



**Journée d'échange professionnel**  
**Organisée par le Groupe de recherches sur la vulnérabilité sociale**  
**et la ville de Valbonne Sophia Antipolis**

## **PRÉVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES CHEZ LES JEUNES ET TERRITOIRES DE PROXIMITÉ**

27 mars 2015

Auditorium du Pré des Arts  
Valbonne Sophia Antipolis

### **PROGRAMME**

<b>INTRODUCTION</b>	<b>3</b>
<b>ALLOCATION DE M. MARC DAUNIS, SÉNATEUR-MAIRE DE VALBONNE SOPHIA ANTIPOLIS</b>	<b>3</b>
<b>ALLOCATION DE M. JEREMIE SECHER, DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER D'ANTIBES</b>	<b>4</b>
<b>ALLOCATION DE M. SERGE SCHIANO DI COLELLO, DIRECTEUR DE LA MGEN 06, REPRESENTANT DE LA MUTUALITE FRANÇAISE PACA</b>	<b>4</b>
<b>ALLOCATION DU DR. LEONETTI, PRÉSIDENT DE LA COMMUNAUTE D'AGGLOMERATION DE SOPHIA ANTIPOLIS</b>	<b>5</b>
<b>ALLOCATION DE M. SEBASTIEN HUMBERT, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ADJOINT DE LA PRÉFECTURE DES ALPES-MARITIMES</b>	<b>5</b>
<b>SÉANCE DU MATIN</b>	<b>6</b>
<b>PRESIDENT M. NICOLAS BONNET, RESPADD</b>	<b>6</b>
<b>JEUNES ET ADDICTIONS – PRINCIPAUX APPORTS DE L'EXPERTISE COLLECTIVE DE L'INSERM POUR L'AMÉLIORATION DE LA PRÉVENTION ET DE L'ACCOMPAGNEMENT DES JEUNES</b>	<b>6</b>
<b>M. ENGUERRAND DU ROSCOËT, INPES</b>	<b>6</b>
<b>ECHANGES AVEC LA SALLE</b>	<b>8</b>

<b>MISE EN ŒUVRE ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES DEVELOPPEES AU SEIN DES CONSULTATIONS JEUNES CONSOMMATEURS EN FRANCE. LE ROLE MAJEUR DES RELAIS D'ORIENTATION</b>	<b>9</b>
<b>MME IVANA OBRADOVIC, OFDT, OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES</b>	<b>9</b>
<b>ECHANGES AVEC LA SALLE</b>	<b>11</b>
<b>LES JEUNES ET L'ALCOOL – EFFICACITE DES DISPOSITIFS A COMPOSANTES MULTIPLES ET EXEMPLES CONCRETS</b>	<b>12</b>
<b>MME GUYLAINE BENEC'H, SOCIOLOGUE INDEPENDANTE</b>	<b>12</b>
<b>TRAJECTOIRES D'ALCOOLISATIONS FESTIVES A MARSEILLE – DES ELEMENTS EXPLICATIFS DES PICS D'ALCOOLISATION</b>	<b>13</b>
<b>M. NICOLAS MATENOT, COLLECTIF <i>PLUS BELLE LA NUIT</i></b>	<b>13</b>
<b>ECHANGES AVEC LA SALLE</b>	<b>15</b>
<b>SÉANCE DE L'APRES-MIDI</b>	<b>16</b>
<b>PRESIDENT M. JEROME REYNAUD, MUTUALITE FRANÇAISE, PACA</b>	<b>16</b>
<b>MISE EN ŒUVRE D'UNE STRATEGIE TERRITORIALE DE PREVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES AUPRES DES JEUNES : UNE METHODOLOGIE TRANSPOSABLE CONÇUE A PARTIR DE LA MODELISATION DU DISPOSITIF ADDICTIONS DE VALBONNE SOPHIA ANTIPOLIS</b>	<b>16</b>
<b>MME CATHERINE REYNAUD-MAURUPT, GROUPE DE RECHERCHE SUR LA VULNERABILITE SOCIALE</b>	<b>16</b>
<b>ECHANGES AVEC LA SALLE</b>	<b>19</b>
<b>DISCUTANTE MME CAROLINE PRUVOST, PSA06</b>	<b>19</b>
<b>L'ETAPE 84 : PRESENTATION D'UN DISPOSITIF SPECIFIQUE DE PREVENTION ET DE SOINS PRECOCES EN ADDICTOLOGIE POUR LES 11-25 ANS AU SEIN D'UN CSAPA</b>	<b>21</b>
<b>MME CHRYSTELLE LECLERCQ, PREVENTION ET SOINS EN ADDICTOLOGIE VAUCLUSE (PSA 84)</b>	<b>21</b>
<b>SOUTIEN AUX FAMILLES ET A LA PARENTALITE – ADAPTATION FRANÇAISE ET PREMIERS RESULTATS D'UN PROGRAMME DE SOUTIEN A LA PARENTALITE BASE SUR DES DONNEES PROBANTES</b>	<b>23</b>
<b>DR. CORINNE ROEHRIG, COMITE DEPARTEMENTAL D'EDUCATION POUR LA SANTE DES ALPES-MARITIMES</b>	<b>23</b>
<b>ECHANGES AVEC LA SALLE</b>	<b>26</b>
<b>CLOTÛRE</b>	<b>27</b>
<b>MME CATHERINE REYNAUD-MAURUPT, GROUPE DE RECHERCHE SUR LA VULNERABILITE SOCIALE</b>	<b>27</b>
<b>DR. PIERRE-YVES BELLO, DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES</b>	<b>27</b>

