

SOMMAIRE

- ❖ **Introduction** des Assises Régionales
de la Prévention Conduites Addictives
du Nord - Pas-de-Calais p 1
- ❖ **Programme**
des 21 et 22 novembre 2002 p 2
- ❖ **Introduction de la journée** du 21 novembre
par le Docteur Alain Morel,
Président de la Fédération Française d'Addictologie p 3
- ❖ **Atelier 1 :**
Fondement, légitimité, ambition et limites
de la prévention des conduites addictives p 8
- ❖ **Atelier 2 :**
Les intervenants, les métiers, les méthodes p 11
- ❖ **Atelier 3 :**
Objectifs et stratégies p 14
- ❖ **Liste des participants** p 19

INTRODUCTION

des Assises Régionales de Prévention des Conduites Addictives Nord - Pas-de-Calais

La Fédération Française d'Addictologie (FFA) regroupe une quinzaine d'associations nationales qui agissent dans le champ des addictions (dont l'ANIT - Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie, l'ANPA - Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme - et la Société de Tabacologie).

Relayée par leurs groupes régionaux, la Fédération Française d'Addictologie a organisé des Assises Régionales de la Prévention dans plusieurs régions de France dont le Nord - Pas-de-Calais.

Dans notre région, elles ont été organisées sous forme d'un séminaire de travail regroupant une centaine de personnes qui se sont réunies à Lille les 21 et 22 novembre 2002.

Le pilotage de ce séminaire a été assuré par le GRANIT, l'ANPA Nord - Pas-de-Calais, ECLAT et le GRAA.

Ces journées de travail régionales qui, nous l'espérons, seront relayées en 2003 par des assises nationales se sont données pour objectif de réfléchir sur les pratiques de prévention primaire et secondaire des conduites addictives. Le terme de conduites addictives a été pris ici dans le sens de « conduites de consommation de substances psychoactives » ne limitant pas les risques et la prévention au seul risque de dépendance.

Ce séminaire de travail a regroupé des professionnels ayant une expérience réelle de prévention dans le domaine de l'alcool, du tabac, des drogues illicites et le souhait de débattre, de faire émerger, des questions, des propositions, des recommandations, qui pourraient être reprises lors des Etats Généraux Nationaux.

Il s'est déroulé sous forme de trois ateliers et d'une restitution en séance plénière, chaque atelier se voyant soumettre une question élaborée par le groupe de pilotage et un groupe de personnes ressources.

Les questions ont été au nombre de trois :

- ❖ fondement légitime, ambition et limite de la prévention des conduites addictives ;
- ❖ les intervenants, les métiers, les méthodes ;
- ❖ les objectifs et les stratégies.

L'animation de chaque atelier a été assurée par trois personnes issues respectivement du champ de la toxicomanie, de l'alcoolologie et de la tabacologie.

Ces personnes ont restitué ci-après les propositions et recommandations de leur groupe.

PROGRAMME

Lieu : Hôtel Politel à Lille

Jeudi 21 novembre 2002 :

9 h 00	Accueil
9 h 15 - 9 h 45	Introduction de la journée
10 h 00 - 12 h 30	1 ^{ère} séance d'ateliers
12 h 30 - 13 h 45	Repas
14 h 00 - 17 h 00	2 ^{ème} séance d'ateliers

Vendredi 22 novembre 2002 :

9 h 00 - 10 h 00	3 ^{ème} séance d'ateliers
10 h 00 - 12 h 45	Séance plénière :
10 h 00 - 11 h 45	Restitution des ateliers et débat
11 h 45 - 12 h 45	Conclusions par les Pr. VOISIN et PARQUET

Thème des ateliers

◆ **Atelier I :**

Fondement, légitimité, ambition et limites de la prévention des conduites addictives

Historiquement, on reconnaît 3 niveaux à la prévention : la prévention primaire, secondaire et tertiaire, qui, mise en regard de l'usage, renvoie au non-usage, à l'usage récréatif, à l'usage nocif et à la dépendance.

Chacune de ces catégories se réfère à un concept de prévention.

Ces concepts sont-ils encore aujourd'hui opérants ou nécessitent-ils d'être redéfinis ?

◆ **Atelier II :**

Les intervenants, les métiers, les méthodes

- Entre « la prévention est l'affaire de tous » et une spécialité de « préventologue », quelles articulations entre interventions profanes (famille, citoyen...) et interventions spécialisées.
- Intervention collective ou approche individuelle : quelles indications, quels acteurs, quels liens ?

◆ **Atelier III :**

Objectifs et stratégies

- Un certain nombre d'actions et de programmes revendiquent une légitimité à partir de la description qu'ils font du problème. Evoquer un problème, est-ce déjà agir ?
- Entre la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie (notion qui renvoie à un projet politique) et les actions sur les facteurs de risque et de protection (culture de santé publique) quelles voies, quelles stratégies pour la prévention.

Pourquoi des assises régionales des professionnels de la prévention des conduites addictives ?

*Introduction de la journée par le Docteur Alain Morel
Président de la Fédération Française d'Addictologie*

Tout d'abord, merci à toutes et à tous, professionnels venus des champs de l'alcoologie, de la tabacologie, de l'intervention en toxicomanie, professionnels venus des secteurs de l'éducation à la santé, de l'Education Nationale, des actions locales de prévention, des soins ou d'autres secteurs impliqués directement dans la prévention.

Merci à tous d'avoir accepté de jouer le jeu du dialogue et de la volonté de construire, ensemble, pour améliorer nos pratiques.

