirmera les effets positifs constatés lors des entretiens réalisés avec les stagiaires et les professionnels, et qu'elle concourra à renforcer sa transférabilité au profit du plus grand nombre de familles possible.

Enfin, nous pouvons citer le déploiement du programme *Good Behavior Game*¹ (GBG) en partenariat avec l'association Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale (GRVS) et sous la coordination de Catherine Reynaud-Maurupt, dans le cadre d'un projet financé par le fonds de lutte contre le tabac. Les données probantes sont réunies puisque le programme – tel que nous le déployons en Grand Est et prochainement en Normandie et en Île-de-France – a fait l'objet de deux études de cohorte aux États-Unis et aux Pays-Bas. Elles ont démontré que ce programme ciblant des enfants d'âge scolaire avait des effets très positifs en matière de prévention des conduites addictives notamment, à leur entrée dans l'âge adulte. Dans le cas particulier de ce programme, les professionnels de la prévention n'interviennent pas auprès des enfants. Ils accompagnent les enseignants pour faire évoluer leurs pratiques professionnelles en matière de gestion de classe, car ces changements ont des effets significatifs sur l'acquisition des compétences psychosociales par les élèves qui ensuite, parviennent à orienter leurs choix avec des effets favorables sur leur santé. ▣

1. Le jeu du bon comportement.

Fédération Addiction : « *Intervenir en prévention en s'appuyant sur des données probantes* »

Entretien avec
Nathalie Latour,
déléguée générale,
Fédération Addiction.

La Santé en action : Comment intégrez-vous la question des données probantes et de l'évaluation dans vos pratiques ?

La Fédération Addiction regroupe les acteurs du champ de la prévention des addictions et leur apporte une réflexion et un soutien dans leurs pratiques professionnelles face aux évolutions¹. Elle organise des échanges pour faire remonter les pratiques de terrain, dans une démarche participative. Les pratiques sont confrontées avec les données probantes : le maître mot est que les pratiques professionnelles doivent s'adapter et évoluer, que les actions de prévention mises en œuvre puissent faire la preuve de leur efficacité pour les populations qui en bénéficient.

Lorsque les pouvoirs publics ont décidé en 2012 de relancer les consultations jeunes consommateurs (CJC), la Fédération Addiction a pris une part active à cette remobilisation pour organiser sur les territoires une offre de service cohérente et adaptée à l'évolution des problématiques d'usage des adolescents. Les travaux de l'expertise collective de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) *Conduites addictives chez les adolescents* [1], ont été un point d'appui important pour construire les orientations s'inscrivant dans une stratégie d'intervention précoce. Cette dernière vise à promouvoir un environnement favorable et à raccourcir le délai entre les premiers signes d'une possible pathologie et la mise en œuvre de réponses adaptées.

Intervenir en amont des usages problématiques consiste à partager avec les autres professionnels de l'adolescence une culture commune et à faire converger des actions. Intervenir en prévention en s'appuyant sur les données probantes permet de sortir des représentations et de partager un cadre commun de travail, notamment sur la prévention :

- cesser de raisonner par catégories de drogues – certaines seraient bonnes d'autres mauvaises – et de focaliser sur certains produits ;

- s'intéresser à ce qu'apportent ces substances aux personnes qui les utilisent (plaisir, soulagement, socialisation) ;
- soutenir les compétences psychosociales et l'estime de soi de la personne ;
- avoir une approche globale de la personne pour promouvoir sa santé, c'est-à-dire créer un environnement favorable ;
- permettre aux enfants, adolescents et parents de bénéficier de programmes de développement des compétences psychosociales.

S. A. : Quel type de programme de prévention pilotez-vous avec cette exigence de prendre en compte des données probantes ?

Plusieurs structures adhérentes de la Fédération Addiction se sont mobilisées en mettant en œuvre des programmes de prévention, soit évalués et validés au niveau international, soit conçus en s'appuyant sur des interventions probantes et en les adaptant au contexte français. Ces acteurs ont souhaité s'appuyer sur un espace fédératif pour mutualiser les pratiques, c'est la raison pour laquelle la Fédération Addiction a créé avec eux une plateforme d'appui collaborative, qui fournit une méthodologie pour transmettre et diffuser ces programmes dans le cadre d'une démarche qualité, c'est-à-dire en étant garant du respect des données probantes. Cette plateforme a aussi permis de développer à plusieurs des programmes de recherche interventionnelle.

Nous pouvons notamment citer les travaux autour du programme *Unplugged*², du programme de soutien aux familles et à la parentalité PSFP 12-16³, des programmes *Primavera*⁴ ou *Bien jouer*⁵.

En 2017, nous avons obtenu un soutien de l'Institut national du cancer (INCa) pour structurer et mettre en œuvre un modèle de diffusion du programme *Unplugged* qui s'appuie sur les résultats de l'évaluation menée par Santé publique France pour la Commission interministérielle de prévention des conduites addictives (Cipca) de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) sur l'adaptation de ce programme conduite par le pôle prévention et la CJC de l'Association pour l'écoute en addictologie et toxicomanies – Association des collectifs enfants-parents (Apleat-Acep) à Orléans.

L'ESSENTIEL

► **Acteur fédérateur dans le champ de la prévention, la Fédération Addiction explique comment les données probantes et l'évaluation sont les ingrédients d'une culture commune qui lie les intervenants de terrain.**

À l'issue de cette expérimentation, plus de 800 élèves auront été touchés. Un pool de ressources d'environ 30 personnes – soit 15 structures, sur le territoire français – sera apte à mettre en œuvre *Unplugged* et à former d'autres équipes et aussi des professeurs dans d'autres collèges. ■

1. La Fédération Addiction a pour but de constituer un réseau au service des professionnels accompagnant les usagers dans une approche médico-psychosociale et transdisciplinaire des addictions. Pour former un réseau national représentatif de l'addictologie, l'association fédère des dispositifs et des professionnels du soin, de l'éducation, de la prévention, de l'accompagnement et de la réduction des risques.

2. Apleat-Acep, Kairn 71, Centre Victor-Segalen, observatoire territorial des conduites à risque de l'adolescent (Oetra) de l'université de Grenoble.

3. Kairn 71, Cedragir.

4. Oppelia.

5. Société d'entraide et d'action psychologique (Sedap).

Pour en savoir plus

- <https://www.federationaddiction.fr>

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement*. Paris : éditions Inserm, 2014 : 77 p. En ligne : https://www.inserm.fr/sites/default/files/media/entity_documents/Inserm_EC_2014_ConduitesAddictivesAdolescents_Synthese.pdf

Une base Internet d'interventions probantes en prévention et promotion de la santé



Cercle, tableau de laine huichol, Mexique. © Ville de Marseille, Dist. RMW-Grand Palais / David Giancattana

Corinne Verry-Jolivet,
chargée de projet scientifique,
Direction de la prévention
et de la promotion de la santé,
Santé publique France.

La Direction générale de la santé pilote le développement d'une prévention scientifiquement fondée en s'inscrivant dans les préconisations de la Stratégie nationale de santé. Elle a confié à Santé publique France la mise en place d'un registre français d'interventions validées ou prometteuses, disponible sur Internet. À dater de juin 2019, une centaine d'interventions sont recensées dans la base dans différents domaines : addictions (tabac, alcool, drogues) ; maladies transmissibles et non transmissibles ; nutrition ; activité physique ; parentalité ; petite enfance, enfance, adolescence ; précarité ; promotion de la santé ; réduction des inégalités ; santé au travail ; santé mentale ; santé sexuelle ; vaccination ; vieillissement.

Ce portail des interventions probantes vise à aider les décideurs et les acteurs locaux à choisir des interventions adaptées, à valoriser une prévention scientifiquement fondée et à permettre l'articulation entre la recherche et les pratiques de terrain. La recherche de l'efficacité et de l'efficience des actions publiques est une préoccupation croissante aux niveaux national et international, par le choix d'approches fondées sur des preuves. Le patrimoine existant de la recherche en prévention et en promotion de la santé reste peu utilisé, car peu accessible. La circulation de la connaissance acquise nécessite donc des interfaces et une médiation pour les décideurs et les chefs de projet ayant besoin de mettre en œuvre des modes opératoires efficaces.

La première version du portail – actuellement accessible – présente une sélection d'interventions, principalement dans le contexte français, déjà évaluées et ayant donné lieu à au moins une publication. Elle est constituée de programmes soit déjà implantés, soit

en cours d'expérimentation ou de déploiement. Non exhaustive, elle est vouée à s'enrichir de nouvelles actions. Chaque programme renvoie à une fiche de synthèse contenant le résumé de l'intervention, les contacts, les ressources, les publications.

La seconde version du portail verra – à compter de 2020 et progressivement – le niveau d'efficacité de chaque intervention renseigné et ajouté à la fiche de synthèse, après analyse par des relecteurs experts du domaine concerné, via une grille comportant différents critères de preuve. ■

Contact : registre-interventions
@santepubliquefrance.fr

Pour en savoir plus

- <http://www.santepubliquefrance.fr/Sante-publique-France/Interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante>

Afin de compléter ce dossier central consacré à la prévention des addictions, le « Pour en savoir plus » réunit un ensemble de références (articles, rapports et ouvrages) sur les données de consommations et la prévention des conduites addictives. Vous trouverez également les rapports d'évaluation des programmes de la Commission interministérielle de prévention des conduites addictives (CIPCA). Un ensemble de site Internet sont cités en fin de rubrique concernant les compétences psychosociales, la prévention des conduites addictives et les organismes majeurs de la prévention des addictions.

Manon Jeuland,
documentaliste,
Direction scientifique et international,
Santé publique France.

DONNÉES DE CONSOMMATION

• **Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Drogues et addictions, données essentielles.** Saint-Denis : OFDT, 2019 : 199 p. En ligne : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DADE2019.pdf>

• **Spilka S., Godeau E., Le Nézet O., Ehlinger V., Janssen E., Brissot A., et al. Usages d'alcool, de tabac et de cannabis chez les adolescents du secondaire en 2018.** *Tendances*, 2019, n° 132 : 4 p. En ligne : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxssz6.pdf>

• **Spilka S., Le Nézet O., Janssen E., Brissot A., Philippon A. Les drogues à 17 ans : analyse régionale - Enquête ESCAPAD 2017.** Saint-Denis : OFDT, 2018 : 54 p. En ligne : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfssy9.pdf>

• **Beck F., Adès J.-E., Lermenier-Jeannet A., Cadet-Taïrou A., Le Nézet O., Mutatayi C., et al. Jeunes et addictions, éléments de synthèse.** *Tendances*, 2016, n° 114 : 4 p. En ligne : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/jeunes-et-addictions-tendances-114-decembre-2016/>

• **Mutatayi C., Spilka S. Repérage des usages problématiques de cannabis au lycée. Évaluation de processus et de résultats.** Saint-Denis : OFDT, 2016 : 28 p. En ligne : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2016/reperage-des-usages-problematiques-de-cannabis-au-lycee-evaluation-de-processus-et-de-resultats/>

• **Spilka S., Le Nézet O., Mutatayi C., Janssen E. Les drogues durant les « années lycée ». Résultats de l'enquête ESPAD 2015 en France.** *Tendances*, 2016, n° 112 : 4 p. En ligne : <https://www.ofdt.fr/index.php?cID=896>

• **Spilka S., Ngantcha M., Mutatayi C., Beck F., Richard J.-B., Godeau E. La santé des collégiens en France / 2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Expérimentations de produits psychoactifs.** Saint-Maurice : Santé publique France, 2016 : 10 p. En ligne : <https://eduscol.education.fr/cid110121/parution-des-resultats-de-l-enquete-hbsc-sur-la-santedes-collegiens.html>

• **Beck F., Richard J.-B. Les comportements de santé des jeunes, analyses du Baromètre santé 2010.** Saint-Denis : Inpes, 2013 : 344 p.

• **Spilka S., Mutatayi C., Le Nézet O., Navarro F., Godeau E. Tabagisme et adolescence en 2010-2011. Actualité et dossier en santé publique**, 2012, n° 81 : p. 23-28.

• **Beck F., Legleye S., Obradovic I., Mutatayi C., Cohen B., Karila L. Les plus jeunes adolescents face aux drogues : repérage des usages problématiques et éléments de réponse institutionnelle en France.** *Médecine/Sciences*, 2008, vol. 24, n° 8-9 : p. 758-767.

• **Nguyen-Thanh V., Guignard R. Consommation d'alcool, comportements et conséquences pour la santé.** *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, 2019, n° 5-6 : 31 p.

PRÉVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES

GÉNÉRALITÉS

• **Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. L'essentiel sur... les jeunes et l'alcool : prévenir les conduites à risques et protéger les jeunes, un enjeu qui nous concerne tous.** Paris : Mildeca, 2019 : 4 p. En ligne : https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/mildeca_dossier_essentiel-sur-les-jeunes-et-lalcool_2019-02.pdf

• **Chabert S., Delorme C., Ecoffey R., Mairat K., Rouby S., Ruiz C., et al. Prévenir les addictions auprès**

- des jeunes. **Référentiel d'intervention régional partagé.** Dijon : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) Bourgogne Franche-Comté, 2018 : 64 p.
- **Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022.** Paris : Mildeca, 2018 : 129 p. *En ligne* : https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_mildeca_2018-2022_def_190212_web.pdf
 - **Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, Prisse N. Dossier Mildeca « Jeunes, addictions & prévention ».** Paris : Mildeca, 2018 : 40 p. *En ligne* : https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/mildeca_dossier_jeunes_addictions_2018-03-10.pdf
 - **O'Neills S., Landriault J.-P. Les interventions de renoncement au tabac chez les jeunes adultes.** Québec : INSPQ, 2018 : 62 p.
 - **Atelier citoyen. Avis de l'atelier citoyen : prévention des conduites addictives en milieu scolaire. L'école doit-elle intégrer dans ses enseignements la prévention des conduites addictives ?** Paris : Mildeca, 2017 : 9 p. *En ligne* : https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/avis_citoyens.pdf
 - **Mutatayi C. Prévenir les conduites addictives chez les jeunes. In: Beck F. (dir.). Jeunes et addictions.** Saint-Denis : OFDT, 2016 : p. 129-134. *En ligne* : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/JADpartie5.pdf>
 - **Gamache L., Stich C. Synthèse des connaissances sur la prévention du tabagisme en milieu scolaire. Mise à jour 2014.** Québec : INSPQ, 2015 : 52 p. *En ligne* : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1961_prevention_tabagisme_scolaire_2014.pdf
 - **Bauchet E., Beck F., Couteron J.-P. Jeunes et addictions : évolution des comportements et des pratiques professionnelles. La Santé en action,** septembre 2014, n° 429 : 54 p. *En ligne* : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/141149/2117232>
 - **Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Conduites addictives chez les adolescents : Usages, prévention et accompagnement.** Paris : Les éditions Inserm, coll. Expertise scientifique, 2014 : 492 p.
 - **Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Conduites addictives chez les adolescents : Usages, prévention et accompagnement. Principaux constats et recommandations. [Synthèse].** Paris : Les éditions Inserm, coll. Expertise collective, 2014 : 77 p. *En ligne* : https://www.inserm.fr/sites/default/files/media/entity_documents/Inserm_EC_2014_ConduitesAddictivesAdolescents_Synthese.pdf
 - **Nguyen-thanh V., Haroutunian L., Lamboy B. Les dispositifs efficaces en matière de prévention et d'aide à distance en santé : une synthèse de littérature.** Saint-Denis : Inpes, 2014 : 53 p.
 - **Gagnon H., April N., Tessier S. L'usage de substances psychoactives chez les jeunes québécois : meilleures pratiques de prévention.** Québec : INSPQ, 2012 : 46 p. *En ligne* : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1488_usagesubstpsyoactjeunes_meillepratiquesprev.pdf
 - **Mutatayi C., Díaz Gómez C. La prévention et les dispositifs d'écoute et de soutien. In: Costes J.-M. Cannabis, données essentielles.** Saint-Denis : OFDT, 2007 : p. 114-122. *En ligne* : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/cannabis-donnees-essentielles/>
- ### COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES
- **Comité interministériel pour la santé. Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie.** Paris : Direction générale de la santé, 2018. *En ligne* : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180326-dossier_de_presse_priorite_prevention.pdf
 - **Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie. Feuille de route Santé mentale et psychiatrie.** Paris : ministère des Solidarités et de la Santé, 2018 : 30 p. *En ligne* : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf
 - **Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022.** Paris : ministère des Solidarités et de la Santé, 2017 : 104 p. *En ligne* : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf
 - **Mutatayi C. Les approches psychosociales, mode efficace de prévention. In: Beck F. (dir.). Jeunes et addictions.** Saint-Denis : OFDT, 2016 : p. 140-143. *En ligne* : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/JADpartie5.pdf>
 - **Lamboy B., Fortin J., Azorin J.-C., Neka M. Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes. La Santé en action,** 2015, n° 431/ 50 p. *En ligne* : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/141417/2118162>
 - **Du Roscoët E., Clément J., Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation de substances illicites chez les jeunes : synthèse de la littérature. Santé Publique,** 2013, vol. S1, n° Hors-Série 1 : p. 47-56.
 - **Guillemont J., Clément J., Cogordan C., Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes : synthèse de la littérature. Santé Publique,** 2013, vol. S1, n° Hors-Série 1 : p. 37-45.



Plante de peuplier, tableau de laine huilée, auteur, José Benítez.
© Ville de Marseille, Di.é. BMM-Centri Palais / David Gianastarino. Art amé-rincien pour l'ensemble des illustrations

• Wilquin J.-L., Clément J., Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention du tabagisme chez les jeunes : synthèse de la littérature. *Santé Publique*, 2013, vol. S1, n° Hors-Série 1 : p. 65-74.

PRÉVENTION PAR LES PAIRS

• Amsellem-Mainguy Y., Le Grand E. Éducation pour la santé des jeunes : la prévention par les pairs. *Cahiers de l'action*, 2014, n° 43 : 100 p.

• Inserm. Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement. Paris : les éditions Inserm, 2014 : 482 p.

• Les jeunes et l'éducation pour la santé de tous. *La Santé de l'homme*, 2012, n° 421 : 50 p.

MILIEU FESTIF

• Mutatyi C. Prévenir et réduire les risques et les dommages par les pairs en milieu festif électro. Saint-Denis : OFDT, 2019 : 86 p. En ligne : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2019/prevenir-et-reduire-les-risques-et-les-dommages-par-les-pairs-en-milieu-festif-electro/>

• Bourquet D., Cherifi D., Coupiat P. Manifestations festives et intervention sociale. L'expérience d'Aurillac. *VST - Vie sociale et traitements*, 2004, vol. 84, n° 4 : p. 94-100.

• Devriendt W., Evenepoel T. De « Bedrogen » à « Partywise ». Des campagnes de sensibilisation pour la prévention des drogues dans la vie nocturne belge. *Psychotropes*, 2003, vol. 9, n° 3 : p. 185-194.

ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

• Miller W.R., Rollnick S. L'entretien motivationnel – Aider la personne à engager le changement. Paris : InterEditions, 2^e édition, 2019 : 448 p.

• Couteron J.-P. Les Consultations jeunes consommateurs (CJC). L'intervention précoce pour répondre aux conduites addictives des jeunes. *VST - Vie sociale et traitements*, 2016, vol. 129, n° 1 : p. 7-11.

• Wagner C., Ingersoll K. Pratique de l'entretien motivationnel en groupe. Paris : InterEditions, 2015 : 560 p.

• Phan O., Muriel L. Un nouveau modèle de thérapie. *Les Cahiers dynamiques*, 2012, vol. 56, n° 3 : p. 32-40.

• Laurin C., Lavoie K. L. L'entretien motivationnel et les changements de comportements en santé. *Perspectives Psy*, 2011, vol. 50, n° 3 : p. 231-237.

• Naar-King S., Suarez M. L'entretien motivationnel avec les adolescents et les jeunes adultes. Paris : InterEditions, 2011 : 320 p.

CROYANCES NORMATIVES

• Kindelberger C., Acier D., Chevalier C., Guibert E. L'enjeu de la subjectivité des adolescents face aux mesures de prévention de l'alcool et du tabac. *Drogues, santé et société*, 2016, vol. 14, n° 2 : p. 24-42.

• Rège-Walther M., Bertholet N., Peytremann-Bridevaux I. Le feedback normatif peut-il diminuer la consommation excessive d'alcool des étudiants ? *Revue médicale suisse*, 2010, n° 6 : p. 151.

ÉVALUATION

• Felvinczi K., Sebestyén E., Mutatayi C., Malczewski A., *the European Prevention Standards Partnership*. Boîte à outils EDPQS n°1 : Sélectionner des actions de qualité en en vue de leur financement et leur soutien (Boîte à outils « Financement et décision »). Guide de politiques - Partie 1 : Enjeux de la sélection d'actions de prévention de haute qualité. Liverpool : Centre for Public Health, 2015 : 19 p. En ligne : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/EDPQStoolkit1part1FR2015.pdf>

• Felvinczi K., Sebestyén E., Mutatayi C., Malczewski A., *the European Prevention Standards Partnership*. Boîte à outils EDPQS n°1 : Sélectionner des actions de qualité en prévention des drogues en vue de leur financement et leur soutien (Boîte à outils « Financement et décision »). Guide de politiques - Partie 2 : Questions-clés pour promouvoir une haute qualité en prévention des addictions. Liverpool : Centre for Public Health, 2015 : 16 p. En ligne : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/EDPQStoolkit1part2FR2015.pdf>

• Felvinczi K., Sebestyén E., Mutatayi C., Malczewski A., *the European Prevention Standards Partnership*. Boîte à outils EDPQS n°1 : Sélectionner des actions de qualité en prévention des drogues en vue de leur financement et leur soutien (Boîte à outils « Financement et décision »). Checklist d'évaluation des critères de qualité. Liverpool : Centre for Public Health, 2015 : 37 p. En ligne : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/EDPQStoolkit1checklistFR2015.pdf>

• Berber H., Mutatayi C. Standards de qualité européens de prévention des usages de drogues : un guide rapide. Saint-Denis : OFDT, 2014 : 35 p.

• Costes J.-M., Mutatayi C. La prévention est-elle évaluable, peut-on démontrer son efficacité ? In : « La prévention. Quelle politique ? Quelles actions ? ». 1^{ères} Assises nationales de la FFA. Réunion de la SFA. *Alcoologie et Addictologie*, 2005, vol. 27, n° 4, p. 350-351.

• Fontaine D., Beyragued L., Miachon C. Référentiel commun en évaluation des actions et programmes santé et social. Lyon : Espace régional de santé publique, 2004, 86 p. En ligne : <http://prc-ra.org/upl/dl.asp?c=310&n=001454>

ÉVALUATION DES PROGRAMMES CIPCA

• Gillaizeau I. Évaluation d'un programme de prévention des consommations de substances psychoactives auprès de jeunes apprentis du BTP. Projet évalué en 2016-2017 par Santé publique France. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019 : 129 p. En ligne : https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/apport_programme_btp_mai_bat.pdf

• Gillaizeau I. Évaluation d'un programme de prévention par les pairs des consommations de substances

psychoactives. Projet évalué en 2016-2017 par Santé publique France. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019 : 157 p. En ligne : https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/rapport_programme_pairs_mai_bat.pdf

• Lecrique J.-M. Rapport d'évaluation du programme « Unplugged » dans le Loiret. Projet porté par l'Association pour l'écoute et l'accueil en addictologie et toxicomanies (Orléans) et évalué en 2016-2017 par Santé publique France. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019 : 169 p. En ligne : https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/rapport_programme_unplugged_mai_bat.pdf

• Lecrique J.-M. Rapport d'évaluation du programme « Avenir sans Tabac ». Projet du Souffle 64 (Pau), évalué en 2016-2017 par Santé publique France. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019 : 189 p. En ligne : https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/rapport_programme_avenir_sans_tabac_mai_web.pdf

• Mutatayi C. Prévenir et réduire les risques et les dommages par les pairs en milieu festif électro. Évaluation menée dans le cadre de la Commission interministérielle de prévention des conduites addictives. Paris : OFDT, 2019 : 86 p. En ligne : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2019/prevenir-et-reduire-les-risques-et-lesdommages-par-les-pairs-en-milieu-festif-electro/>

SITES INTERNET

COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES ET MILIEU SCOLAIRE

• Le cartable des compétences psychosociales est un site ressource pour les équipes éducatives en milieu scolaire pour leur permettre de renforcer les compétences psychosociales des enfants et pré-adolescents de 8 à 12 ans. <http://www.cartablecps.org>

• « Les compétences psychosociales des enfants et jeunes ados (3-15 ans) », dossier réalisé par l'agence régionale de santé d'Ile-de-France, présente les concepts et enjeux autour des compétences psychosociale et propose bon nombre de contenu (retours d'expérience, méthodes outils, etc.) pour vous aider à monter un projet lié aux compétences psychosociales. <https://www.promosante-idf.fr/dossier/cps>

• L'école promotrice de santé est une des 25 mesures phares de la politique de prévention qui ont été présentées par le Comité interministériel de la santé en 2018. Cette page du site Internet du ministère de l'Éducation nationale présente cette mesure qui promeut le bien-être des élèves, le renforcement des attitudes favorables à la santé et la prévention des conduites à risques. <https://www.education.gouv.fr/cid128400/priorite-prevention-l-ecole-promotrice-de-sante.html&xtmc=compeacutetencespsychosociales&xtnp=1&xtr=3>

• **Le parcours éducatif de santé** est présenté ici sur le site Éduscol qui rappelle les enjeux de ce dispositif et qui propose des ressources pour travailler avec les élèves, des parcours de formation M@gistère pour les enseignants et des exemples de projets mis en place dans certaines académies.

<https://eduscol.education.fr/cid105644/le-parcours-educatif-de-sante.html>

• **En santé à l'école** est un programme de renforcement des compétences psychosociales en milieu scolaire, mené par l'Ireps Pays de la Loire. On retrouve sur le site des informations sur les CPS, les rapports d'évaluation du programme et les prestations que propose l'Ireps pour accompagner et former les professionnels pour mettre en place ce programme.

<http://www.ensantealecole.org>

PRÉVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES

• **Addict'Aide**, le village des addictions, s'adresse aux consommateurs de substance, à leurs proches et aux professionnels de santé. Cette plateforme propose un ensemble de contenus pour comprendre l'addiction, un annuaire de professionnels à qui s'adresser pour soi ou ses proches ainsi qu'un forum d'entraide animé par des patients experts.

<http://www.addictaide.fr/>

• **L'Association pour l'écoute et l'accueil des toxicomanes**, gère, entre autre, des établissements et services sociaux et médico-sociaux dans le domaine de l'addictologie, met en œuvre des programmes de prévention et propose des formations pour les professionnels en contact avec des personnes présentant des conduites addictives.

<http://www.apeat.com/>

• **Le Catalogue des interventions probantes ou prometteuses en prévention et promotion de la santé** est constitué par Santé publique France. Il a pour but d'aider les décideurs et acteurs locaux à choisir des interventions adaptées à leurs besoins. Il contient principalement des interventions mises en place en France.

<https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante>

• **Le MAAD digital** est un média d'information scientifique sur les addictions qui a pour but de produire et diffuser ses contenus en direction des jeunes. C'est un projet créé en 2013 porté par l'Institut national de santé et de recherche médicale (Inserm).

<http://www.maad-digital.fr/>

• La page sur la **Prévention des conduites addictives en milieu scolaire** du site du ministère de l'Éducation nationale synthétise les éléments mis en place pour la prévention des conduites addictives en milieu scolaire et propose une liste de sites ressources, documents à consulter et textes juridiques de référence.

<https://www.education.gouv.fr/cid115033/prevention-des-conduites-addictives.html&xtmc=compeacutetencespsycho-sociales&xtnp=1&xtrc=4>

• **Tabac-info-service, drogues-info-service et alcool-info-service** sont trois sites Internet d'aide à distance où l'on peut trouver toutes les informations concernant le tabac, les drogues et l'alcool et les effets négatifs qu'ils ont sur la santé. Ils permettent aussi aux consommateurs de s'interroger sur leurs consommations et proposent de les aider à les réduire mais aussi d'aider un proche qui souhaite arrêter. Pour chaque site, une ligne téléphonique et un tchat sont dédiés pour se mettre en relation avec un professionnel formé aux problèmes d'usage et de dépendance de ces produits.

<https://www.tabac-info-service.fr/>

<http://www.drogues-info-service.fr/>

<https://www.alcool-info-service.fr/>

• La base de données **Xchange prevention registry** est un registre d'interventions probantes pour les programmes qui traitent des problèmes liés à la consommation d'alcool ou de drogues et d'autres liés à la délinquance ou à la violence. Le registre compte 38 programmes actifs ou pouvant être utilisés en Europe, et ont fait l'objet d'une évaluation dans au moins un pays européen.

<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange>

ORGANISMES

• **L'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie** (Anpaa) est une association reconnue d'utilité publique et agréée d'éducation populaire. Elle a pour objet de prévenir les risques et réduire les dommages causés par les addictions en apportant un accompagnement et des soins. Elle propose également des formations aux professionnels de santé autour de l'addictologie.