## INTRODUCTION

### **Allocution de M. Marc Daunis, sénateur-maire de Valbonne Sophia Antipolis**

M. Marc Daunis ouvre la journée et souhaite la bienvenue aux participants.

Il précise que cet événement s'inscrit dans une démarche que la ville de Valbonne Sophia Antipolis a souhaitée assez exemplaire sur son propre territoire et surtout très partenariale.

Sur le problème des addictions, notamment chez les jeunes, on peut tenir des discussions académiques, professionnelles et quelque peu distantes, voire éthérées et cliniques, mais derrière ce mot, on trouve un couple plaisir/souffrance, une souffrance qui conduit parfois à des destins brisés, et les élus ne peuvent pas, pas plus que les personnes impliquées dans le vivre-mieux, s'en désintéresser sous prétexte que c'est, là, un tribut inhérent au fonctionnement des sociétés modernes.

Prévenir, soigner, accompagner sont des priorités qui relèvent de la santé publique, mais aussi de problématiques sociales et sociétales qui touchent au quotidien de milliers de personnes, lesquelles méritent la mobilisation de tous les acteurs, dont l'État et les collectivités, de quelque nature qu'elles soient.

Les pouvoirs publics, les professionnels de santé, les équipes éducatives, les associations sur le terrain interviennent, mais éprouvent beaucoup de difficultés pour venir à bout de ces phénomènes, d'autant que ces derniers évoluent et se transforment continuellement. Ces difficultés s'ajoutent au sentiment d'impuissance qu'éprouvent les familles et les proches des personnes qui tombent dans l'addiction.

Qu'elles soient insidieuses ou brutales, les addictions ne frappent pas toujours aveuglément, et il est indéniable que des facteurs de risques sociaux peuvent être identifiés et permettre aux différents acteurs de réagir et de mieux s'adapter pour déclencher les bonnes réponses ou s'en approcher même s'il reste toujours compliqué de savoir quand et comment réagir.

Au-delà de tous ces constats, il est évident qu'il est préférable d'agir ensemble, et c'est pour cette raison que, dans la commune de Valbonne Sophia Antipolis, la mairie a choisi de mettre en place un système de prévention à travers le réseau Ateliers santé ville.

Au niveau communal, et en partant du constat que l'accès à la santé risquait de devenir dans les prochaines années de plus en plus problématique, particulièrement pour les jeunes, la réponse de la commune a été de mettre en place depuis 2008 une stratégie territoriale de prévention et d'intervention précoce, avec l'appui d'une solide alliance éducative, sociale, médicale, car il est vite apparu qu'il fallait agir en complémentarité de l'ensemble des acteurs de terrain que sont les parents d'élèves, les établissements scolaires, les comités de quartier, les services sociaux, les services éducatifs...