Précisément, la FFA est née de cette volonté de rapprochement et de dialogue permanent. Volonté qui a d'abord été celle de 4 associations (SFA, ANPA, ANIT, ST), particulièrement convaincues de la nécessité pour tous de réaliser cette convergence et de développer des collaborations étroites.

La Fédération a été créée en avril 2001, et, depuis, les 4 associations fondatrices ont été rejointes par 10 autres associations professionnelles nationales.

C'est dire que la FFA a acquis, dès sa naissance, une indéniable représentativité, et que sa création a constitué un événement symbolique de grande importance pour le développement de l'addictologie dans notre pays.

Mais la FFA n'est pas qu'un symbole, elle se veut aussi un instrument actif pour démultiplier les interactions et les synergies entre ses membres.

Ces interactions figurent au premier plan de ses objectifs qui comportent deux maîtres mots : **mise en commun** et **coordination**.

Remarquons tout de suite que nous sommes loin de toute idée de fusion ou d'amalgame, et que le respect des différences est inscrit en filigrane de tous nos textes fondateurs.

Mais, plus concrètement, comment se déclinent ces objectifs de mise en commun et de coordination ? Nous avons choisi pour l'instant 3 directions d'action :

- La mise en place de groupes de travail inter-disciplinaires
- L'organisation de manifestations scientifiques
- La conception et la réalisation de programmes d'enseignement, de formation et de recherche.

Le domaine de la prévention s'est évidemment imposé comme un domaine prioritaire de rencontre et de coopérations. J'y reviendrai.

Mais nos travaux se sont aussi orientés vers d'autres questions, comme celles :

- des législations en matière de consommation de SPA,
- de la recherche et de l'enseignement en addictologie,
- du rapprochement des différentes revues,
- de l'organisation d'une grande conférence francophone en 2004 ou 2005.

Pour communiquer avec nos membres (si l'on additionne tous leurs adhérents, cela représente au moins 4 à 5000 personnes) nous allons prochainement ouvrir un site Internet.

Mais, je vais arrêter là la description rapide de ce qu'a fait la FFA.

Permettez-moi, avant de revenir sur la démarche qui a présidé à l'organisation de ces Assises, de m'attarder quelques minutes sur ce qui est la raison d'être de la FFA, à savoir le développement de l'addictologie.

L'addictologie : donner force à notre fonds commun

Nous avons voulu une structure commune car il nous est apparu indispensable de créer **un lieu permanent d'échanges et de réactualisation de notre fonds commun**.

Ce fonds commun, nous le retrouvons à travers l'histoire de nos différents secteurs cliniques et institutionnels, particulièrement ceux de l'alcoolologie et de la toxicomanie.

Ce qui frappe dans cette histoire parallèle, même si les paradigmes ou les ruptures fondatrices ne sont pas exactement les mêmes, c'est la similarité des enjeux éthiques, des enjeux de santé publique et des enjeux législatifs et politiques.

De l'histoire et des combats à l'origine de la constitution de nos différents secteurs émerge en effet ce fonds commun qui peut se résumer en deux points :

- D'abord, face à la violence du rejet social dont ont été (et sont encore) victimes les personnes cataloguées « alcooliques » ou « toxicomanes », s'est imposée dans l'intervention en toxicomanie, **un attachement indéfectible à la défense de la liberté des personnes et de leur dignité, de leur citoyenneté**. La volonté de combattre toutes les formes de ségrégation, en particulier ces ségrégations et ces exclusions du quotidien, légitimées par de pseudo-diagnostics comme ceux de psychopathes, d'alcooliques ou de drogués. Ce combat contre l'obscurantisme et contre la négation de l'individu, de ses choix personnels et de sa souffrance, a marqué cette histoire parallèle. Si nous l'avons mené longtemps séparément, aujourd'hui nous devons le mener ensemble. Car il semble bien que ce combat puisse redevenir d'actualité - si tant est qu'il avait perdu de cette actualité.
- Le second point fondamental sur lequel nous nous retrouvons, c'est un attachement - tout aussi indéfectible - à **une approche globale, c'est-à-dire pluridimensionnelle, bio-psychosociale**. Une approche tout simplement humaine qui refuse de réduire l'individu, le sujet, à son comportement ou à la substance qu'il consomme, dont il abuse ou dont il est dépendant. Une conception qui refuse de dichotomiser le Bien et le Mal à travers des substances qui les incarneraient. Tous les professionnels retiennent à présent comme une donnée essentielle la distinction à faire moins entre les substances qu'entre leurs usages : usages simples, usages nocifs ou usages de dépendance.

Sur ce fonds commun, sur cette base, l'addictologie ouvre un champ qui permet de dépasser, de déconstruire même, les vieilles cloisons de la pensée et de l'action, pour laisser libre cours à un dialogue nouveau et créer des espaces de réflexion, de confrontation et de recherche. De ce point de vue, si l'addictologie est apparue comme une mode ces dernières années, il semble bien qu'à présent, elle devienne un combat.

L'addictologie représente pour nous plus qu'une discipline scientifique et elle ne saurait être ramenée à une doctrine ou à une chapelle : il s'agit d'un vaste domaine d'investigation qui n'appartient à aucune discipline - fut-ce t'elle médicale - et qui n'efface pas les spécificités, mais qui stimule la transdisciplinarité, les échanges et les pratiques novatrices.

Nous voici parvenus à ce qui nous réunit aujourd'hui dans ces Assises, car c'est bien cette volonté qu'elles veulent traduire.