<https://www.anpaa.asso.fr>

• **La Fédération Addiction** est le premier réseau d'addictologie qui regroupe 205 associations (800 établissements de santé de prévention, soins, réduction des risques) et 500 acteurs de ville. Ce réseau a pour but de regrouper les acteurs de l'addictologie, de réfléchir aux évolutions, de soutenir le réseau de professionnels dans son organisation et de représenter ses adhérents auprès des décideurs.

<https://www.federationaddiction.fr/>

• **La mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives** (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.

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

• **L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies** (OFDT) est un groupement d'intérêt public qui a pour objectif d'éclairer les pouvoirs publics, les professionnels du champ et le grand public sur le phénomène des drogues et des addictions. Il réalise de nombreuses enquêtes sur les substances licites et illicites en France.

<https://www.ofdt.fr>

Les références ont été classées par ordre chronologique inversé puis par ordre alphabétique. Les sites Internet ont été classés par ordre alphabétique. Les liens mentionnés ont été consultés le 26/06/2019.

« La distance et l'anonymat de Fil Santé Jeunes : un cadre propice pour parler de son intimité »

Entretien avec

Mirentxu Bacquerie,

directrice générale de l'école des parents et des éducateurs (EPE) d'Île-de-France, directrice des services d'aide à distance (Fil Santé Jeunes).

La Santé en action : Quelles sont les principales missions du dispositif d'aide à distance que vous dirigez ?

Mirentxu Bacquerie : Fil Santé Jeunes¹, qui a été mis en place en 1995, bénéficie ainsi de plus de 20 ans d'expérience dans ses actions auprès des jeunes de 12 à 25 ans. À savoir : écouter, informer, et aussi orienter. Nous n'avons pas vocation à suivre ces jeunes ; l'orientation est donc une mission aussi fondamentale que l'écoute pour que les personnes qui joignent le Fil sachent comment rencontrer ensuite un professionnel de santé en face à face, s'ils en ont besoin. Nous ne nous substituons pas à ces spécialistes, nous orientons les jeunes vers eux, au plus près de leur lieu d'habitation, en fonction des moyens des territoires.

S. A. : Qui sont les écoutants de Fil Santé Jeunes ?

M. B. : C'est une équipe de 30 personnes, représentant 15 équivalents temps plein (ETP), aux compétences professionnelles complémentaires. Si la plupart sont psychologues, il y a aussi deux médecins, une conseillère conjugale et familiale, un spécialiste des sciences de l'éducation. Ils répondent aux appels des jeunes au téléphone ou sur le site Internet, de 9 heures à 23 heures, tous les jours de l'année,

y compris pendant les fêtes. Nous les formons à l'écoute à distance ; ils bénéficient d'un coaching important, avec un système de double écoute, pour être opérationnels. En 2017, l'équipe a conduit 23 000 entretiens, que ce soit au téléphone (17 000) ou sur le chat² (6 000).

S. A. : Quel déclencheur motive les jeunes à appeler le service ?

M. B. : Il est difficile de connaître l'origine de cette sollicitation. Ce sont des questions qu'ils se posent, un sujet qui les préoccupe ou un besoin de parler de leur santé qui les amènent à se renseigner. Ils cherchent souvent des informations sur Internet, ce qui provoque plus d'interrogations, voire d'inquiétude que ça n'apporte de réponses. Alors, ils joignent le Fil, qui leur paraît être un service sérieux, pour vérifier si les informations qu'ils ont lues sont justes et/ou pour se rassurer. Le principal thème abordé porte sur la sexualité, les transformations du corps à l'adolescence, la contraception, qui constituent la moitié des appels et des chats. Viennent ensuite les difficultés psychologiques, du mal-être à la crise suicidaire, qui représentent un quart des sollicitations. Il est nécessaire, dans certains cas extrêmes, de lever l'anonymat avec l'accord de la personne pour la secourir. Ainsi, en 2017, 19 sorties d'anonymats ont été effectuées, conduisant à une intervention extérieure dans le cadre d'une aide à personne en péril ; parmi elles, 17 concernaient des jeunes en crise suicidaire et deux, des violences intra-familiales et des agressions sexuelles sur mineur. Enfin, 11 % des demandes ont trait aux relations personnelles, y compris familiales.

« EN 2017, 19 SORTIES D'ANONYMATS ONT ÉTÉ EFFECTUÉES, CONDUISANT À UNE INTERVENTION EXTÉRIEURE DANS LE CADRE D'UNE AIDE À PERSONNE EN PÉRIL. »

S. A. : Pourquoi ces jeunes vous appellent-ils au lieu d'aller voir un médecin, un éducateur, un infirmier scolaire ?

M. B. : La distance et l'anonymat offrent un cadre propice pour parler de son intimité, se dévoiler et aborder des questions dont on n'oserait pas parler en face à face ; notamment au médecin de famille, qui connaît l'adolescent depuis tout petit, ainsi que ses parents. Ce n'est pas évident de prendre un rendez-vous avec un professionnel quand on vit encore à la maison. De plus, le Fil Santé Jeunes est pratique et rapide : on peut joindre, sans attendre, un professionnel capable de donner des réponses. Cette disponibilité est un élément important. C'est pourquoi, lorsque nous orientons ces jeunes, nous prenons soin de ne pas les envoyer vers des structures qui ne peuvent les recevoir avant un délai de plusieurs mois. Notre partenariat important avec les Maisons des adolescents répond à cette double nécessité : proposer des lieux-relais où les jeunes peuvent être reçus rapidement et sans passer par les parents.

S. A. : Les motifs d'appels ont-ils évolué au cours des années ?

M. B. : Ce ne sont pas tant les thèmes qui changent, même si nous pouvons observer des tendances, que la façon

L'ESSENTIEL

➤ Les services téléphonique et Internet de Fil Santé Jeunes répondent aux jeunes de 12 à 25 ans. 30 professionnels, psychologues, médecins, conseillère conjugale et familiale écoutent, informent, orientent.

➤ Principaux motifs d'appel et de sollicitation : la sexualité ; les transformations du corps à l'adolescence ; la contraception ; les difficultés psychologiques, du mal-être à la crise suicidaire. 23 000 entretiens ont été menés en 2017.

➤ Les écoutants soulignent une part croissante de paroles de jeunes filles faisant état de violences sexuelles.



© Attehlings van Cary Cassat - Pkabay

dont les jeunes abordent les sujets. Ils sont aujourd'hui capables de parler de tout. La transformation des outils de communication nous a conduits à nous adapter en proposant, depuis deux ans, un mode d'échange par les discussions en ligne. Sa temporalité est différente de celle du téléphone. Il permet à certains jeunes de parler plus facilement de leurs problèmes ; la possibilité de ne pas avoir à s'exprimer oralement avec un professionnel de santé représente un attrait pour un grand nombre de « chateurs ». Les difficultés psychologiques représentent la moitié des thèmes traités par ce moyen. C'est aussi, pour les jeunes Français n'habitant pas en métropole, un moyen plus aisé de bénéficier du service. Nous avons également mis en place sur notre site Internet un espace Forum, classé par thématiques, que les jeunes utilisent pour se donner des conseils entre pairs. Sur ce forum se tissent des liens qui contribuent à un mieux-être, parce que l'on est soutenu par d'autres ou parce que l'on se sent soi-même utile et impliqué dans le soutien d'une autre personne.

S. A. : Quelles évolutions avez-vous observées dans les thématiques abordées par les jeunes ?

M. B. : Le phénomène #MeToo³ a eu un impact, avec une recrudescence de paroles de jeunes filles faisant état de violences sexuelles, particulièrement par le moyen du chat. Elles parlent de

choses qui leur sont arrivées et qu'elles ne parvenaient peut-être pas à nommer jusqu'alors. Auprès du Fil Santé Jeunes, elles racontent leur vécu, leur honte, leur souffrance et témoignent de leurs difficultés à s'en ouvrir à leur entourage ou à un professionnel de santé. Le fait de pouvoir aborder ce sujet, à l'abri du regard et par écrit, permet une libération de la parole. Elles viennent déposer un fardeau et ne cherchent pas forcément une aide ou une intervention.

Depuis quelque temps, nous constatons aussi que l'angoisse des jeunes face à l'avenir et la peur de l'échec occupent une place plus importante dans leur questionnement. La pression sociale, familiale ou économique engendre une « anxiété de performance » qui pèse sur leur vie quotidienne.

S. A. : Les jeunes sont-ils en attente de conseils ou cherchent-ils à se confronter à la norme ?

M. B. : Chaque demande est singulière. Mais leur appel n'est pas pour se confronter à la norme ; pour ce faire, ils disposent d'Internet et des forums. Ils souhaitent principalement parler d'eux et, dans cet échange intime, être pris au sérieux et considérés. Tous sont loin d'être désorientés. Quand les questions portent sur la taille du sexe ou de la poitrine, cela témoigne d'un besoin de réassurance, il n'y a rien de dramatique. Néanmoins, même dans les interrogations anodines ou parfois les blagues un peu trash⁴ s'expriment

« LES JEUNES SOUHAITENT PRINCIPALEMENT PARLER D'EUX ET, DANS CET ÉCHANGE INTIME, ÊTRE PRIS AU SÉRIEUX ET CONSIDÉRÉS. »

des préoccupations. Les écoutants sont dans une posture et une pratique qui permettent de creuser, avec respect et empathie, au-delà de la surface du discours. L'équipe est en mesure de leur proposer des réponses immédiates, sur tel ou tel point précis. Elle est à même de leur apporter des conseils ou une aide concrète en leur donnant des contacts, sans les braquer, parce qu'elle reconnaît en premier lieu leur parole. ■

Propos recueillis par Nathalie Quérue, journaliste.

1. Dispositif national de prévention et d'aide à distance en santé, Fil Santé Jeunes est un service de l'association l'école des parents et des éducateurs (EPE) de l'Île-de-France. Il propose aux parents, aux jeunes et aux professionnels de la famille des services téléphoniques, des consultations, des formations, des groupes de parole, des conférences, etc. Numéro vert Fil Santé Jeunes : 0 800 235 236. Le site www.filsantejeunes.com est financé par Santé publique France (ex-INPES) et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS).
2. Application de messagerie instantanée, qui permet aux internautes de dialoguer en direct.
3. En français : « Tu n'es pas seul », mouvement pour soutenir les victimes et mettre fin aux violences sexuelles.
4. Crues, choquantes.

Adolescents et mal-être

Fil Santé Jeunes : dispositif de prévention en santé

Témoignages : jeunes désemparés en recherche d'un soutien psychologique, parfois en état d'urgence



© Afbeelding van Luisella Planeta Leoni - Pictabay

« **Peur de rater ma vie et décevoir mes parents** »

Estelle¹, 16 ans, confie sur le forum « Mal-être » souffrir d'un important manque de confiance en elle, qui provoque stress et angoisse, et d'un sentiment de ne pas être à la hauteur quand elle pense à ses performances scolaires.

« Lors de mes révisions, j'arrive à fournir un travail consistant, mais je deviens très vite fatiguée, et j'ai l'impression que le temps et l'énergie que j'y consacre ne sont pas suffisants et mèneront quand même à l'échec. Lorsque je suis longtemps sous pression, je ressens le besoin de pleurer. J'ai honte de ce qui m'arrive. J'ai peur

qu'à cause de mes notes, je ne puisse pas mener une vie correcte plus tard, trouver un bon travail. »

La jeune fille aimerait entreprendre des études de droit afin de devenir diplomate ou journaliste, mais elle a l'impression de ne pas être assez douée pour réussir et craint que cela ruine ses ambitions.

« J'ai peur de ne pas être capable d'entreprendre des études, j'ai peur de totalement rater ma vie, j'ai peur de décevoir mes parents en n'étant pas à la hauteur de l'amour et de l'attention qu'ils me portent. J'ai peur de leur en parler, particulièrement à ma mère qui me dirait sûrement d'arrêter l'école si je ne suis pas motivée (avec

une pointe d'ironie, bien sûr). Récemment, j'ai lu un article sur le burn-out ; les symptômes correspondent à ce que je ressens : incapacité à se concentrer, sentiment d'échec, baisse de confiance en soi, anxiété, inquiétude, insécurité, sentiment d'être incompetent, etc. Il se pourrait que ce soit ce qui m'arrive depuis deux ans. J'aimerais en parler à quelqu'un, mais à qui m'adresser ? »

« **Des crises de panique, parce que je mets la barre très haut** »

Adélaïde, étudiante de 20 ans, envoie un message dans l'espace « Pose tes questions », car elle est souvent triste et qu'elle est en proie à des crises de panique qui la paralysent totalement.

« Je sais qu'il y a quelque chose qui ne tourne pas rond dans ma tête ; je ne sais pas quoi, mais je commence à ne plus pouvoir le supporter. J'ai l'impression d'être à côté de moi-même parfois, je sais que ça n'a pas de sens, mais rien n'y fait !! »

La jeune femme raconte avoir très peur d'échouer dans tout ce qu'elle entreprend ; elle aimerait juste dormir et ne plus rien faire, « hiberner en somme ». Ce qui n'est pas possible puisqu'elle enchaîne des semaines de 40 heures de cours, des semaines de stage, des semaines d'exams et qu'elle passe ses vacances à réviser.

« Et pourtant, mes études ne sont pas le problème, c'est ma passion ; mais à cause de cela, je pense que je me mets la barre très haut... Le seul remède que j'ai trouvé actuellement, c'est de mettre la musique à fond et de chanter très fort. Je vais aller prochainement au BAPU [Bureau d'aide psychologique universitaire], mais j'avais besoin d'en parler avant de pouvoir y aller... Merci d'avance pour votre réponse. »

« **Accompagné pour se construire un nouveau projet de vie** »

Thomas, 25 ans, employé dans une bibliothèque municipale, appelle la ligne, car il est très angoissé à cause de son travail. Dans la conversation, il se dévalorise : il n'est pas méritant puisqu'il a obtenu ce poste « par piston » ; il ne se trouve pas

assez diplômé par rapport à d'autres jeunes qu'il juge plus brillants et plus ambitieux ; il souffre de n'avoir pas plus de responsabilités dans ses tâches.

« Je pensais passer un concours pour évoluer au sein de mon travail, mais je ne suis plus sûr de vouloir continuer dans cette voie. Je me sens paumé, nul, j'ai l'impression d'avoir raté ma vie. »

L'écouter le rassure en lui disant qu'il est normal de se sentir perdu à certains moments de sa vie et de s'interroger sur ce que l'on a envie ou pas de faire par la suite. Elle l'invite à s'exprimer sur ce qu'il a déjà réussi à accomplir pour le revaloriser. Ensemble, ils évoquent des structures qui pourraient aider le jeune homme à y voir plus clair dans son orientation professionnelle et à construire un autre projet de vie.