Il a fallu dès lors bénéficier d'autres compétences et expertises, notamment celles de l'hôpital d'Antibes (pour ce qui relève de l'addictologie) et de la Mutualité Française Provence Alpes Côte d'Azur (pour la prévention et la formation).

L'action de la commune a également bénéficié de l'appui de la Direction générale de la santé, de la Délégation départementale des Alpes maritimes, de la Mildeca, du Respadd, et M. Marc Daunis adresse à cette occasion ses vifs remerciements à tous ces acteurs.

L'évaluation qui a été réalisée en 2014 a permis de mesurer le chemin parcouru et a également incité la commune à partager cette expérience avec d'autres territoires, d'autres approches et d'autres compétences, afin qu'elle soit toujours plus efficace et plus pertinente. C'est d'ailleurs dans cet esprit de partage que la commune organise la présente journée et publie le guide méthodologique pour les acteurs des collectivités territoriales.

Certes, il est toujours possible de s'améliorer, mais il est rassurant de se dire que l'on ne fait pas fausse route, et le dispositif mis en place en est la preuve. Il est donc nécessaire de poursuivre les efforts avec plus d'opiniâtreté et de ténacité, et c'est pour cette raison que la commune va travailler sur de nouveaux outils adaptés aux enfants, notamment dans les écoles primaires.

M. Marc Daunis clôt son allocution en précisant que l'enjeu qui réunit aujourd'hui tous les participants à cette journée est d'une telle importance qu'il sublime leurs vies et leurs actions, et qu'à ces moments-là, en tout cas pour ce qui le concerne personnellement en tant qu'élu, il a le sentiment de faire de la belle politique, celle qui est capable de se mettre au service des autres, particulièrement de ceux qui en ont le plus besoin.

#### **Allocution de M. Jérémie Secher, directeur du centre hospitalier d'Antibes**

M. Jérémie Secher souligne l'implication de l'hôpital d'Antibes et de ses équipes qui contribuent au quotidien à la prise en charge des conduites addictives, avec des valeurs et des convictions d'engagement, de professionnalisme et de pluridisciplinarité. Ce dernier aspect est important, puisque, dans les territoires, en mobilisant tous les acteurs qui sont en contact avec la jeunesse, au côté des familles, des professionnels de la santé et du social, des collectivités, de l'éducation, des forces de l'ordre, c'est ensemble que les prises en charge se structurent au plus près des besoins et au plus près de la détection de ces besoins.

De ce point de vue, les maîtres mots du présent colloque, *prévention* et *territoire*, sont particulièrement explicites sur les défis actuels et futurs, et l'hôpital d'Antibes jouera pleinement son rôle, comme entité intra-muros, mais aussi hors les murs, puisqu'il va continuer à s'ouvrir et à répondre aux sollicitations dans les territoires, au plus près des besoins de la population et dans la logique de partenariat qui irrigue les enjeux et les discussions de ce colloque.

L'hôpital d'Antibes aura donc avec les autres acteurs cette préoccupation permanente et concrète de développer conjointement les modes d'accompagnement adaptés aux jeunes, car ce n'est pas un public comme les autres, et de ce point de vue la responsabilité de tous est essentielle.

#### **Allocution de M. Serge Schiano di Colello, directeur de la MGEN 06, représentant de la Mutualité Française PACA**

La Mutualité Française PACA est une fédération de près de 200 mutuelles du département des Alpes-Maritimes et regroupe plus de 265 000 adhérents. Elle est reconnue comme étant un acteur majeur en matière de prévention et de promotion de la santé.

Plus précisément à Valbonne, le partenariat tissé entre la commune et la Mutualité Française PACA a débuté en 2006 dans le champ de la prévention des conduites addictives par la réalisation d'actions de formation destinées à des professionnels travaillant localement auprès des jeunes. Deux ans plus tard, la commune de Valbonne a mis en place un Atelier santé ville

qui a permis de consolider ce partenariat et d'élargir les actions de la Mutualité Française à d'autres espaces d'intervention (animation de stands, ateliers de prévention en milieu scolaire, sessions de formation et ateliers auprès des parents).