La prévention : un chantier prioritaire

La prévention des conduites addictives s'est imposée, je l'ai déjà évoqué, comme le premier chantier à mener en commun.

D'abord parce qu'il s'agit d'un très grand domaine où, nous le savons bien, nos spécificités s'effacent au profit de multiples facteurs influençant les comportements humains, la prise de risque, mais aussi la recherche de plaisir ou de mieux-être.

Ensuite, parce qu'il s'agit d'un domaine où la richesse et le foisonnement des actions s'accompagnent d'une grande dispersion et d'un impact qui apparaît bien faible sur les comportements à risque.

Pourtant, la prévention des conduites addictives devrait être un axe prioritaire pour la santé publique. Ce n'est pas une clause de style : la consommation des produits psychoactifs pèse effectivement très lourdement sur la morbidité et la mortalité de la population.

Dans le cadre de la consultation régionale en vue de l'élaboration de la loi de programmation quinquennale en santé publique, l'Observatoire Régional de la Santé d'Ile de France présentait récemment une étude sur l'état de santé des Franciliens (ces chiffres sont tout à fait comparables dans les autres régions) dont il ressort des points très intéressants pour notre domaine.

- Les niveaux de mortalité prématurée (avant 65 ans) sont très préoccupants (19 000 décès par an en Ile de France).
- Dans cette mortalité, le tabac et l'alcool présents pour près de 30 % chez les hommes, environ la moitié (15 %) chez les femmes (mais parmi ces dernières la progression de la mortalité par cancer du poumon est fulgurante : + 100 % en seulement 3 ans, signe de l'augmentation de la consommation de tabac chez les jeunes filles).
- Il apparaît également que les consommations multiples constituent des co-facteurs pour de nombreuses pathologies somatiques.
- La participation de l'usage des drogues illicites n'est pas mesurable aujourd'hui et elle est probablement moindre car la prévalence des consommations est nettement inférieure. Toutefois, le sida a affecté très sensiblement la mortalité des moins de 45 ans, et si cette mortalité est en baisse ces dernières années, cela est incontestablement le fruit de la politique de prévention des dommages (« réduction des risques ») entreprise depuis une dizaine d'années. En revanche, la morbidité liée à l'hépatite C poursuit son développement.
- La forte prévalence de morbidité due aux cancers, aux troubles psychiatriques et aux maladies cardio-vasculaires, laisse apparaître là aussi l'impact sur la santé publique des abus de substances psychoactives.

- L'insécurité routière et ses conséquences sanitaires est aussi en grande partie liée aux consommations de substances psychoactives, en particulier celles d'alcool et, dans une moindre mesure, celles d'autres produits (cannabis, médicaments psychotropes) souvent associés.

Les conduites addictives sont donc l'un des principaux facteurs de mortalité et de morbidité, et l'un des seuls qui dépend directement du comportement individuel et collectif. Et qui peuvent donc être modifiées par la prévention.

Il s'agit donc d'un enjeu de premier ordre pour la prévention. Il devrait susciter toute notre attention et la mobilisation de toute la société.

Redonner de la cohérence

Tout le monde est d'accord au moins sur ce point à propos de la prévention : ce dont elle souffre le plus, et ce qui la rend si peu, si mal efficace, c'est le **manque de cohérence**. « Fédérer », « re-liaison », « coordonner », « articuler », tels sont les mots que l'on entend le plus ces dernières années dans les rencontres de professionnels impliqués dans la prévention.

A contrario, nombreux sont ceux qui dénoncent les discordances, les contradictions voire les hypocrisies de la politique de prévention dans notre pays. Celles-ci jettent en effet un discrédit sur toutes les actions. Les exemples sont innombrables. Vous en avez tous présents à l'esprit.

Or, tout pédagogue vous le dira : ce qui porte atteinte le plus fondamentalement à toute entreprise éducative, c'est bien l'incohérence des messages explicites et latents, et les incohérences de ceux qui les portent.

Chacun en rit, le regrette ou s'en offusque... mais cela ne suffit pas : il faut essayer de comprendre les sources de ces incohérences, et tâcher de les surmonter autant que faire se peut. Voilà pourrions-nous dire la finalité de ces assises : faire reculer l'incohérence. Voici peut-être notre mission.

Comment y parvenir ?

En travaillant d'abord ensemble **sur des définitions communes** qui portent en premier lieu sur **les principes de base** qui guident l'idée d'intervenir « avant », et qui portent aussi sur **l'objet** de cette intervention : la menace, les dangers, les risques que nous voulons éviter ou réduire.

Cela nous conduit d'emblée dans 2 directions distinctes bien que très liées et à mener sans doute parallèlement :

- D'abord **la définition d'une politique commune** qui permette de mobiliser l'ensemble des ressources (l'Etat, la société civile et ses organisations), sur des objectifs cohérents et adaptés.
- Et puis, **définir les caractéristiques déontologiques et techniques d'un référentiel de base** pour garantir aux actions un minimum d'efficacité ou d'efficience.

Nous avons un terrible besoin de progresser sur ces deux voies, tant notre retard est grand.

La première voie (la politique de prévention) est à mener par les responsables politiques, en concentration avec les professionnels. C'est ce que nous attendons du projet élaboré avec la MILDT d'Etats Généraux nationaux de la prévention des conduites addictives.

La seconde voie (le référentiel de « bonnes pratiques ») est à élaborer principalement par les professionnels, avec leurs partenaires.

Pour progresser dans ces deux voies, nous avons besoin d'un début de langage commun. Ces Assises constituent en quelque sorte les préliminaires, les défrichages indispensables pour contribuer à ce langage commun et pour introduire cette double démarche.