Seule, elle n'y arrive pas

Jennifer, 23 ans, a choisi la rubrique « Pose tes questions » pour parler de sa souffrance suite à l'agression sexuelle dont elle a été victime lorsqu'elle était en quatrième. Ses parents ne sont pas au courant, mais ils ont remarqué « son sale état » qui ne lui permettait plus de suivre à l'école. Elle raconte avoir fait des tentatives de suicide. Plus tard, elle a déménagé à des centaines de kilomètres de « là où ça s'est passé ». Elle allait mieux, mais seule, elle n'y arrivait pas. La jeune femme est alors revenue chez ses parents, puis elle a pris un appartement : « Mais, depuis janvier, c'est de pire en pire ; même les activités qui me font plaisir, je n'arrive pas à les faire longtemps. J'ai demandé de l'aide à quelqu'un qui s'inquiétait pour moi et il m'a orienté vers un organisme que je vois depuis peu ; mais en juillet et août, je n'ai pas d'écoute, et c'est très dur pour moi, car j'y pense tous les jours... »

Sa chambre, le seul lieu où elle se sent en sécurité

Lorraine, 15 ans, raconte sur le forum « l'enfer au quotidien » qu'elle vit depuis qu'elle a été agressée sexuellement dans le métro un mois auparavant.

« Toutes les personnes autour de moi essaient de me soutenir comme elles peuvent, mais je n'arrive pas à accepter leur aide. Ma mère est complètement dépassée, désarmée face à ma souffrance. Elle me dit qu'elle est là, que je peux lui parler quand j'en ai envie, qu'il ne faut pas que cette agression devienne un sujet tabou pour moi, mais quand je vois son regard d'impuissance et de détresse, je m'en veux de lui infliger cela. »



L'ESSENTIEL

► Ils ont pour point commun la solitude face à leur mal-être et la recherche de professionnels qui puissent les écouter. Certains parlent de leur peur de ne pas être à la hauteur de l'amour et de l'attention que leur portent leurs parents. D'autres, victimes d'agression, lancent un SOS aux services de Fil Santé Jeunes, en attente d'une prise en charge adaptée. Extraits.

L'adolescente est suivie par une infirmière qui vient chez elle trois fois par semaine, car elle ne sort plus guère de sa chambre, seul lieu où elle se sent en sécurité, mais elle ne parvient pas à parler à cette professionnelle de son agression.

« Les images tournent continuellement dans ma tête. Enfin, c'est bien plus que des images, c'est plus réel. Je dois continuellement trouver quelque chose à faire pour occuper mon esprit. La nuit, je ne suis pas non plus tranquille, les cauchemars prennent le relais. J'ai pris cette très mauvaise habitude (et je le sais) de m'empêcher de dormir. Aujourd'hui, je suis vraiment épuisée. J'essaie de garder la tête hors de l'eau, mais il y a comme une force invisible qui vient m'appuyer dessus pour me faire couler. J'ai beau essayer de tenir, je commence à manquer cruellement d'oxygène et je ne vais pas pouvoir continuer à rester en apnée comme ça encore longtemps. » ■

Propos recueillis auprès des services de Fil Santé Jeunes par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Les prénoms ont été changés afin de préserver l'anonymat.

« Nous accompagnons les Gens du voyage pour qu'ils puissent accéder aux droits fondamentaux »

Entretien avec Héléne Beaupère, directrice, **Marie Barthe,** éducatrice spécialisée, association départementale des amis des voyageurs de la Gironde (Adav 33).

La Santé en action : *Qu'est-ce qui a motivé votre initiative ?*

Héléne Beaupère et Marie Barthe : L'association a déjà une longue existence de près de cinquante-cinq ans ; elle fait partie de la Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les Tsiganes et les Gens du voyage (Fnasat-Gens du voyage) qui regroupe une centaine de structures implantées dans les territoires. Tout est né d'un constat dramatique dans les années 1960 : l'abandon des Gens du voyage par les pouvoirs publics, qui relevait en partie d'une méconnaissance. Cet abandon les plaçait dans une situation de grande pauvreté, avec des problèmes sanitaires importants. Le but de l'association était d'améliorer leurs conditions de vie et les relations mutuelles avec la société. Notre action s'inscrit aussi dans le cadre de la décentralisation de l'action sociale. Nous avons une convention avec le conseil départemental qui assure plus de 60 % de notre budget. La rencontre avec les Gens du voyage n'est pas simple ; c'est pourquoi notre mode d'action essentiel est l'« aller-vers », en étant au contact des familles sur leurs lieux de vie ou de stationnement. Nous accompagnons les Gens du voyage pour qu'ils puissent accéder aux droits fondamentaux et respecter leurs devoirs de citoyens.

S. A. : *Quel est le profil des familles que vous accompagnez ?*

H. B. et M. B. : Nous sommes en relation avec près de 2 800 familles. Ce public est loin d'être monolithique. Effectivement, il y a tout d'abord une diversité d'origines ethniques : Gitans, Manouches, Roms ; et également de conditions de vie et d'habitat, etc. Nous ne parlons cependant pas de communautés, mais de groupes familiaux divers. Une diversité socio-économique existe également : certaines personnes sont assimilées à leurs activités, comme les forains ou les camelots qui parcourent les marchés.

S. A. : *Quelles sont leurs difficultés en termes d'accès aux droits ?*

H. B. et M. B. : Les Gens du voyage sont majoritairement itinérants : certains ont un ancrage sur un territoire, mais souvent pas de lieu fixe de vie. Ne pas avoir de domicile stable constitue le premier obstacle pour accéder aux droits fondamentaux. Ce public faiblement lettré lit difficilement les courriers administratifs, ce qui est un deuxième obstacle pour accéder à l'ensemble des droits – aux soins, à la protection sociale, à l'éducation, au logement, à la culture, à la citoyenneté. Les conditions de vie précaires en sont un autre. Les services sociaux, les structures médicales, les établissements scolaires ne disposent pas toujours du temps et des connaissances nécessaires pour les accueillir en prenant en compte leurs spécificités. L'accès à l'habitat nécessite ainsi une compréhension, c'est-à-dire une prise en compte de leur culture du voyage, qui est une façon de continuer à vivre ensemble, en groupe familial. Cette compréhension est primordiale. C'est pourquoi

L'ESSENTIEL

► En Gironde, les intervenants professionnels de l'association Adav 33 accompagnent les Gens du voyage dans leur accès au droit commun : logement, scolarité pour les enfants, soins de santé, insertion par l'activité économique, etc. Assistantes sociales, éducateurs, conseillères en économie sociale et familiale, chargés d'insertion viennent en appui à ces populations sur leurs lieux de vie. En prenant le temps d'écouter afin, en particulier, de comprendre leur rapport à la santé.

notre équipe de 27 intervenants est pluridisciplinaire avec des assistantes sociales, des éducateurs spécialisés, des conseillères en économie sociale et familiale, des chargés d'insertion. Ce sont des travailleurs sociaux qui intègrent la dimension interculturelle dans le travail social.

S. A. : *Comment recueillez-vous les attentes des Gens du voyage ?*

H. B. et M. B. : La dynamique de l'« aller-vers » est notre pratique pour connaître leurs conditions d'existence et recueillir les besoins. Notre approche est globale et territoriale, c'est-à-dire que nous avons un travailleur social référent sur chaque territoire pour être au plus près des lieux de vie et des partenaires de droit commun. Il est fréquent que les familles appellent pour qu'on vienne les voir ; sur certains territoires, il nous arrive de passer plus de temps en voiture qu'au bureau ! Leur premier besoin est de disposer d'une domiciliation pour accéder aux droits

sociaux et d'une aide à la gestion du courrier, à savoir un lieu pour le garder et le lire, voire se le faire expliquer. 1 600 familles sont domiciliées dans nos trois antennes départementales. Les gens du voyage veulent être reconnus, que leurs enfants aillent à l'école élémentaire, que leurs stationnements précaires ne soient pas menacés régulièrement d'expulsion. Ce désir de reconnaissance, nous n'y répondons pas seuls, mais en travaillant avec nos partenaires du territoire : les centres communaux d'action sociale, les maisons départementales de l'insertion, les médiathèques, etc.

S. A. : Comment intervenez-vous concrètement ?

H. B. et M. B. : L'habitat et la scolarisation des enfants sont deux domaines majeurs de nos interventions. Nous travaillons en lien avec des mairies, le département, l'État, les bailleurs sociaux, la caisse d'allocations familiales (CAF), la Mutualité sociale agricole (MSA) pour mettre en place des projets d'aménagement de terrain familial ou d'opérations adaptées d'habitat afin d'accueillir de façon pérenne les Gens du voyage qui ont un ancrage local. Nous soutenons des projets d'habitat mixte, qui combinent un logement « en dur » et un espace pour la caravane ; mais nous nous heurtons souvent à des difficultés pour mettre en œuvre cette demande.

Concernant la scolarisation, nous organisons, par exemple, des ateliers Pause maman dans les médiathèques, où l'on parle de la préscolarisation des tout-petits. La culture des Gens du voyage n'est pas figée ; les jeunes couples envoient plus spontanément leurs enfants à la maternelle. En revanche, il existe toujours une réticence importante à la poursuite des études au collège ; les Gens du voyage souhaitent qu'on entende leur voix et leur position sur ce sujet. Notre rôle est de réduire les écarts entre la culture et les normes de la société majoritaire et celles des Gens du voyage.

S. A. : Comment les professionnels prennent-ils en compte la culture propre aux Gens du voyage ?

H. B. et M. B. : Pour le travailleur social en milieu interculturel, l'anthropologie apporte un éclairage précieux

afin de ne pas être dans une démarche « colonisatrice ». Construire des solutions ensemble implique de la compréhension et du respect. Aux yeux des Gens du voyage, nommer la maladie, c'est l'inviter ; ne pas en parler, c'est l'éviter. Cette peur du dépistage rend complexe toute action de prévention. Il faut prendre le temps de les écouter et de se laisser enseigner leur rapport à la santé pour faire se rencontrer deux mondes et, à partir de là, poser des actes qui vont être efficaces, comme le dépistage du cancer du sein et de l'utérus ou la vaccination. À la demande de l'agence régionale de santé, nous avons travaillé ensemble à la conception des supports d'un document de prévention. Mais le support n'est pas aussi important que l'accompagnement qui va avec. Cette démarche d'aller vers les Gens du voyage permet de répondre présent quand les personnes sont prêtes à parler de leur santé, et donc de leur intimité.

S. A. : Comment concilier la réponse à des situations d'urgence et l'amélioration à plus long terme des conditions de vie ?

H. B. et M. B. : Les conditions de vie souvent indignes, sans eau ni électricité, entraînent des problèmes sanitaires et sociaux qui doivent être traités en urgence, qu'il s'agisse d'une épidémie de gale ou de la suspension des allocations familiales lorsqu'un enfant n'est pas allé à l'école. L'épidémie de rougeole de la fin 2017 illustre bien notre méthode de travail entre court et long terme. Il a fallu, dans un premier temps, gérer l'urgence en contactant les Gens du voyage pour faire passer des messages sur une maladie contagieuse qui peut être mortelle et les inciter à s'adresser rapidement au centre de protection maternelle et infantile (PMI) le plus proche ou à leur médecin traitant. Ensuite, nous avons réfléchi ensemble – Gens du voyage, médecins traitants, PMI, gestionnaires d'aire d'accueil – pour identifier les freins à la vaccination et proposer une offre adaptée.

Les Gens du voyage, qui ont accès aux réseaux sociaux via leur Smartphone, peuvent être réceptifs et sensibles aux fausses nouvelles. Parce qu'un lien de confiance existe, beaucoup sont venus nous voir pour savoir ce que nous pensions de vidéos circulant sur les

réseaux sociaux à la rentrée dernière, qui diabolisaient la vaccination et répandaient des rumeurs sur l'école. Nous intégrons cette nouvelle donnée dans notre réflexion pour porter les messages de prévention.

S. A. : Quelle est la finalité des formations conjointes professionnels– Gens du voyage que vous organisez ?

H. B. et M. B. : Les Gens du voyage sont présents dans nos comités d'usagers. Cette dizaine de personnes partage du temps de formation commun avec des intervenants extérieurs depuis trois ans. Elles peuvent nous accompagner dans les structures et les services de l'Éducation nationale et de la direction départementale des territoires et de la mer (DDTM) où notre association participe à des réunions avec les élus et les techniciens. Elles apportent une parole ouverte, indépendante de la position des représentants nationaux des Gens du voyage. Cette participation conforte des démarches de confiance et contribue à réduire le fossé entre l'approche institutionnelle des situations et les réalités de vie des familles.

S. A. : Quels sont vos motifs de satisfaction et à quelles difficultés vous heurtez-vous ?

H. B. et M. B. : Nous sommes satisfaits des relations que nous avons établies avec les Gens du voyage, de la confiance mutuelle entre nous et aussi de celle qui existe avec nos partenaires.

À l'occasion du premier Comité d'usagers, ces derniers ont créé un nuage de mots pour décrire l'accueil qui leur est réservé à l'Adav 33 : convivialité, fraternité, partage, connaissances, rires, lien, pont... Ce retour positif est une grande source de satisfaction. L'aspect plus négatif tient à la stratification des politiques publiques et à l'organisation de ses acteurs en silos, qui peuvent rendre toute approche globale et le travail généraliste de proximité complexes. Pour les personnes les plus éloignées du droit commun, il serait préférable d'être dans une logique d'approche globale et de guichet unique. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

Mal-logement et conditions de vie dégradées chez les Gens du voyage

Le mal-logement est un déterminant défavorable de la santé des Gens du voyage¹. Dans son rapport 2018, la Fondation Abbé-Pierre présente un état des lieux synthétique à partir d'informations recueillies auprès de la Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les Tsiganes – Fnasat-Gens du voyage. En voici l'essentiel :

« La population des Gens du voyage présente une grande variété de situations du point de vue de l'habitat : ménages en mobilité volontaire ou subie, durées de mobilité variables (et non linéaires dans le temps pour un même ménage²), statuts d'occupation divers (propriétaires occupants, locataires, hébergés, occupants sans droit ni titre), et lieux de vie variés (des tissus urbains et pavillonnaires aux espaces naturels, en passant par toutes sortes d'espaces industriels).