La Mutualité Française remercie tous les services impliqués dans le partenariat avec la commune de Valbonne.

### **Allocution du Dr Léonetti, président de la communauté d'agglomération de Sophia Antipolis**

Pour tout problème, il doit y avoir une réponse ; or, chaque problème est multifactoriel, et cet ensemble de facteurs doit être pris en compte de manière globale. Il serait en effet trop simple de penser qu'il faudrait déceler dans la petite enfance telle pathologie émergente sur tel critère. Ce qui s'ouvre aujourd'hui, c'est un champ médico-social dont on n'a pas encore perçu la totalité des enjeux et qui de toute évidence implique le décroisement comme action principale.

La deuxième question qui se pose est de savoir si on est en charge de la prévention ou en charge du traitement et si la prévention doit être primaire ou secondaire. Ce que l'on sait, c'est que l'addiction entraîne une dépendance psychique et une autre physique, et cette dernière constitue un frein pour ressortir du psychique et ressortir du contexte social. C'est ce qui explique que la prévention primaire est un élément majeur, sans que cela conduise évidemment à chercher dans chaque individu une prédisposition sociale ni à envisager que chaque situation sociale engendre automatiquement une situation individuelle.

Il faut donc accepter la diversité et la complexité, ce qui implique de travailler ensemble, car le décroisement devient évident, et la réponse doit être à la fois territoriale et individuelle.

### **Allocution de M. Sébastien Humbert, secrétaire général adjoint de la préfecture des Alpes-Maritimes**

M. Sébastien Humbert précise qu'il participe à cette journée pour témoigner de l'intérêt et du soutien du préfet et de la préfecture à cette action, mais aussi y apporter son soutien personnel. Face à ces enjeux sociétaux que sont les conduites addictives, la prévention n'est pas aussi aisée que la répression, car la réponse n'est pas unique, mais multifactorielle, et la politique à mettre en œuvre ne relève pas uniquement des prérogatives de l'État. En effet, c'est une politique publique territoriale qui relève de tous les acteurs publics, et l'État est là pour encourager et soutenir les initiatives territoriales qui fonctionnent, la stratégie nationale qu'il met en œuvre devant servir à apporter une sorte d'éclairage pour les moyens et les énergies qui opèrent dans le territoire : les collectivités, le secteur associatif, les professionnels de santé...

Au-delà de la question des moyens, la prévention pose celle de la mutualisation des efforts, et ces efforts ne peuvent porter leurs fruits que si le discours de tous les acteurs est le même.

Les futures politiques nationales naissent dans les lieux d'expérimentation territoriale, et cette expérimentation ne peut pas se faire à l'échelle nationale, mais dans des communes pionnières, comme Valbonne, où tous les acteurs ont la volonté d'agir ensemble. Ce sont ces stratégies territoriales qui pourront remonter au niveau national et ensuite essaimer.

## SÉANCE DU MATIN

**PRESIDENT M. NICOLAS BONNET, RESPADD**

### **JEUNES ET ADDICTIONS – PRINCIPAUX APPORTS DE L'EXPERTISE COLLECTIVE DE L'INSERM POUR L'AMELIORATION DE LA PREVENTION ET DE L'ACCOMPAGNEMENT DES JEUNES**

#### **M. Enguerrand du Roscoät, Inpes**

Les principaux facteurs associés aux usages de SPA (substances psychoactives) sont sociodémographiques, individuels, scolaires, familiaux et amicaux, environnementaux.