Si de définir un référentiel commun n'est pas l'objet immédiat de ces Assises, cela est en revanche la finalité de la démarche entreprise. Mais levons tout de suite tout malentendu à ce sujet.

Il ne s'agit pas d'instaurer je ne sais quelle « pensée unique », mais de se donner ensemble différents points de repère, tenant compte des savoirs acquis et de l'expérience, pour progresser ensemble. Référencer - référer - c'est se rapporter à, s'appuyer sur, tel l'arbitre - referee en Anglais - qui constitue un tiers, digne de confiance et au-dessus des conflits d'intérêts.

Pour aller vers des références communes, il faut **des élaborations communes**, c'est-à-dire **rechercher l'appropriation collective** de ces repères.

La tâche est ardue car le domaine est complexe, mais on ne part pas de rien : les expériences sont multiples et riches, vous allez pouvoir en témoigner et en tirer des lignes de force pour notre démarche.

Il faut en identifier les obstacles. Ils ressortent de deux types d'écart que nous aurons certainement à réduire pour rendre la prévention plus efficace :

- Ecart au sein des professionnels, diversité des approches des addictions
- Ecart encore plus importants entre nos approches et les représentations de la société civile, de l'opinion et des décideurs.

Le chantier est de taille, mais les enjeux également. Le travail réalisé durant ces Assises est donc d'une grande importance.

Merci en tout cas de contribuer par votre engagement et vos échanges à nous faire tous progresser dans ce domaine de la prévention.

Bon travail !

Atelier 1. Fondement, légitimité, ambition et limites de la prévention des conduites addictives

Coordonnatrice : Mme BONTE

Animateurs :

- Isabelle CAZIER (FORT)
- Hugo D'ALESSENDRO (SPIRITEK)
- Anne DASSONVILLE (CDPA)
- Marie-Jo LOGEZ
- Marie VILLEZ (GRANIT)

Fondement, légitimité, ambition et limites de la prévention des conduites addictives.

Historiquement, on reconnaît 3 niveaux de prévention : primaire, secondaire et tertiaire, qui mis en regard de l'usage, renvoie au non usage, à l'usage récréatif, à l'usage nocif et à la dépendance.

Chacune de ces catégories se réfère à un concept de prévention.

Ces concepts sont-ils encore aujourd'hui opérants ou nécessitent-ils d'être redéfinis ?

❖ Introduction :

Les adolescents français sont, dans l'Union Européenne, ceux qui, ou parmi ceux qui fument le plus, boivent le plus, consomment le plus de cannabis, de psychotropes, de somnifères, ont le plus d'accidents d'automobile, parmi les plus obèses, ceux qui se suicident le plus et sont les plus fréquemment séropositifs au HIV. Cette conjonction ne peut pas être due au hasard. Il faut avoir le courage de la considérer dans son ensemble. Tous ces facteurs accroissent les inégalités sociales puisque ce sont les personnes des milieux les plus défavorisés qui sont les plus touchées.

La prévention comporte donc deux aspects : mesures spécifiques, concernant les principaux facteurs de risque (tabac, alcool, toxicomanie,...), mais aussi recherche des sources qui sont à l'origine de ces prises de risque et de cet oubli du respect de soi (et des autres). A côté des mesures spécifiques, et pour les encadrer, il faut donc un effort de **promotion de la santé physique et mentale**.

Chaque individu, et en particulier chaque jeune, est constamment tenté de privilégier un plaisir immédiat au détriment de sa santé dans un futur qui lui paraît lointain et incertain, mal accepté. Un effort cohérent et persévérant est nécessaire.

Cette promotion de la santé a pour but de faire comprendre que chacun est acteur, par son comportement, de sa santé future et présente. Mais **cette approche rationnelle est peu convaincante** pour la majorité de la population et celle-ci, même si elle connaît les méfaits du tabac, de l'alcool, des drogues illicites, de la vitesse sur la route, a du mal à y renoncer. Pour l'amener à le faire, si elle le souhaite, il semble nécessaire d'agir vers une pression sociale fondée sur l'exemplarité, l'estime de soi, et la capacité de se projeter dans l'avenir. En effet, l'homme jeune est naturellement tenté de défier le danger, par exemple la vitesse sur la route..., attitudes qui peuvent apparaître comme des expressions de courage, du refus des normes et peut-être, à ce titre, valorisantes.

La promotion de la santé s'attache donc au contraire à valoriser l'attitude favorisant la santé, le respect de soi et des autres sans stigmatiser ni culpabiliser. Elle a pour objectif une meilleure gestion des risques pour soi et pour les autres (accidents sur la route, maladies provoquées par le tabagisme passif). Ceci ne peut être obtenu que par l'éducation de l'ensemble de la population, mais un effort particulier doit être fait en direction de ceux qui ont une grande influence sur l'état d'esprit de la population.

❖ Le matin :

Pour répondre à ce questionnaire général, les 40 participants sont invités dans un premier temps par petits groupes à s'exprimer sur 5 questions. Les participants répondent à la question par 5 mots sur 5 post-it.

L'animateur rassemble tous les post-it, il invite les participants sous forme de débat à les regrouper en 5 mots clés.

Question 1

« Essayez en 5 mots clés de définir la prévention dans votre champ d'intervention ? »

Question 2

« Quels objectifs visez-vous quand vous faites de la prévention dans votre champ de prévention ? »

Question 3

« Quelles limites dans votre pratique ? »

Question 4

« Quels atouts dans votre pratique ? »

Question 5

« A partir des questions précédentes, définissez en 5 mots la prévention des conduites addictives »

Dans un deuxième temps, chaque petit groupe, présente, en plénière, les 5 idées fortes retenues pour chaque question.