Comme l'indique l'association Fnasat, la caractéristique centrale des Gens du voyage n'est pas tant la mobilité que la conservation de la caravane comme mode d'habiter. S'ils ne sauraient être considérés à ce titre mal logés, une partie d'entre eux souffrent toutefois de conditions de vie dégradées. Sous l'effet d'importantes défaillances des collectivités locales, la réponse aux besoins en habitat des Gens du voyage (aires d'accueil, terrains familiaux, habitat adapté) reste très insuffisante. Passant de terrain en terrain pour trouver un espace disponible, certains finissent par s'arrêter dans les seuls interstices laissés libres au stationnement spontané : abords d'autoroute, proximité d'une voie de chemin de fer, d'une déchetterie, etc. L'évaluation des besoins (d'ancrage et d'habitat notamment) est loin d'être systématique dans le cadre des schémas départementaux d'accueil des Gens du voyage et elle est très rarement poussée à un niveau fin dans les territoires.

D'après la Fnasat, 208 456 personnes vivant de manière permanente en résidence mobile sont identifiées avec un

besoin d'accéder à un habitat ou un besoin d'amélioration de leur habitat³. Parmi les situations de mal-logement répertoriées, les plus fréquentes sont : les installations privées sur des terrains en antagonisme avec l'urbanisme (91 % des documents analysés par la Fnasat), les installations sans titre ou précaires au regard de l'occupation (78 %) et l'ancrage sur les aires d'accueil temporaire (73 %). [...] Suivent l'itinérance contrainte à l'échelle du département ou dans des territoires plus restreints, en raison d'expulsions répétées (28 %), les quartiers de logements réalisés spécifiquement pour sédentariser des Gens du voyage dans lesquels se développent spontanément de l'auto-construction et l'installation de caravanes non prévues initialement (3 %)⁴. [...] Ces situations sont également les plus "repérables", les ménages en itinérance contrainte étant moins visibles ou moins pris en considération par les collectivités.

Souvent anciennes, ces diverses situations résultent de stratégies individuelles face à la pénurie d'une offre d'habitat accessible et adaptée au mode de vie en résidence mobile (rareté des terrains de taille suffisante, règlements d'urbanisme interdisant l'installation de la caravane ou la constructibilité, coûts liés au foncier, difficultés liées aux raccordements aux réseaux...). Ce constat est en outre aggravé par des pratiques locales pouvant être discriminatoires (refus de vente, interdiction généralisée des installations de plus de trois mois de résidences mobiles dans les documents d'urbanisme, expulsions répétées...). Même lorsqu'ils accèdent à des places en aires d'accueil, les Gens du voyage y sont parfois exposés à des conditions d'habitat très dégradées : sur-occupation, défauts d'entretien des équipements sanitaires, voire insalubrité, implantation des aires près de zones de grande pollution (usines chimiques, fabrique de béton, silo à grains), règlements très contraignants (heures de visite, accès aux sanitaires). Alors que

les communes ont l'obligation de produire des aires d'accueil, 30 % des places prévues n'étaient toujours pas réalisées fin 2016 : 26 755 places en aires d'accueil disponibles fin 2016, sur 38 125 places en aires permanentes d'accueil inscrites dans les schémas initiaux ou révisés des communes ou des EPCI⁵ ». ■

Source : Fondation Abbé-Pierre. Zoom sur le mal-logement chez les gens du voyage, d'après les informations fournies par la Fnasat. In *L'État du mal-logement en France, rapport annuel 2018*. p.167-169. En ligne : http://www.fondation-abbé-pierre.fr/documents/pdf/23e_rapport_etat_du_mal-logement_en_france_2018_-_partie_1_le_mal-logement.pdf

1. L'appellation « Gens du voyage » renvoie à une catégorie administrative liée au mode d'habitat, sans connotation ethnique ou communautariste ; cependant, ce terme juridique est presque systématiquement utilisé pour désigner des populations hétérogènes (Tsiganes, Manouches, Gitans, Yéniches, Roms...) pour lesquelles des similitudes peuvent être constatées dans leurs modes de vie. Il convient d'insister sur le fait que tous les Gens du voyage ne sont pas tziganes, et inversement. Si le nombre précis de Gens du voyage en France n'est pas connu, les estimations varient de 250 000 à 500 000.

2. Elle peut varier d'une année à l'autre et au cours de son parcours résidentiel en fonction de sa situation économique, de raisons familiales ou de santé.

3. Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les Tsiganes (Fnasat). *Ancrage et besoins en habitat des occupants permanents de résidence mobile. Analyse nationale des politiques départementales*. février 2017 : 81 p. En ligne : <http://www.fnasat.asso.fr/FNASAT-AnalyseNationale-Ancrage-setbesoinsenhabitat2017.pdf>

Ce chiffre est le produit d'un travail d'analyse et d'agrégation de données quantitatives issues des documents officiels et institutionnels disponibles à l'échelle de 86 départements.

4. Source : op.cit. Fnasat, février 2017.

5. Établissements publics de coopération intercommunale.

La santé des Gens du voyage altérée par leurs conditions d'habitat

Maud Gorza, pour le groupe de travail transversal:

Marjorie Boussac, Maria Eugenia Gomes do Espirito Santo, Manon Jeuland, Agnès Verrier, Alexandra Mailles, Céline Mansour,

Santé publique France.

Selon des éléments colligés en 2017 par Santé publique France¹, les Gens du voyage constituent une catégorie administrative retenue par le législateur pour désigner cette partie de la population caractérisée par son mode de vie spécifique : l'habitat traditionnel en résidence mobile [1]. L'effectif de cette population est estimé entre 300 000 et 500 000 personnes. Globalement, l'état de santé des Gens du voyage est considéré beaucoup moins bon que celui de la population générale du fait de conditions de vie plus précaires [2], auxquelles viennent s'ajouter et se combiner : des expositions environnementales, les aires d'accueil étant souvent situées dans un environnement défavorable ; des mauvaises conditions d'habitat ; des risques liés aux pratiques professionnelles et aux conditions de travail [3] (intoxication aux métaux lourds, accidents de chantier...). Ce cumul de déterminants sociaux, économiques et environnementaux défavorables accroît la vulnérabilité face aux problèmes de santé et d'accès aux soins.

Par ailleurs, le rapport du réseau des Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la santé des Gens du voyage [2] souligne que le recours aux soins des Gens du voyage est souvent tardif, comme en général pour les personnes en situation de



© Centre social de Louviers / Illustration extraite de la publication « Gens du voyage, des habitants ignorés » - FCSF-FMSM, 2017

précarité. Ils solliciteraient alors plus fréquemment les services d'urgences, hospitaliers ou ambulatoires.

Cependant, le manque de données concernant la santé des Gens du voyage est majeur, les données épidémiologiques disponibles sont très parcellaires : investigations d'épidémies et de saturnisme, diagnostics santé à partir des bases de données des caisses primaires d'assurance maladie locales (qui nécessitent que les Gens du voyage soient domiciliés dans des associations spécifiques).

Si peu de données existent, les initiatives en matière de santé et de prévention sur le terrain sont nombreuses [2; 4]. Une consultation de la base Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé (Oscar²) a été réalisée en mars 2017. Elle portait sur les actions réalisées auprès du public Gens

du voyage sur la période 2014-2017. 121 actions ont été menées, dans 11 régions (ancien découpage). Les porteurs de ces actions étaient des associations, dont la Croix-Rouge française et Médecins du monde, des centres communaux d'action sociale (CCAS), des centres hospitaliers, des instances régionales en éducation et promotion de la santé (Ireps), des collectivités. Ces actions s'inscrivent dans des plans régionaux (programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis, programme régional santé environnement, etc.). Les thématiques de santé abordées sont pour la majeure partie : la nutrition, la santé mentale, les conduites addictives, la santé sexuelle, les hépatites, les violences, les vaccinations... Les schémas départementaux d'accueil et d'habitat des Gens du voyage prévoient

Santé des Gens du voyage
Mal-logement, conditions de vie et état de santé



© Maison du nouveau logis Les Pins 77 Perpinjan/ Illustration extraite de la publication « Gens du voyage, des habitants ignorés » FCSF, FNASAT, 2017

désormais des préconisations sanitaires en matière d'aménagement et de localisation des futures aires d'accueil et des futurs lieux de vie des Gens du voyage, reconnaissant ainsi un lien direct entre condition d'habitat et santé. Certains intègrent un volet santé, mais cela semble peu fréquent (voir par exemple celui d'Ille-et-Vilaine [5]).

La promotion de la santé ne relève pas uniquement du secteur sanitaire, la prise en charge de déterminants sociaux et environnementaux de la santé des Gens du voyage est ainsi abordée dans différents plans nationaux et dans leurs déclinaisons régionales (programmes régionaux de santé, dont le programme régional d'accès à la prévention et aux soins, Plan national santé environnement, Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale...). Une meilleure compréhension des problématiques de santé et de leurs déterminants permettrait d'aider à l'articulation de ces cadres et des différents niveaux d'interventions en facilitant la concertation autour d'enjeux communs. Par ailleurs, des collectifs de Gens du voyage se mettent en place pour faire connaître leur situation de vie, son impact sur leur santé [6] et pour alerter les pouvoirs publics.

Ces constats soulignent l'enjeu de santé publique que constitue la santé des Gens du voyage et les besoins de connaissances, notamment via des

recherches universitaires *ad hoc*. Les inégalités sociales de santé se constituant en amont du système de soins [7], les actions permettant d'agir sur les déterminants sociaux de la santé se situent donc en majorité en dehors de celui-ci. Les déterminants sociaux (scolarité, revenus...) et environnementaux (liés au type d'habitat et

à son emplacement) des Gens du voyage sont particulièrement défavorables. Une approche intersectorielle est donc essentielle. ■

1. Dans le cadre d'une note remise aux services du ministère de la Santé (synthèse non exhaustive).
2. <http://www.oscarsante.org/>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Cour des comptes. *L'Accueil et l'accompagnement des Gens du voyage*. Paris : Cour des comptes, octobre 2012 : 346 p. En ligne : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000552.pdf>
- [2] Organisation mondiale de la santé (OMS). *La Santé des Gens du voyage. Comprendre et agir*. Groupe de travail : Santé des Gens du voyage, Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, janvier 2010 : 80 p. En ligne : www.villes-sante.com/publications/guides-du-reseau/
- [3] Guiraud J.-C. *Gens du voyage*. [Actes]. Colloque Santé et Gens du voyage, 1^{er} avril 2010, communauté d'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines, Saint-Quentin-en-Yvelines, 2010 : 39 p. En ligne : https://fnasat.centredoc.fr/doc_num.php?explnum_id=929
- [4] Association pour l'accueil des voyageurs (Ašav). *État des lieux des actions de santé menées auprès des Gens du voyage. Réseau Fnasat, 2012-2013*.

- 40 p. En ligne : https://fnasat.centredoc.fr/doc_num.php?explnum_id=851
- [5] *Schéma départemental d'accueil des Gens du voyage en Ille-et-Vilaine 2012-2017*. [Recueil des actes administratifs], Rennes : conseil général et préfecture d'Ille-et-Vilaine, 3 août 2012, n° 123 : 128 p. En ligne : <http://www.agv35.fr/wp-content/uploads/2012/10/schema-02-10-12.pdf>
- [6] Collectif des femmes de l'aire d'Hellemmes-Ronchin. *Nos poumons, c'est du béton !* [Film numérisé], 2016, 22 min. En ligne : <https://www.youtube.com/watch?v=uVvTxEwfc0>
- [7] Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). *Comblant le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. [Rapport]. Organisation mondiale de la santé, 2009 : 260 p. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/

« L'accès à un mode de garde collectif est associé à moins de difficultés relationnelles ultérieures »

Entretien avec Maria Melchior,

directrice de recherche à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), à l'Institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique (Iplsp), spécialiste des inégalités sociales dans le domaine de la santé mentale.

La Santé en action : Pourquoi avoir décidé d'étudier l'influence du mode de garde des 0-3 ans sur leur développement psychologique ?

Maria Melchior : Les recherches sur le sujet étaient relativement peu développées. Des travaux ont montré les effets favorables d'un mode de garde collectif sur le développement cognitif des enfants – niveau de langage, psychomotricité, etc. Autant d'éléments qui préparent à l'entrée à l'école et qui préfigurent la réussite de la scolarisation. Cependant, les effets sur leur développement comportemental et émotionnel demeurent moins étudiés. Or ces compétences psychosociales sont tout autant prédictives de la réussite scolaire et de la santé mentale à plus long terme. Il y a peu d'études qui renseignent l'état psychologique des enfants, une fois qu'ils ont quitté la crèche. Des enquêtes ont été conduites aux États-Unis et au Canada, mais la situation est très différente, puisque dans ces pays, avant l'entrée à l'école à 6 ans, la majorité des enfants ne fréquentent pas une structure d'accueil de la toute petite enfance. Notre recherche s'est donc intéressée aux différents modes de garde : à la maison (par un des parents ou des proches) ; avec une assistante maternelle ; à la crèche. L'exploitation secondaire de la cohorte

Éden¹ que nous avons réalisée permet de mettre en évidence la façon dont le mode de prise en charge de la petite enfance influe, non sur le bien-être émotionnel de l'enfant pendant cette période de 0 à 3 ans, mais plus tard.

S. A. : Comment avez-vous procédé ?

M. M. : Les mères des 1 428 enfants de la cohorte Étude sur les déterminants pré- et post-natals précoces du développement psychomoteur et de la santé de l'enfant (Éden) ont été interrogées sur le mode de garde principal utilisé pour leur enfant à l'âge de 4 et 8 mois, puis de 1, 2 et 3 ans. Elles ont été à nouveau sollicitées lorsque l'enfant avait 3 ans, puis 5 ans et demi et enfin 8 ans, pour répondre à un questionnaire scientifique mesurant les indices comportementaux et émotionnels à travers cinq items : symptômes émotionnels, problèmes relationnels, hyperactivité-inattention, problèmes de comportement et comportement prosocial. Cette étude apporte des données inédites et intéressantes.

S. A. : Quels sont les principaux résultats de ces travaux ?

M. M. : Globalement, l'accès à un mode de garde collectif entre 0 et 3 ans est associé à moins de difficultés émotionnelles ou relationnelles ultérieures, dans des proportions trois fois moins importantes. Ce type de mode de garde, en particulier si les enfants le fréquentent pendant au moins un an, est associé à de faibles niveaux de symptômes émotionnels – par exemple, les enfants se montrent moins anxieux à l'école –, moins de problèmes de relations avec des pairs, et plus de comportements prosociaux – par exemple, les enfants se montrent

plus empathiques et partagent plus avec leurs camarades. Ces bénéfices n'ont pas été observés chez les enfants gardés par une assistante maternelle. Il ne s'agit pas de critiquer ce métier. Mais nous pouvons dire que, même si l'assistante maternelle a la charge de plusieurs enfants, cela ne peut être considéré comme du « collectif » – ni pour les enfants ni pour la personne elle-même. Les assistantes maternelles sont dans leur ensemble moins formées et moins suivies que les professionnelles travaillant en crèche et leurs pratiques sont plus hétérogènes. Certaines de ces professionnelles se regroupent dans des maisons d'assistantes maternelles afin de proposer des activités plus collectives aux enfants ou en allant à la halte-garderie, mais ces pratiques demeurent assez marginales.