#### **Interventions présentées comme étant efficaces dans la littérature scientifique**

Le corpus bibliographique pris en compte dans cette présentation est composé d'une trentaine de synthèses de littérature et de méta-analyses. Au total, 80 interventions ont été classées en neuf catégories ; les quatre premières relevant de stratégies de prévention primaire (prévenir l'expérimentation et l'entrée dans l'usage problématique), alors que les cinq dernières portent sur des populations qui consomment et qui expriment le souhait d'arrêter :

##### 1) Développement des compétences des enfants

Il s'agit des compétences psychologiques, sociales et relationnelles qui permettent aux individus de faire des choix qui leur sont favorables et de les mettre en œuvre. Dans ce type d'interventions, notamment à l'école primaire, le choix a été de procéder à des approches universelles qui portent sur l'ensemble des élèves d'une classe, afin d'éviter un étiquetage précoce d'enfants qui seraient ciblés dès le primaire et feraient l'objet d'interventions particulières. Les interventions peuvent être complétées par des volets de développement des compétences chez les parents ou des volets « communautaires ». Elles conservent toutefois un volet d'information sur les produits (l'alcool et le tabac au primaire, plus tard le cannabis, au collège et au lycée).

Les principales compétences travaillées sont la résistance à l'influence des pairs, la résolution de problèmes, l'affirmation et l'estime de soi, la communication, la gestion des émotions... La particularité de ces interventions, c'est qu'elles privilégient les approches interactives aux approches didactiques, avec l'utilisation des jeux de rôle, des discussions de groupe et des créations artistiques.

##### 2) Développement des compétences des parents

Ces interventions peuvent faire l'objet d'interventions précoces. Elles s'inscrivent le plus souvent en complément d'autres volets et sont travaillées de façon interactive (mises en situation, exercices à la maison). Les compétences travaillées sont la communication, la capacité à fixer des limites et la gestion des conflits.

##### 3) Développement conjoint des compétences des enfants et des parents

Ces interventions peuvent être mises en œuvre dès la maternelle en direction de familles cumulant des facteurs de risques, afin de favoriser la construction précoce de bonnes relations parents-enfants et le développement cognitif et social des enfants. Elles sont généralement

implantées au primaire ou au collège (étape où l'âge des enfants confère de l'importance à la participation des parents).

4) Stratégies à composantes multiples

Cette multiplicité des stratégies est induite par la variété des déterminants des consommations de SPA et la nécessité d'intervenir conjointement sur plusieurs déterminants. La base est un programme de développement des compétences des enfants (avec le plus souvent un volet parents) auquel est adjoind un volet « communautaire » qui implique d'autres acteurs locaux (presse locale, groupes de citoyens, fêtes ou événements associatifs, parrainage, pairs leaders ou plus âgés, groupes de soutien, soutien scolaire, aide sociale, police, justice...)

5) Interventions fondées sur l'entretien motivationnel

Ces interventions concernent les personnes qui sont déjà impliquées dans la consommation, notamment dans les usages problématiques. L'entretien peut être individuel (par exemple dans un contexte universitaire), en association à des volets de développement des compétences, des services d'aide à distance, des groupes de soutien ou à proximité d'événements négatifs en lien avec la consommation de substances, comme les urgences.

6) Interventions incluant un volet psychothérapeutique

Deux familles de psychothérapie ont montré leur intérêt dans la réduction de la consommation, les thérapies comportementales et cognitives (qui peuvent être associées à un volet principal sur les compétences ou sur des systèmes de parrainage) et les thérapies systémiques et multi-systémiques (qui visent notamment à travailler sur les systèmes familiaux).

7) Interventions d'aide à distance

Ces interventions (services par téléphone, Internet, logiciels, SMS) se sont également révélées productives. Elles mobilisent des techniques motivationnelles, comportementales et cognitives (interactives et personnalisées).

8) Campagnes médias

Des effets bénéfiques ont été constatés uniquement dans la réduction de la consommation de tabac par des approches dites de démarketing. Ces interventions peuvent être utilisées dans le cadre de programmes scolaires en association avec un travail sur les compétences.

9) Interventions législatives et réglementaires

Ces interventions visent principalement à réduire l'accès aux substances par l'augmentation des taxes et des prix, la diminution de la densité des points de vente, l'interdiction de la publicité, le contrôle de l'âge minimum légal pour l'achat ou la consommation de l'alcool... Elles peuvent être accompagnées de campagnes d'éducation et de sensibilisation des débitants et de la communauté à l'application de lois.