❖ L'après-midi :

Les idées de la matinée sont illustrées par des présentations concrètes :

- M. D'ALESSENDRO : Présentation d'une action de terrain dans les lieux festifs.

- Mme DASSONVILLE : Présentation de l'outil Acapulco.

A partir des travaux du matin et des présentations de l'après-midi, regroupement des idées autour de la question 5.

❖ **Conclusion :**

Les idées fortes à l'issue de cet atelier :

- Si les concepts de prévention primaire, secondaire, tertiaire font référence à la maladie, peut-on les appliquer aux conduites addictives ? Après débat, ils semblent mérités d'être redéfinis
- Et si la "santé" était une ressource de la vie quotidienne et non un but ; un bien-être psychosocial et non seulement une absence de maladie !
- Cet éclairage, à propos des conduites addictives amène à s'interroger sur différentes modalités d'intervention complémentaires et articulées.
Cette approche globale, vers un processus qui confère aux populations et aux individus les moyens d'assurer un plus grand contrôle de leur propre santé et de l'améliorer, souligne l'importance de la **mobilisation concomitante de ressources sociales et individuelles.**

Cette approche nécessiterait :

- une volonté politique plus affirmée : législation, mesures sociales, taxation, changement organisationnel etc...
- un renforcement de participation effective et concrète de la population,
- l'acquisition et l'épanouissement des compétences individuelles : éducation pour la santé, information, etc...
- une réorientation des services de santé : le secteur sanitaire doit élargir son champ d'activité à d'autres approches que la seule prescription des soins médicaux.
- au niveau régional des initiatives d'articulation et de mise en lien se dessinent depuis plusieurs années ; un renforcement et un appui à ces initiatives nous semblent nécessaire.

Animateurs :

- Germain PAUWELS⁽¹⁾
- Dr LEFEBVRE⁽²⁾
- Dr TACK⁽³⁾

◆ Avant-propos :

Pour la restitution de cet atelier, nous allons présenter ci-dessous la synthèse exposée par transparent.

L'animation de l'atelier s'est organisée autour d'un débat contradictoire, en sous-groupe, sur le thème :

« *La prévention est un métier/n'est pas un métier : argumentez* ».

Nous avons demandé à chacun des groupes d'adopter une position systématiquement partisane, quelles que soient les opinions propres des participants.

◆ Restitution :

Transparent 1

C'est un métier

Professionnalisation dès le montage des actions

Action directe auprès des publics

Organisation, management de projet, politique globale de prévention

Thématique pour développer et diffuser des connaissances et des pratiques

Cela offre des garanties :

Compétences (gestion de conflit, adaptation du message, communication, remise en cause, travail sur les représentations),

Connaissances,

Disponibilité,

Continuité,

Cohérence.

Des conséquences :

Diplôme, salaires, déontologie, statut,

Des professionnels pour que la prévention devienne l'affaire de tous.

⁽¹⁾ Directeur de l'Association FORT

⁽²⁾ Dr LEFEBVRE, Médecin de l'Unité de coordination en tabacologie du CH de Boulogne

⁽³⁾ Dr TACK, Médecin Alcoologue du Centre d'Alcoologie de Calais et Président du CDPA 62.

Transparent 2 :

Le profane, la prévention, c'est l'affaire de tous (et de toutes) et de chacun

Education, accompagnement, citoyenneté.

Pour vivre mieux, seul ou ensemble,

Accompagner les personnes dans leur devenir, un processus éducatif en évolution constante

Le rôle de chaque citoyen : responsable, autonome (jeunes parents, voisins, bénévoles...)

Une éthique... sait adapter son message, écouter, libérer la parole, accompagner...

Cohérence entre le discours et la pratique

Dans une dimension interindividuelle.

Transparent 3 :

Ce qui est indispensable

Priorité à la personne, respect

Entrer en relation, confiance

Améliorer les aptitudes essentielles

Valoriser les compétences du public, de chacun

Développer ses compétences

Respecter les libertés individuelles

Droit à la différence

Communiquer son savoir faire

Ethique

Méthodologie de projet (objectifs, évaluation)

Réseau, pluralité, plaisir à travailler ensemble

Temps pour agir dans la durée

Moyens

Proximité avec le public (territoire)

Capacité à s'interroger

Transparent 4 :

Ce qui est inacceptable

Formatage des individus

Utilisation du traumatisme, de la répression, pour « faire de la prévention »

Le contraire de l'indispensable

Transparent 5 :

Les conditions de la réussite

Du temps

Des euros, des moyens humains

De la formation

De la reconnaissance

Evaluer et rendre compte

Engagement des professionnels pour être force de proposition

Transparent 6 :

Les objectifs de la prévention

Permettre à la personne (au groupe, à l'environnement) :

- d'anticiper sur les risques encourus
- de diminuer les risques,
- d'accéder et de participer à la démarche de soins

Pour...

Transparent 7 :

Promouvoir la santé

En créant les conditions pour que les personnes et les communautés soient actrices de leur santé

Agir sur les facteurs de protection,

Articuler les actions spécifiques et les actions de promotion de la santé des professionnels, des politiques, des communautés, des citoyens.