S. A. : Comment expliquer ces impacts à moyen terme différents selon les modes de garde ?

M. M. : Dans nos analyses statistiques, nous avons bien sûr neutralisé les différences sociologiques et économiques entre familles, qui motivent en partie le recours à tel ou tel type de garde. Il est vrai que les parents qui confient leur enfant à une assistante maternelle ou à la crèche, sont en

« SI POUR UN TOUT PETIT, SE RETROUVER EN COLLECTIVITÉ PEUT ÊTRE UNE ÉTAPE DIFFICILE ET STRESSANTE, CETTE DÉMARCHE POUSSE AU-DELÀ À LA SOCIALISATION : ON Y APPREND À RÉGULER SES ÉMOTIONS, À COLLABORER AVEC LES AUTRES »

L'ESSENTIEL

► Une enquête réalisée en France auprès de 1 428 mères-enfants conclut que l'accès à un mode de garde collectif entre 0 et 3 ans est associé à environ trois fois moins de difficultés émotionnelles ou relationnelles chez les enfants dans leur vie ultérieure, c'est-à-dire au-delà de 3 ans. Un enfant fréquentant un mode de garde collectif pendant au moins un an est par la suite moins anxieux à l'école, rencontre moins de problèmes de relations entre pairs, et a un comportement prosocial (empathie, partage) plus favorable.



© BBOCO - Ville de Nevers-crèche Clapots centre-ville

moyenne plus souvent diplômés, en emploi (particulièrement les mères), et moins souvent concernées par la dépression. Pour ce qui est de l'ensemble de la population, la majorité des enfants (61 %) sont gardés par leurs parents et 3 % par un autre membre de leur famille ; 19 % sont gardés par une assistante maternelle et seuls 13 % vont en crèche. On peut mettre en évidence des différences par rapport à ces deux approches professionnelles. Dans les crèches, la prise en charge des petits est plus homogène que chez les assistantes maternelles : les intervenants bénéficient de la même formation initiale et continue ; le travail en équipe est supervisé ; les projets pédagogiques sont construits autour de la stimulation cognitive des enfants (jeux, lecture, sorties...). Si pour un tout-petit se retrouver en collectivité peut être une étape difficile et stressante, cette démarche pousse au-delà de la socialisation : on y apprend à réguler ses émotions, à collaborer avec les autres, etc.

S. A. : Le mode de garde collectif peut-il être un outil participant à la réduction des inégalités sociales de santé ?

M. M. : Dans notre étude, nous n'avons pas trouvé qu'une prise en charge collective de l'enfant contribue à réduire les inégalités vis-à-vis du développement psychologique. Nous constatons que globalement, ce mode de garde est bénéfique au développement psychologique des enfants, et qu'il l'est encore plus lorsque la mère est diplômée. Réduire les inégalités

par la crèche peut s'avérer une idée reçue, cela ne suffisant sans doute pas à combler les écarts. La question mérite d'être approfondie et il nous semble nécessaire de compléter ces premiers résultats, avec des approches plus fines. C'est pourquoi nous allons répéter nos analyses avec les 18 000 enfants de la cohorte Étude longitudinale française depuis l'enfance (Élfe), suivis depuis leur naissance, depuis 2011. Cela permettra de creuser certains éléments. Par exemple, est-ce que le fait d'aller en crèche bénéficie plus ou moins à certains groupes d'enfants, selon des critères : familles issues d'un milieu socio-économique défavorisé, parents immigrés, mère dépressive, sexe de l'enfant, etc. En effet, il semble que le mode de garde collectif ait plus d'influence sur les filles que sur les garçons, ces dernières se révélant moins anxieuses et plus empathiques quand elles grandissent. Si nous privilégions Élfe, c'est à cause du nombre élevé d'enfants dans la cohorte, avec un échantillon plus diversifié, dans toute la France (contrairement à Éden dont les enfants étaient issus de Nancy, ville universitaire, et de la région de Poitiers, zone plus rurale). Avec Élfe, nous aurons par exemple davantage accès à des familles d'immigrés, dont les parents ne parlent pas ou peu le français.

S. A. : Les données recueillies par écrit auprès des mères sont-elles fiables ?

M. M. : Effectivement, si une mère est déprimée, elle peut juger plus négativement le comportement

de son enfant ; mais nous disposons de moyens statistiques pour redresser les biais induits par ce type de questionnement. L'évaluation par les mères est valide scientifiquement, très proche d'ailleurs de celle que peuvent faire les enseignants. D'autre part, une étude ne suffit pas à orienter les politiques publiques. Elle contribue à établir un faisceau de connaissances, montrant qu'un mode de garde se révèle favorable pour la majorité des enfants. Elle valorise les compétences et l'accueil des professionnels de la petite enfance en structure collective. Et là encore, je le répète, il ne s'agit pas de remettre en cause le travail des assistantes maternelles. L'analyse peut au contraire montrer des voies d'évolution pour ces dernières. De façon générale, bien d'autres facteurs entrent en ligne de compte dans le choix du mode de garde par les parents. Les études sont toutefois essentielles pour voir s'il est nécessaire et opportun de proposer une offre plus étendue du mode de garde collectif, sachant qu'il représente un coût très important pour les collectivités territoriales qui le mettent en place. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Cette cohorte concernait des enfants nés entre mai 2003 et juillet 2006, qui ont été suivis pendant huit ans. <http://eden.vjf.inserm.fr/index.php/fr/en-savoir-plus>

Les familles en situation de précarité peinent à faire garder leurs enfants

Tatiana Eremenko,

post-doctorante à l'Universidad nacional de educación a distancia (Uned).

Cet article a été réalisé alors que l'auteure était post-doctorante à l'Institut national d'études démographiques (Ined),

Xavier Thierry,

chercheur à l'Institut national d'études démographiques (Ined) et coordinateur au sein de l'Étude longitudinale française depuis l'enfance (Elfe),

Laure Moguérou,

maîtresse de conférences à l'université Paris Ouest-Nanterre-La Défense, membre du Centre de recherches sociologiques et politiques de Paris (Cresppa) – Genre, Travail, Mobilités (GTM),

Rose Prigent,

doctorante à l'université Paris Ouest-Nanterre-La Défense, membre du Centre de recherches sociologiques et politiques de Paris (Cresppa) – Genre, Travail, Mobilités (GTM).

Les familles monoparentales rencontrent plus de difficultés que les autres familles à concilier la garde de leur enfant et une activité professionnelle, souvent indispensable au niveau de vie du foyer. Ces obstacles peuvent s'accroître dans le cas des familles immigrées, plus souvent confrontées à une précarité sociale et économique. Cet article présente quelques résultats issus d'une recherche¹ qui a fait l'objet d'une publication beaucoup plus étoffée (voir Pour en savoir plus). Deux enquêtes multi-thématiques ont été mobilisées pour étudier les modes de garde des enfants en France, du point de vue des préférences et des pratiques effectives des parents : l'*Enquête famille et logements* (EFL 2011) et l'*Étude longitudinale française depuis l'enfance* (Elfe 2011-2012). L'objectif était de comparer les solutions d'accueil préférées des familles avec

des enfants en bas âge – et celles qu'elles avaient adoptées – caractérisées par les situations conjugale et migratoire des mères. On observe que les mères immigrées seules plébiscitent les crèches et les utilisent davantage que les autres groupes de mères.

Les besoins éducatifs d'un enfant d'âge préscolaire mobilisent d'importantes ressources en temps. La prise en charge quotidienne de l'enfant peut être effectuée sur le temps personnel des parents – le plus souvent celui de la mère – ou bien assurée par un tiers – le plus souvent rémunéré. Le choix des parents de confier ou non l'accueil de leur enfant en journée dépend de nombreux facteurs ; les trois principaux d'entre eux sont, d'une part, le différentiel entre les revenus des parents et les frais de garde, d'autre part, les modes de garde disponibles, enfin les préférences des parents en termes de qualité d'accueil et d'organisation quotidienne. La situation des foyers monoparentaux ajoute deux types d'enjeux à cette problématique générale – la gestion du temps repose pour l'essentiel sur un seul adulte et les ressources économiques sont plus limitées –, qui résultent dans des arrangements spécifiques [1].

Focus sur les mères immigrées seules

Les familles immigrées occupent des positions socio-économiques plus précaires que les autres familles en France [2]. Les femmes immigrées ont des taux d'activité moindres que les non immigrées, surtout lorsqu'elles sont mères d'enfants en bas âge, dans la mesure où elles se retrouvent plus fréquemment dans le rôle de la principale pourvoyeuse de soins et, par conséquent, hors du marché de l'emploi. Cet article traite d'un cas de figure particulier, à

savoir les familles de mères immigrées seules. Leurs conditions de vie et leur organisation au quotidien pourraient être affectées à la fois par leur statut de foyer monoparental et par leur condition d'immigrée. L'absence du conjoint et l'éloignement géographique du réseau familial originel, un parcours d'insertion professionnelle plus ardu dans le pays de destination, un contexte socioculturel différent, pour ne citer que quelques facteurs, peuvent engendrer des comportements spécifiques en matière de mode d'accueil des enfants [3 ; 4 ; 5].

La majorité des mères immigrées seules préfèrent garder elles-mêmes leur enfant en bas âge, de même que les autres groupes de mères. Cependant, elles s'en distinguent par une préférence pour la crèche et un recours effectif à celle-ci plus marqué. Ce mode d'accueil extrafamilial présente l'avantage d'être moins onéreux que l'assistante maternelle, tout en étant assuré par des professionnelles, notamment des puéricultrices, jugées mieux formées et encadrées. Les analyses, toutes choses égales par ailleurs, nuancent toutefois cette position singulière vis-à-vis d'autres mères seules, dans la mesure où elle semble en partie être liée à leur concentration dans les grands centres urbains et, donc, à un accès facilité à ce type de structures. Autre résultat important, si les mères non immigrées seules ont une propension plus grande à garder elles-mêmes leur enfant, les mères immigrées seules, quant à elles, confieront plus souvent leur enfant à un tiers que les mères immigrées en couple.

Il est important de rappeler que ces résultats portent sur des familles plus vivant dans des logements ordinaires. Or la proportion de femmes et d'enfants parmi les sans-domicile fixe a augmenté entre 2001 et 2012 [6]. L'accès à l'emploi

des familles étrangères sans logement est particulièrement difficile, celles-ci étant souvent en situation irrégulière, sans justificatif de domicile ou handicapées dans des démarches de recherche d'emploi par une insuffisante maîtrise de la langue française ; une enquête récente l'a mis en évidence en Île-de-France [7]. Ces difficultés classiques sont encore plus problématiques pour les femmes non accompagnées du père des enfants ayant besoin de faire garder leurs

enfants non scolarisés pour avoir quelque chance de travailler. Selon cette enquête, près de la moitié des familles franciliennes sans domicile fixe étaient en situation monoparentale, cas de figure de plus en plus fréquent du fait de l'importance des flux de femmes migrant de façon autonome [8] et ayant à charge des enfants en bas âge [9].

Les choix éducatifs peuvent amener certains parents à laisser leurs enfants dans le pays d'origine ou à les renvoyer là-bas [10 ; 11]. Cependant, les difficultés rencontrées par les parents migrants pour concilier le travail et la prise en charge des enfants en bas âge – cette conciliation étant là aussi plus difficile à trouver pour les mères seules – peuvent aussi les conduire à laisser l'enfant dans le pays d'origine [12 ; 13]. ■

1. Ce travail a bénéficié d'un financement de la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) dans le cadre d'un appel à projets pour l'étude des liens entre monoparentalité et précarité.

Pour en savoir plus

● Eremenko T., Thierry X., Mogueu L., Prigent R. Organiser la garde des enfants quand on est mère seule : une spécificité des mères immigrées ? *Revue française des affaires sociales*, 2017, vol. 2 : p. 207-228. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2017-2-page-207.htm>.

L'ESSENTIEL

► Les familles monoparentales rencontrent plus de difficultés que les autres familles à concilier la garde de leur enfant et une activité professionnelle, souvent indispensable au niveau de vie du foyer.

► Les mères immigrées seules plébiscitent les crèches et les utilisent davantage que les autres groupes de mères.