Transparent 8 :

Une volonté politique

De donner plus de légitimité à la prévention dans le développement de la santé globale

Une volonté des acteurs

De favoriser l'articulation entre les acteurs et par les acteurs

D'observer et de prendre en compte les spécificités du territoire

Organiser les rencontres

Elaborer un guide, une charte

Valoriser les actions

Atelier 3. Objectifs et stratégies

Un certain nombre d'actions et de programmes revendiquent une légitimité à partir de la description qu'ils font du problème. Evoquer un problème, est-ce déjà agir ?

Entre la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie (notion qui renvoie à un projet politique) et les actions sur les facteurs de risque et de protection (culture de santé publique) quelles voies, quelles stratégies pour la prévention ?

Animateurs : Micheline Devienne¹, Liliane Dupont², Laurent Plancke³.

Propos introductif

Quelques réflexions, si vous le voulez bien, avant de débiter nos échanges sur le thème des objectifs à définir et des stratégies à mettre en œuvre dans les **d é m a r c h e s p r é v e n t i v e s**. Quelle attitude adopter entre indifférence dommageable et dramatisation excessive ?

Nous travaillerons, durant cette journée et demie, sur la prévention, que nous pouvons définir, si vous en êtes d'accord comme une action, une initiative - individuelle ou collective - visant à ce qu'un phénomène réputé fâcheux ne se produise pas, apparaisse moins fréquemment ou s'accompagne d'effets moins dommageables, action orientée vers soi ou vers autrui.

Selon le cas on agira afin qu'une consommation :

- ne débute pas ;
- qu'elle reste modérée ou contrôlée ;
- qu'elle ne s'accompagne pas d'inconvénients, individuels ou collectifs, sanitaires ou sociaux, trop marqués.

Beaucoup d'actions ou de programmes ont revendiqué - ou revendiquent - une légitimité du problème qu'ils décrivent.

« Il y a beaucoup de morts sur la route ; si je m'attaque à ce problème, je dois être soutenu. »

« La toxicomanie est un problème grave, touchant nos proches ; le fait d'énoncer cette réalité, en en décrivant quelques caractéristiques, me permet-il de légitimer mon action ? »

« La mortalité liée à l'alcool, qu'elle soit accidentelle, criminelle (« passionnelle »), ou encore prématurée, est-elle un énoncé suffisant pour que des financements soient débloqués pour soutenir les projets ? »

¹ Médecin tabacologue à l'Institut Pasteur de Lille

² Directrice départementale du Comité Nord de l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme

³ Directeur du Centre spécialisé de soins pour toxicomanes Réagir à Tourcoing

Si l'on peut être tenté de répondre spontanément par la négative, il convient aussi de dire l'importance des données de morbidité et de mortalité.

Qui est touché ? Quelles catégories de population sont plus concernées ? Dans quelles circonstances, psychologiques ou sociologiques ?

Les réponses à ces questions permettent déjà de réfléchir à des notions comme celles de publics ou d'actions prioritaires, ou encore à celles de facteurs de risque ou de protection.

La réponse négative que l'on apportait à notre question, faussement ingénue, doit donc être discutée, et c'est une des propositions que nous faisons pour alimenter les échanges dans notre atelier.

La seconde question que nous vous soumettons part d'un constat lexical.

Beaucoup de programmes, de politiques, d'organismes ou encore de services ont adopté une terminologie initialement guerrière : la *lutte contre* l'alcoolisme, la toxicomanie ou encore le tabagisme. C'est également celle de la sphère politique, peu avare de combats, de luttes, de partisans, d'ennemis ... autant de termes renvoyant à une volonté, qui se veut forte, à des options fermement énoncées, à une détermination.

Quelle place donner à ces intentions, à ces déclarations ? Quelle résonance peuvent-elles avoir auprès des groupes ou des personnes à qui nous nous adressons ? Des actions précisant sur quels facteurs de risque ou de protection elles cherchent à agir ne sont-elles pas plus opérantes ? Faut-il opposer ces approches ou tenter de les concilier ?

Voilà une seconde série de questions que je vous sou mets également, en me gardant bien d'y apporter prématurément une réponse définitive.

Ces quelques réflexions permettront peut-être d'alimenter les débats qui nous attendent maintenant. Avant de passer la parole aux grands témoins que nous avons invités, un dernier mot sur la définition⁴ des deux mots clés de notre atelier.

Objectif :

But à atteindre. Point contre lequel est dirigée une opération stratégique ou tactique

Stratégie :

- 1. (par opposition à tactique) Art de faire évoluer une armée sur un théâtre d'opérations jusqu'au moment où elle entre en contact avec l'ennemi.*
- 2. Ensemble d'actions coordonnées, de manœuvres en vue d'une victoire.*
- 3. [1973] Ensemble d'objectifs opérationnels choisis pour mettre en œuvre une politique préalablement définie.*

⁴ Petit Robert, édition de 1993.

Je vous le disais, qu'on le veuille ou non, nous menons un combat !

Laurent Plancke

La réflexion a été organisée sur trois thèmes : constats, obstacles et recommandations dont nous restituons ci-après les conclusions des participants.

Les constats

Complexité de l'humain
Conceptions et pratiques culturelles différentes
Différentes représentations socio-culturelles vis-à-vis des produits et selon les professions
Difficultés de mesurer et d'évaluer l'impact des actions
Méconnaissances
Nécessité d'informer, de sensibiliser à propos des risques
Développer les responsabilités par rapport à autrui et par rapport à soi
Redonner du sens
Adapter les messages aux publics
Recourir aux partenaires locaux et aux collaborations
Agir dans la durée
Approcher par les risques plus que par les produits

Les obstacles

Méconnaissances des outils
Méconnaissances des effets des produits et des mécanismes d'actions
Difficultés de cohérence
Diversité des représentations
Imprécision des objectifs d'action
Difficultés de différencier usage simple et usage à risques
Difficultés d'évaluation et à mesurer l'impact
Incohérence des messages
Difficile responsabilisation des personnes (éléments déclenchant, les déclics)
Résistances culturelles, individuelles, institutionnelles
Difficiles de "toucher" aux émotions, aux ressentis des personnes
Agir par rapport à un public non demandeur
Concurrence
Contradictions trop grand nombre de manifestations

Conclusions et recommandations

Travailler la demande et l'adhésion
Définir des objectifs : acceptables -sériés- chiffrés- datés

Se donner les moyens de se rencontrer, de diffuser des connaissances scientifiques
Pédagogie de la prévention
Resituer le sens des consommations
Penser sur le long terme
Adapter les objectifs aux publics
Planifier dans la durée
Une permanence des acteurs ou relais
Rester dans son rôle professionnel
Agir sur l'ensemble des risques liés aux produits
Définir des messages, des programmes adaptés suivant les âges
Légitimation d'un dispositif à définir avec les moyens nécessaires par arrondissement
Diffusion d'un référentiel
S'appuyer sur les campagnes nationales pour re dynamiser localement
Des moyens suffisants
S'imposer une démarche d'évaluation
Pilotage tri partite (alcool drogue tabac)
Construire des articulations prévention (collective) - soin (individuel)
Communication, échanges
Associer les bénévoles
Formation
Tester les messages de prévention
Campagnes nationales sur les risques encourus
Mieux communiquer sur les connaissances scientifiques
Accompagner des acteurs de prévention : ingénierie
Financements pluri annuels
Tenir compte de l'individu
Actions sur les facteurs de risque et de vulnérabilité
Mettre en valeur les facteurs de protection

Les débats ont été organisés en vue d'aboutir à des recommandations, tenant compte des atouts disponibles (ressources humaines, structurelles, financières ...) et des difficultés observées.

Les recommandations les plus consensuelles ont été regroupées en six thèmes.

1. Définir des objectifs

S'il est fréquemment admis qu'il faille dire ce que l'on veut atteindre, il semble moins évident que les opérateurs (se) définissent réellement des objectifs, au sens strict du terme, à savoir des résultats attendus datés, chiffrés, acceptables et sérieux.

Cette exigence initiale s'impose pourtant à qui souhaite évaluer son initiative ; en l'absence d'objectifs définis préalablement au lancement de l'action ou du programme, la mesure des résultats ne pourra pas être prise. Des indicateurs sont en effet à renseigner au démarrage et en fin de programme pour apprécier l'évolution de la personne ou du groupe, et ainsi juger si l'évolution est satisfaisante ou non (au regard des critères de réussite initialement fixés), qu'il s'agisse d'objectifs de processus ou de résultat.

2. Partir des publics, des personnes

Les initiatives en direction d'autrui ne peuvent être pensées qu'avec les personnes ou groupes à qui elles s'adressent, qu'il s'agisse d'une démarche de prévention individuelle (dans le cadre d'une relation singulière) ou collective, auprès d'un collectif.

Il convient de travailler la demande, de rechercher l'adhésion éclairée, de partir de la situation des personnes, et d'y « retourner » régulièrement.

Une pédagogie est par ailleurs nécessaire pour faire partager les objectifs définis ; la communication doit être étudiée et le discours adapté. L'appropriation sera d'autant plus facile que les publics sont associés depuis le démarrage de l'action.

De ce principe découle celui que les messages ont à tenir compte des caractéristiques sociobiographiques (âge, sexe, conditions de vie ...) du public cible.

3. S'appuyer sur des connaissances scientifiques établies

Les débats sur la nocivité du cannabis, son influence sur la conduite automobile ... sont deux exemples récents de l'embarras devant lequel se trouvent parfois les intervenants en prévention quand les connaissances scientifiques sont incertaines. D'autres le sont moins, mais elles sont mal connues ou peu intégrées aux messages de prévention.

Les intervenants doivent donc - sans avoir à être des cliniciens - se former pour acquérir une connaissance de base en addictologie. Des référentiels devraient être définis, base de consensus sur lequel les messages, oraux ou écrits, pourraient s'appuyer.

Enfin, les intervenants ne devraient pas sortir de leur compétence propre, en s'improvisant par exemple psychologues s'ils sont médecins ou assistants sociaux s'ils sont psychologues.

4. Des moyens et des méthodes

Des moyens doivent être accordés à la prévention, financiers bien sûr, sous forme de crédits pluriannuels mais également techniques ; un organisme ressource, à l'échelon de l'arrondissement pourrait être créé, là où ils n'existent pas encore, qui soit un lieu d'échange, de rencontre entre les acteurs des trois champs : alcoologie, toxicomanie et tabacologie. Un comité tripartite serait utile pour piloter les actions et programmes de prévention.

Par ailleurs, ces derniers font parfois émerger des demandes d'aide et de soins, qu'il convient d'anticiper en prévoyant les lieux où elles seront orientées. Plus globalement, les articulations entre prévention et soin doivent être organisées et pensées comme un continuum d'interventions.

5. Articuler actions locales et campagnes nationales

Les campagnes nationales sont diffusées sans aucune concertation avec les acteurs locaux, qui découvrent les messages en même temps que le grand public. Un dossier technique, envoyé aux acteurs de proximité, permettrait que les campagnes soient préparées, relayées et utilisées localement. Leur impact auprès de «groupes témoins» pourrait être apprécié et servirait à leur évaluation.