LA SCOLARISATION PRÉCOCE À DEUX ANS

En France, la quasi-totalité des enfants entrent à l'école maternelle l'année de leurs trois ans. La préscolarisation dès deux ans est rare. L'école présente pourtant un double avantage pour les enfants de familles modestes : elle contribue à réduire précocement les inégalités sociales d'éducation et offre aux parents une solution d'accueil gratuit. On observe que les enfants vivant avec une mère seule sont plus fréquemment scolarisés à deux ans que ceux vivant avec une mère en couple ; environ la moitié de ces enfants

vivant avec une mère seule vont à l'école uniquement le matin. Ce résultat conforte l'objectif assigné à la scolarisation à deux ans d'aider en priorité les familles dans les situations les plus difficiles. Ni le statut monoparental, ni le statut d'immigré, considérés isolément, n'influent sur les probabilités de scolarité. En revanche, les mères se définissant hors de chacun de ces statuts, à savoir les mères non immigrées en couple, ont moins de chances que leur enfant fréquente une école avant l'âge de trois ans.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Boyer D., Villaume S. Les mères seules confient plus souvent leurs enfants de moins de 3 ans aux crèches et aux grands-parents. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), *Études et Résultats*, mai 2016, n° 960 : 6 p. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er960.pdf>
- [2] Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). *Immigrés et descendants d'immigrés en France*. Paris : Insee Références, 2012. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistique/s/1374013?sommaire=1374025>.
- [3] Brandon P.D. The child care arrangements of preschool-age children in immigrants families in the United States. *International Migration*, 2004, vol. 42, n° 1 : p. 65-87.
- [4] Wall K., José J.S. Managing work and care: A difficult challenge for immigrant families. *Social Policy and Administration*, décembre 2004, vol. 38, n° 6 : p. 591-621. En ligne : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-9515.2004.00409.x>
- [5] Bonizzoni P. Immigrant working mothers reconciling work and childcare: the experience of Latin

- American and Eastern European women in Milan. *Social Politics*, juin 2014, vol. 21, n° 2 : p. 194-217. En ligne : https://www.researchgate.net/publication/263333605_Immigrant_Working_Mothers_Reconciling_Work_and_Childcare_the_Experience_of_Latin_American_and_Eastern_European_Women_in_Milan
- [6] Mordier B. Les sans-domicile en France : caractéristiques et principales évolutions entre 2001 et 2012. *Économie et Statistique*, septembre 2016, n° 488-489 : p. 25-35. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2123142?sommaire=2123156>
- [7] Guyavarch E., Le Méner E., Vandentorren S. *Rapport d'enquête Enfants et familles sans logement personnel en Île-de-France (Enfams). Premiers résultats de l'enquête quantitative*. Paris : Observatoire du Samusocial de Paris, octobre 2014 : 359 p. En ligne : http://www.samusocial.paris/sites/default/files/2018-10/enfams_web.pdf
- [8] Beauchemin C., Borrel C., Régnard C. Les immigrés en France : en majorité des femmes. Institut national d'études démographiques (Ined), *Population et Sociétés*, juillet-août 2013, n° 502 : 4 p. En ligne : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19170/population_societes_2013_502_immigres_femmes.fr.pdf
- [9] Eremenko T., de Valk H.A.G. *The Role of Family and International Migration Dynamics in the Formation of Single-Parent Families*. [Working Paper

- 2016/06]. Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute (NIDI), novembre 2016 : 32 p. En ligne : <https://www.nidi.nl/shared/content/output/papers/nidi-wp-2016-06.pdf>
- [10] Razy É. Les sens contraires de la migration. La circulation des jeunes filles d'origine soninké entre la France et le Mali. *Journal des africanistes*, 2007, vol. 77, n° 2 : p. 19-43. En ligne : <https://journals.openedition.org/africanistes/2143#text>
- [11] Grysole A., Beauchemin C. Les allers-retours des enfants de l'immigration subsaharienne : « Les filles ou les garçons d'abord » ? *Migrations Société*, 2013, vol. 25, n° 147-148 : p. 127-142. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-migrations-societe-2013-3-page-127.htm>
- [12] Bernhard J.K., Landolt P., Goldring L. Transnationalizing families: Canadian immigration policy and the spatial fragmentation of care-giving among Latin American newcomers. *International Migration*, juin 2009, vol. 47, n° 2 : p. 3-31. En ligne : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1468-2435.2008.00479.x>
- [13] Bonizzoni P. Living together again: families surviving Italian immigration policies. *International Review of Sociology / Revue Internationale de Sociologie*, 2009, vol. 19, n° 1 : p. 83-101. En ligne : <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/03906700802613954?scroll=top&needAccess=true>

Projet européen *Advantage* : prévenir la perte d'autonomie chez les personnes âgées

Entretien avec le professeur Leocadio Rodríguez-Mañas,

MD, PhD, hôpital universitaire de Getafe, Madrid (Espagne), coordonnateur de l'action conjointe européenne *Advantage* (2017-2019).

La Santé en action : **Que pouvons-nous attendre de l'action européenne *Advantage* pour la prévention et la gestion de la fragilité, à laquelle participent 22 États et 40 organisations ?**

Pr Leocadio Rodríguez-Mañas : La dépendance représente désormais l'une des principales menaces pesant sur la qualité de vie des Européens, en particulier des Européens âgés, et sur la pérennité des systèmes de santé. Pour de nombreux problèmes de santé (cancer, cardiopathie ischémique, diabète, etc.), l'approche la plus judicieuse consiste à prévenir l'apparition de la maladie, à plus forte raison lorsque l'efficacité des traitements disponibles est incertaine. C'est également le cas pour la dépendance : en effet au cours de ces vingt dernières années, les chercheurs ont démontré qu'il était possible d'identifier les individus à risque de perte d'autonomie et de leur proposer des interventions efficaces pour retarder ou éviter un problème de santé pouvant entraîner une hospitalisation, voire un décès. *Advantage*¹ se focalise sur cet état de fragilité dans le but de créer un cadre conceptuel et une approche de la fragilité partagée par les États membres de l'Union européenne. Cet état de fragilité est défini par l'OMS². Durant ce programme de trois ans (2017-2019), les entités

représentant les États membres participants – pour la France : le ministère de la Santé et Santé publique France – ont produit des documents de consensus résumant l'état des connaissances. Le programme formulera également des propositions d'actions concrètes et des feuilles de route spécifiques à chaque État membre qui, sur la base de la situation actuelle et des priorités nationales, détailleront les activités à mettre en œuvre.

S. A. : **Quels sont les travaux engagés durant l'action conjointe ?**

Pr L. R.-M. : L'action conjointe *Advantage* est structurée autour de cinq groupes de travail thématiques abondant : la fragilité dans une approche individuelle (repérage et diagnostic) ou populationnelle (épidémiologie et surveillance), sa prévention et sa prise en charge, l'organisation des services de soins et, enfin, les besoins de formation et de recherche. En travaillant selon le même processus, les cinq groupes élaborent l'expertise et réalisent :

- une revue de la littérature pour déterminer l'état des connaissances [1] (*state of the art*) au cours de la première année (2017), qui a donné lieu à diverses publications disponibles tant sur la page Web d'*Advantage*³ que dans des revues spécialisées ;
- un état des lieux du repérage, dans le sens de l'identification d'une situation de fragilité et de sa prise en charge dans les États membres participants. Pour réunir ces données, les experts participant à l'action conjointe ont élaboré un questionnaire à destination des représentants et des institutions des États. Leurs réponses ont permis de rédiger un deuxième document – en cours de révision – intitulé

L'ESSENTIEL

▣ **Les études scientifiques démontrent qu'il est possible d'identifier les individus à risque de perte d'autonomie et de leur proposer des interventions efficaces pour retarder ou éviter la survenue d'événements négatifs pour leur santé. C'est ce qui justifie la mise en œuvre d'une stratégie européenne de lutte contre la fragilité, développée par l'action conjointe *Advantage* (2017-2019).**

Frailty Prevention Approach (FPA ou Approche de prévention de la fragilité) et auquel ont été consacrées toute la deuxième année et une partie de la troisième (2018-2019) ;

- une feuille de route 2020-2023 pour chaque État membre en s'appuyant sur l'état des connaissances⁴, incluant l'expertise sur l'*Approche de prévention de la fragilité (FPA)* et sur les conclusions issues de deux réunions en présentiel des experts de l'action conjointe au cours de la troisième année (2019). Ces réunions ont contribué à l'analyse et à l'identification des éléments communs qui façonneront l'approche européenne de la fragilité et à l'identification des particularités par chacun des États et à la définition des priorités nationales.

L'élaboration des divers documents a également tenu compte de sources d'information considérées comme faisant partie de la littérature grise, qui comprend entre autres des rapports locaux, régionaux et des projets de recherche en cours, en accordant une attention particulière à des projets et des actions conjointes d'entités européennes, tels que les projets *Chrodiss*⁵ et *Sunfrail*⁶ et des initiatives comme



© Audio-Active - Société Icon Sport pour l'événement 120 ans de sport by ASPTT (Limoges, mai 2018)

le *European Innovation Partnership on Active Healthy Aging (EIP-AHA)*⁷ ou *Partenariat européen d'innovation sur le vieillissement actif et en santé*).

S. A. : Quelles sont les interventions les plus concluantes issues de ces évaluations de programmes dans les pays européens ?

Pr L. R.-M. : L'approche de la fragilité est très variable dans les différents pays européens tant concernant le cadre conceptuel de la fragilité (certains privilégient le phénotype de fragilité, d'autres se sentent plus à l'aise avec le concept d'accumulation de déficits), que concernant le diagnostic ou l'approche au sein des systèmes de santé. Chaque pays considérerait auparavant la question sans se préoccuper de l'harmonisation avec les autres États membres, tout comme la Commission européenne elle-même qui négligeait le problème et en avait une approche très hétérogène. *Advantage* a donc permis d'attirer l'attention sur cette hétérogénéité, dont certains États membres n'avaient pas pris la mesure. Elle est visible non seulement entre États membres, mais également entre leurs régions avec une très importante disparité en matière d'approches et d'initiatives. Elle n'épargne pas la France, où certaines régions n'ont adopté aucune initiative identifiable, tandis que dans d'autres régions – comme l'Occitanie avec le gérontopôle de Toulouse ou l'initiative Maladies chroniques pour un vieillissement actif (Macvia), ou encore le gérontopôle de la Bourgogne-Franche-Comté –, la fragilité

et son approche sont de véritables sujets prioritaires qui bénéficient de l'attention et de l'appui des autorités locales, régionales et nationales⁸. Nous nous retrouvons dans une situation où certains pays sont presque totalement dépourvus de structures et actions axées sur la fragilité, tandis que d'autres disposent de services de santé prenant en compte de manière importante cette problématique – comme le Royaume-Uni, la France, la Finlande, l'Italie ou l'Espagne –, ou souhaitent mettre en place les services nécessaires – Irlande, Pays-Bas [2]. À travers son document *État des connaissances (State of the Art [1])*, *Advantage* a identifié une série d'actions et d'interventions qui ont démontré leur efficacité (et dans certains cas leur efficacité) dans la prévention et la prise en charge de la fragilité. Citons notamment :

- le besoin d'un repérage opportuniste de la fragilité au moyen d'une série d'échelles élaborées selon une méthodologie scientifique ;
- l'utilisation d'échelles plus précises pour le diagnostic ;
- la nécessité d'établir des programmes d'activité physique en prévention ; et également dans une approche thérapeutique, si une fragilité est identifiée ;
- l'importance de détecter et de traiter la dénutrition ou le risque de dénutrition ;
- le besoin d'évaluer la fragilité chez tous les patients âgés avant de prendre une quelconque décision diagnostique ou thérapeutique, parce qu'il s'agit du principal facteur prédictif d'évolutions défavorables.

La France fait partie des rares pays européens dans lequel le repérage opportuniste de la fragilité est recommandé (depuis 2013) pour tous les individus après 70 ans, en vue de leur proposer des actions de prévention ciblées sur l'activité physique et la nutrition notamment⁹.

S. A. : Pourriez-vous présenter les programmes les plus prometteurs mettant en évidence la diversité culturelle et humaine des pays membres de l'Union européenne ?

Pr L. R.-M. : Bien qu'*Advantage* recommande de multiples interventions, dont quelques-unes sont détaillées dans ma réponse à la question précédente, trois d'entre elles me semblent particulièrement intéressantes. La première porte sur l'importance d'un repérage et d'une prévention corrects de la fragilité. Des groupes déterminés de personnes âgées présentent un risque accru de la développer ou d'en être victimes. Ces individus à risque présentent notamment les caractéristiques suivantes :

- une comorbidité fréquente, en particulier un diabète de type 2, une cardiopathie ischémique, une insuffisance cardiaque, un trouble cognitif, une obstruction chronique des voies respiratoires ou une arthrose ;
- la prise concomitante de plusieurs médicaments ;
- une activité physique réduite ;
- des contacts sociaux limités et un réseau social réduit.

Chez les personnes de 75 ans et plus qui répondent à ces caractéristiques, la fragilité doit être évaluée périodiquement. En leur absence, cette évaluation doit commencer à 80 ans de manière opportuniste, en utilisant les outils adéquats et en complétant l'examen du sujet par une évaluation gériatrique standardisée, adaptée à l'environnement de soins considéré. Détecter sans envisager d'intervenir n'a aucun sens et ces programmes de repérage doivent donc être suivis de programmes d'intervention.

Jusqu'il y a peu, nous manquions de données probantes sur l'efficacité et le succès des interventions consacrées à la fragilité, mais on peut affirmer que ces données sont désormais de plus en plus nombreuses. Parmi ces

interventions, la mise en œuvre de programmes d'activité physique multidimensionnelle (c'est-à-dire comprenant des exercices aérobies, de résistance-force, d'équilibre et de souplesse) est peut-être la mieux étayée. Des programmes d'exercice physique ne requérant que peu de matériel et une supervision réduite ou nulle sont déjà disponibles¹⁰. Les personnes n'ayant que de modestes moyens ou un accès limité à des gymnases ou à des centres de réhabilitation peuvent donc si nécessaire les suivre à domicile. Les exercices de force musculaire en constituent l'élément central. Les données scientifiques concernant les programmes de nutrition indiquent qu'ils sont utiles en complément des programmes d'exercice physique ; appliqués seuls, leur efficacité est en revanche controversée. L'utilisation et la posologie des suppléments de vitamine D doivent d'autre part être éclaircies, même si *Advantage* recommande de les envisager.

Le troisième pilier concerne l'environnement dans lequel se déroulent les programmes de prévention, repérage et traitement de la fragilité et les modalités de surveillance de leur efficacité ou de leur efficacité. Des données de plus en plus nombreuses suggèrent qu'il est nécessaire de développer des soins continus et coordonnés entre les différentes entités de santé (santé publique, systèmes sanitaires et sociaux, société civile, etc.) dans le but ultime d'offrir des soins intégrés aux personnes concernées. Si de nombreuses informations indirectes indiquent une efficacité des systèmes de soins ainsi conçus [3], nous manquons toujours de preuves solides. Cependant, l'Organisation mondiale de la Santé les recommande et des services de santé – comme ceux d'Écosse – qui ont implémenté et évalué ces modalités ont obtenu des résultats favorables impressionnants [4 ; 5]. C'est pour toutes ces raisons qu'*Advantage* recommande que les services de santé actuels, pensés pour offrir une réponse aux problèmes de santé aigus, adoptent progressivement des modèles de prévention des maladies chroniques préservant l'autonomie fonctionnelle des citoyens.

S. A. : **Les programmes à l'efficacité démontrée par une évaluation indépendante peuvent-ils être appliqués à d'autres pays, malgré des structures sociales et culturelles différentes ?**

Pr L. R.-M. : Dans le cadre d'*Advantage*, nous avons entre autres cherché à travailler sur les éléments communs des différentes actions menées dans les États membres. Nous avons réussi à identifier une série de caractéristiques susceptibles d'être appliquées à pratiquement tous les modèles européens, moyennant des adaptations mineures à chaque contexte. Les feuilles de route en cours d'élaboration comprennent par conséquent des axes communs auxquels s'ajoutent quelques approches qui prennent en compte justement les spécificités des différents pays. Cette approche peut être l'un des facteurs assurant le succès de la mise en œuvre des feuilles de route, que nous allons suivre et soutenir si nous obtenons des financements supplémentaires dans les années à venir. Les feuilles de route devront être diffusées aussi largement que possible auprès des organismes et des professionnels concernés. ■

Propos recueillis par Dagmar Soleymani, chargée d'étude scientifique, PhD

Direction de la prévention et de la promotion de la santé
Unité personnes âgées et populations vulnérables,

Laure Carcaillon-Bentata, épidémiologiste, chargée de projets scientifiques, PhD

Direction des maladies non transmissibles et traumatismes
Unité Pathologies, populations et traumatismes
Santé publique France.