Les acteurs locaux ont par ailleurs à participer aux journées nationales sur la prévention organisées occasionnellement, en vue d'acquérir les compétences et disposer des référentiels évoqués plus haut.

6. Clarifier le cadre légal

Le cadre juridique est un support indispensable au travail socio-éducatif mené avec des jeunes, déviants ou en passe de l'être. Le travail sur le cadre est structurant, parce qu'il renvoie au rapport à l'autre et à l'interdit.

La situation française est pourtant des plus paradoxales. Interdiction en droit de tout usage de stupéfiants, mais dépénalisation de fait de la plupart des usages simples, tolérance vis-à-vis de produits hautement toxiques comme le tabac, hésitation sur le statut prioritaire accordé à l'alcool (source de richesse nationale ou problème de santé publique) ... rendent ce travail sur le cadre et la loi particulièrement malaisé.

Il conviendrait que le cadre d'utilisation des produits soit plus conforme à leur dangerosité, individuelle et/ou collective, sanitaire et/ou sociale et que les

interdits - dont le nombre doit sans doute diminuer - soient effectivement appliqués.

Le grand nombre de règles inappliquées nuit à la force que devrait garder la loi.

Liste des participants aux Assises Régionales*

NOM	ORGANISME
BAILLET	AEP
BEGUE	CCAA - Cambrai
BLANCKART	Centre social du Blanc Riez
BOIDIN	Vie Libre
BONTE	ECLAT
BRUNIN	Espace du possible
BUTHOD	Collège F. Joly
CATHERINE	SPS - Conseil Général
CAZIER	FORT
CLERET	CHR (GRAA)
COUTEUX	CDMRT
CREPY	IFSI ICL
CUISINIEZ	CCAA - Douai
CYPRIANI	Centre hospitalier de Denain
D'ALESSANDRO	SPIRITEK
DAMAS	SPIRITEK
DANEL	CHR (GRAA)
DASSONVILLE	CDPA 59
DECOTTIGNIES	Alcooliques Anonymes
DEJEAN	ETAPES
DEKEIREL	Le Relais
DELERUE	Jeunesse et Sport
DEL RUE	CDRIPD
DEVIENNE	Institut Pasteur
DEVOGHELAERE	Alcochoix
DOUTRIAUX	CHPA
DUBOIS	Française des Mécaniques - Service médical
DUBUS	Ecoute parents jeunes et drogues
DUCHMANN	Lycée P. et M. Curie
DUHAMEL	G et T 59/62
DUMONT	Rectorat
DUPONT	CDPA 59
DUQUESNE	CCAA - Arras
DURANEL	CDPA 62
FEDER	Le Pari
FILLEBEEN	DDASS 59
FISCHER	Centre Hospitalier du Pays d' Avesnes
FONTAINE	Le Cèdre Bleu
FOUCHARD	Le Relais

FOURNY	Centre Hospitalier - Somain
--------	-----------------------------

**Ne sont inscrits dans cette liste que les personnes ayant laissé leurs coordonnées à l'ouverture de cette manifestation.*

HAUTCOEUR	CCAA - Valenciennes
HENNEVIQUE	Inspection Académique 62
HOGUET	Groupe Pascal
JEANMART	CNRS
KERMACHE	AEP
KIEFFER	Préfecture
LACOSTE	CPAM - Calais
LAPIERRE	CCAS de Lomme
LARCADE	GASPAR
LEDENT	Centre Hospitalier - Le Cateau
LEFEBVRE	SPIP
LEJEUNE	Institut Pasteur
LEMAITRE	Alcool Assistance
LEROY	Cèdre Bleu
LETIERCE	CCAA d'Arras
LIBERT	CCPD Valenciennes
LION	SPIP
LOGEZ	
LORIAU	LEP Ile de Flandre
LOTTIN	MRPS
LOUGRADA	AEP
M'PUNGWE	CCAS d'Escaudain / Politique de la Ville
MACKEREEL	ADTS / Politique de la Ville
MALARD	Institut Social Vauban
MALICE	GREID
MARCHYLLIE	Groupe Pascal
MARQUETTE	SPIRITEK
MARY	CHRU (GRAA)
MBAYE	SPIRITEK
MODZILA	AIDE
MONTOIS	Collège Desrousseaux
MOREL	FFAA
MOULART	REAGIR
NEYRINCK	CDRIPD
NORDEZ	Boulogne Drogue Info
PAUWELS	FORT

PARQUET	GRAA
PELERIN	Hôpital St-Vincent - Unité Dépendance
PLAETE	DATIS
PLANCKE	REAGIR
PRUVOST	Inspection Académique 62 - CDPA 62
SIHRENER	GASPAR
ST CYR	Point Ecoute
SYLVAIN	Inspection Académique - Santé scolaire
TACK	CDPA 62
THEIS	MRPS
TOURBEZ	Le jeu de Paume
TRYOEN	Oxygène

TURCK	CCAS de Lomme
VANBESELAERE	CDPA 59
VANHOENACKER	G et T 59/62
VANHOENACKER	Rectorat
VANNI MENUS	CHRU (GRAA)
VERLEY	Sagittaire
VILLEZ	Le Cèdre Bleu
VOISIN	ECLAT
WAYMEL	Espace Sécu
WIECZOREK	CPS - Hazebrouck
YGUEL	CHPA
ZANGERLIN	CHR (GRAA)
ZYLBERBERG	Institut Pasteur