1. L'action conjointe *Advantage* bénéficie d'un financement européen dans le cadre du 3^e programme européen de Santé 2014-2019. <http://www.advantageja.eu/>

2. *Advantage* a retenu la définition de la fragilité de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « La fragilité [...] peut être considérée comme étant une régression progressive des systèmes physiologiques liée à l'âge, qui entraîne une diminution des réserves de capacités intrinsèques, ce qui confère une extrême vulnérabilité aux facteurs de stress et augmente le risque d'une série d'effets négatifs sur la santé. » (Organisation mondiale de la santé – OMS. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. Genève : OMS, 2016)

3. <http://advantageja.eu/index.php/fr/a-propos-de-nous/plus-sur-la-fragilite/21-page/474-documents-sur-la-fragilite>

4. <https://www.inrca.it/inrca/advantage/index.asp>, avec un classement par pays. Pour la France : <https://www.inrca.it/inrca/advantage/focuson.asp?Nation=France#FRANCE>

5. <http://chrodis.eu/>

6. <http://www.sunfrail.eu/>

7. https://ec.europa.eu/eip/ageing/home_en

8. Pour en savoir plus sur la prévention et le repérage de la fragilité en France :

- recommandations de la HAS, repérage des fragilités par les caisses de retraite : <https://www.pourbienvieillir.fr/la-fragilite> ;

- pour les travaux des gérontopôles : <https://www.pourbienvieillir.fr/organismes-recherche> ;

- pour les outils de repérage comme la grille Fragire, etc. : <https://www.pourbienvieillir.fr/les-entretiens-deducation-pour-la-sante>

9. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires

10. www.vivifrail.com

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Rodríguez-Laso Á., Caballero Mora M.-Á., García Sánchez I., Rodríguez Mañas L., Bernabei R., Gabrovec B. *et al.* *State of the art report on the prevention and management of frailty*. [Rapport] *Advantage*, 2017 : 36 p. En ligne : http://advantageja.eu/images/SoAR-AdvantageJA_Fulltext.pdf

[2] García Sánchez I. (Deputy Coord.), Caballero Mora M.-Á. (Technical Supp.), Rodríguez Mañas L. (Coord.). *Frailty Prevention Approach*. *Advantage*, 2018 : 52 p. En ligne : <http://advantageja.eu/images/FPA%20Core%20ADVANTAGE%20doc.pdf>

[3] Flanagan S., Damery S., Combes G. The effectiveness of integrated care interventions in improving patient quality of life (QoL) for patients with chronic conditions. An overview of the systematic review evidence. *Health Quality of Life Outcomes*, 29 septembre 2017, vol. 15, n° 1 : p. 188. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5622519/>

[4] Beard J. R., Officer A., de Carvalho I. A., Sadana R., Pot A. M., Michel J. P. *et al.* The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet*, 21 mai 2016, vol. 387, n° 10033 : p. 2145-2154. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4848186/>

[5] Hendry A, Taylor A, Mercer S, Knight P. Improving Outcomes through Transformational Health and Social Care Integration - The Scottish Experience. *Healthc Q*. 2016;19(2):73-79.

Opération Mois sans tabac : focus sur l'Occitanie

Jennifer Davies, chargée d'expertise en politiques publiques, Santé publique France, **Marion Mourgues**, chargée de projet en santé publique, Épidaure, Institut du cancer de Montpellier, **Viêt Nguyen-Thanh**, responsable de l'unité addictions, **Anne Pasquereau**, chargée d'études et de recherche, **Olivier Smadja**, chef de projet, Santé publique France.

Mois sans tabac est une opération de prévention du tabagisme lancée conjointement par le ministère des Affaires sociales et de la Santé, l'Assurance maladie et Santé publique France en 2016, sur la base d'une expérience anglaise, *Stoptober*, qui existe depuis 2012. Son objectif

est de proposer à tous les fumeurs d'arrêter de fumer, ensemble, pendant un mois, en novembre, car après 28 jours d'arrêt, les chances de rester non-fumeur sont multipliées par cinq [1].

Menée sur l'ensemble du territoire français, cette action Mois sans tabac combine une importante communication nationale, une plateforme téléphonique (3989) et Internet d'aide au public, Tabac Info service, et un partenariat entre Santé publique France et un réseau d'organismes associatifs, publics et privés, permettant de démultiplier l'impact de la campagne :

- en assurant le contact avec les fumeurs sur leurs lieux de vie ;
- en leur distribuant des brochures ;
- en organisant sur leur lieu de travail des stands d'informations sur le tabagisme ;
- en leur proposant, en lien avec la médecine du travail, des consultations d'aide à l'arrêt...

En complément de cet important dispositif de marketing social, Santé publique France soutient dans la

majorité des régions françaises, en lien avec les agences régionales de santé (ARS), des « structures ambassadrices » apportant une expertise reconnue à l'échelon régional. Ces dernières relaient et soutiennent l'opération sur le terrain, font remonter à Santé publique France les informations permettant d'ajuster le dispositif.

Focus sur l'Occitanie

En Occitanie, l'agence régionale de santé (ARS) est maîtresse-d'œuvre de l'opération de déploiement régional ; un comité de pilotage fédère, sous la présidence de l'ARS, les parties prenantes de l'opération – Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca), Assurance maladie, associations de lutte contre le tabagisme, etc. La structure ambassadrice occitane Épidaure fait partie du département de prévention de l'institut du cancer de Montpellier (ICM) et est chargée de déployer l'opération sur les 13 départements couverts par la région. Épidaure collabore avec l'instance régionale d'éducation pour la santé (Ireps) Occitanie, l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa) Occitanie et l'association Souffle L-R pour un maillage du territoire plus efficace. Le rôle de l'ambassadeur est :

- d'assurer la mise en œuvre de Mois sans tabac en fédérant l'ensemble des structures publiques, privées et associatives actrices de la lutte contre le tabagisme, qu'elles soient dans le domaine de la santé ou non ;
- de les outiller et de leur apporter un appui méthodologique pour le déploiement de Mois sans tabac ;
- de former les professionnels à Mois sans tabac et plus largement à la prévention du tabagisme ;

- de s'assurer de la bonne conduite de l'opération ;
- d'évaluer les actions menées.

Les pilotes locaux veillent en particulier à ce que l'opération n'accroisse pas les inégalités sociales et territoriales de santé. L'Occitanie présente d'importantes variations de densité de population avec, sur 13 départements, deux métropoles très denses – Montpellier et Toulouse – et un littoral très peuplé, qui contrastent avec des zones faisant partie de la « diagonale du vide » – moins de 40 habitants/km². Elle est également l'une des régions qui compte le plus de bénéficiaires des aides sociales en France¹ (allocation chômage, revenu de solidarité active, revenu de solidarité spécifique, allocation adulte handicapé et allocation de solidarité aux personnes âgées). Concernant la consommation tabagique, la prévalence quotidienne en Occitanie est également l'une des plus élevées parmi les régions françaises, puisqu'on compte 30,3 % de fumeurs quotidiens en 2017².

L'un des enjeux majeurs de l'action du dispositif local Mois sans tabac, porté par l'agence régionale de santé et la structure ambassadrice régionale, est de prendre en compte ces différences sociodémographiques et territoriales, d'apporter des réponses adaptées à chacune des populations fumeuses pour réduire les inégalités sociales de santé. Les professionnels interviennent donc au plus près des lieux de vie ou de soins des fumeurs (travail avec les services de protection maternelle et infantile des conseils départementaux, des associations d'insertion, des établissements d'accueil de personnes handicapées, etc.). Ils proposent des outils personnalisés en fonction des particularités de chacun des publics, des outils à la pertinence scientifiquement reconnue pour engager ou soutenir des

L'ESSENTIEL

► **Chaque année, les territoires relaient l'opération nationale Mois sans tabac, organisée en novembre pour soutenir les fumeurs dans leur démarche d'arrêt. Focus sur le dispositif à l'œuvre en Occitanie.**

tentatives d'arrêt. La pierre d'angle de cette démarche est la vulgarisation du modèle transthéorique de changement de Prochaska et Di Clemente pour aider au changement de comportement, pour soutenir la motivation du fumeur à arrêter (parmi les outils personnalisés : l'aider à afficher ses humeurs du jour, calculer les économies qu'il réalise grâce à l'arrêt). La méthodologie d'intervention des professionnels est spécifique : conférence collective, groupes d'entraide, intégration d'un accompagnement par l'activité physique ou la relaxation, etc. Ils diffusent les outils d'accompagnement de Santé publique France (kits, brochures, ligne d'écoute 3989).

Arap-Rubis : un soutien personnalisé aux personnes en difficulté

Pour déployer une stratégie de plaidoyer à l'échelle d'une région aussi vaste, l'ensemble des partenaires potentiels à l'échelon local sont informés des possibilités d'accompagnement dont ils disposent pour valoriser le dispositif, favoriser l'inscription des fumeurs à l'opération et le soutien des participants pendant l'arrêt.

Pour que l'opération soit connue de tous, il est important d'impulser au niveau local des actions à forte visibilité. Ainsi, un tramway aux couleurs de l'opération a été mis en circulation dans la métropole durant le mois de novembre 2017, à l'initiative de l'Assurance maladie de l'Hérault, de Montpellier Méditerranée Métropole, de la société Transports de l'agglomération de Montpellier (TAM), du centre hospitalier universitaire de Montpellier, de l'association Souffle-LR et de l'ARS. Ce dispositif rappelle aux fumeurs la temporalité de l'opération. De nombreuses autres actions, moins visibles, permettent aux fumeurs

d'initier un arrêt durant l'opération. À titre d'exemple, depuis la première édition en 2016, l'Association réflexion actions prévention (Arap)-Rubis (communautaire « Rubis »), implantée à Nîmes (Gard), renforce ses missions de prévention santé en les élargissant à la thématique du tabagisme pendant Mois sans tabac. Cette association poursuit notamment des missions sociales, d'insertion, d'intégration et de santé communautaire en milieu prostitutionnel. Durant le mois sans tabac, l'association accompagne les travailleurs du sexe qui le souhaitent à l'arrêt du tabac, sa diminution ou la réduction du risque tabagique. Elle tient des permanences une demi-journée par semaine, pour recevoir individuellement les fumeurs et leur dispenser des conseils personnalisés. L'accueil est étendu aux tournées du camping-car médico-social, à l'ensemble des locaux de l'association. Un médecin, un animateur et un volontaire en service civique sont disponibles pendant Mois sans tabac pour répondre aux questions et dispenser des conseils. Des dépliants, des affiches et des kits d'aide à l'arrêt du tabac³ sont à disposition dans les locaux.

Par ailleurs, dans le cadre des permanences sociales et de l'accès aux droits, les personnes peuvent bénéficier de l'appui de l'assistante sociale, de l'éducatrice ou des membres d'Arap-Rubis pour obtenir un entretien ou des aides concernant les substituts nicotiques (patchs, gommes, pastilles...). L'accompagnement de ce public doit être soutenu en raison de sa vulnérabilité et de sa précarité. En outre, c'est également une reconnaissance supplémentaire que de prendre en charge leur tabagisme, au-delà des risques habituellement prévenus (toxicomanie, risques sexuels ou psychologiques). Les professionnels de l'association Arap-Rubis ont été formés à l'opération Mois sans tabac.

Mois sans tabac : une opération au succès avéré

Selon les données du Baromètre de Santé publique France, 380 000 fumeurs quotidiens ont fait une tentative d'arrêt en lien avec la première édition de Mois sans tabac de novembre 2016 [2]. Environ 20 % d'entre eux étaient toujours abstinents six mois plus tard, soit près

de 80 000 ex-fumeurs. Les fumeurs qui ont fait une tentative d'arrêt en lien avec Mois sans tabac sont nettement plus nombreux à avoir utilisé une aide pour arrêter de fumer, résultat très encourageant étant donné que la promotion des aides disponibles était un des leviers de l'opération et que le recours à une aide extérieure augmente les chances de succès. Mois sans tabac a ainsi contribué, avec l'ensemble des mesures du Programme national de réduction du tabagisme, à la baisse historique du tabagisme en France : 1,6 million de fumeurs quotidiens en moins entre 2016 et 2018. ■

1. Source : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3559477?sommaire=3559528>

2. Source : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/pdf/2018_14-15.pdf

3. Les kits d'aide à l'arrêt du tabac sont des enveloppes aux couleurs de Mois sans tabac, qui contiennent des documents permettant d'informer le fumeur sur les bénéfices de l'arrêt et lui donner des clés pour y parvenir : une roue des économies, pour mesurer les économies réalisées ; un agenda pour accompagner le fumeur pas à pas pendant 30 jours ; des conseils nutritionnels pour éviter de prendre du poids ; un livret pour aider le fumeur à se préparer à l'arrêt ; des conseils de relaxation.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] West R., Stapleton J. Clinical and public health significance of treatments to aid smoking cessation. *European Respiratory Review*, 2008, vol. 17, n° 110 : p. 199-204. En ligne : <https://err.ersjournals.com/content/errev/17/110/199.full.pdf>

[2] Guignard R., Richard J.-B., Pasquereau A., Andler R., Arwidson P., Smadja O. et al. Tentatives d'arrêt du tabac au dernier trimestre 2016 et lien avec Mois sans tabac : premiers résultats observés dans le Baromètre santé 2017. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2018 : n°s 14-15 : p. 298-303. En ligne : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/pdf/2018_14-15_6.pdf

Une bière

aura été brassée en cuve mais pas portée 9 mois dans votre ventre,
sentira le houblon mais jamais aussi bon que la peau d'un bébé,
ne tendra pas vers vous de petites mains potelées
et n'aura jamais de cœur qui, posé sur le vôtre, à même la peau,
vous fera connaître des sentiments inouïs.

Alors pendant 9 mois,
même un soir de finale,
demandez-vous si ce "petit verre"
en vaut vraiment la peine.



Parce qu'aujourd'hui,
personne ne peut affirmer
qu'un seul verre soit sans
risque pour le bébé :

**par précaution,
zéro alcool
pendant
la grossesse.**

Besoin d'en savoir plus ? Parlez-en à un professionnel de santé ou contactez
Alcool-Info-Service : 0980 980 930 de 8 h à 2 h, appel anonyme et non surtaxé.