### Les limites

Ce travail de synthèse comporte plusieurs limites :

- la nature des documents sélectionnés, puisqu'il ne s'agit pas d'articles primaires, mais de données de seconde main (synthèses, revues, méta-analyses), même si les données ont été systématiquement confirmées par des revues qui sont elles-mêmes labellisées et contrôlées par des comités de lecture ;
- les interventions dont les protocoles d'évaluation ne satisfont pas aux critères d'inclusion des revues scientifiques ne sont pas retenues ;

- les interventions et études présentées ont été mises en œuvre et évaluées dans des contextes anglo-saxons, ce qui pose toujours la question de la « transposabilité » à la fois des interventions et des effets obtenus ;
- l'efficacité d'une intervention n'est pas seulement fonction de la valeur intrinsèque d'une approche préventive, elle dépend également de la qualité de sa mise en œuvre.

En conclusion, quatre grandes catégories d'interventions peuvent être recommandées au regard de la littérature :

1. Les programmes interactifs visant le développement des compétences (parents, enfants, enfants + parents, enfants + parents + « communauté »).
2. Les programmes ciblés d'aide à l'arrêt ou à la diminution (en face à face ou à distance, avec des approches comportementales, cognitives et motivationnelles).
3. Les campagnes médias, notamment pour le tabac (stratégies de « démarketing »).
4. Les interventions visant à limiter l'accès aux produits (pour l'alcool et le tabac).

## ÉCHANGES AVEC LA SALLE

- M. Pierre-Yves Bello, DGS, revient sur le volet législatif et réglementaire et la limitation de l'accessibilité aux substances. Il indique que le débat porte particulièrement ces derniers temps sur l'évolution du packaging et de l'avertissement sanitaire qui semble avoir de l'efficacité et demande quels sont les derniers éléments sur le sujet.

M. Enguerrand du Roscoât indique que la guerre a déjà commencé avec les cigarettiers, mais que, ce qui est compliqué, c'est d'obtenir des données à court terme. En effet, l'Australie vient de commencer, l'Angleterre et l'Irlande ont à peine donné leur accord et la France va probablement les suivre. En matière d'études, il faut avoir du recul pour avoir une incidence sur les prévalences, mais il ne fait aucun doute, car une soixantaine d'études scientifiques le démontrent déjà, que l'instauration d'un paquet neutre est une condition favorable à la prévention de la consommation de tabac en comparaison avec un paquet marketé.

- Mme Françoise Oros, association de parents d'élèves API, se félicite de ce que la présentation se réfère aux actions en direction des parents, ce qui n'a jamais été le cas auparavant.

M. Enguerrand du Roscoât confirme que, idéalement, l'intervention très précoce est la plus appropriée ; il faut également accompagner précocement le développement d'interaction parents/enfants de bonne qualité. De façon générale, surtout dans l'enseignement primaire, il faut toujours impliquer les parents dans les programmes de prévention, mais il arrive que, plus tard, au collège, des conflits très importants surgissent, et les parents ne sont plus les mieux placés pour intervenir auprès de leurs enfants.



## **MISE EN ŒUVRE ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES DEVELOPPEES AU SEIN DES CONSULTATIONS JEUNES CONSOMMATEURS EN FRANCE. LE ROLE MAJEUR DES RELAIS D'ORIENTATION**

**Mme Ivana Obradovic, OFDT, Observatoire français des drogues et des toxicomanies**

La présentation porte sur les premiers résultats de l'enquête qui a été menée en 2014 sur les consultations jeunes consommateurs. Cette enquête a permis de capter l'ensemble des consultations et de décrire l'état du dispositif CJC dix ans après sa constitution, ainsi que le profil du public et les pratiques professionnelles.

### **Tendances épidémiologiques en population jeune et enjeux régionaux**

Les expérimentations de tabac et d'alcool sont très répandues chez les adolescents, puisque, à 17 ans, la quasi-totalité a déjà essayé l'alcool, et, dans une moindre mesure, le tabac.

Le cannabis, même s'il n'est pas licite, est néanmoins relativement accessible, puisque quatre jeunes de 17 ans sur dix ont déjà fumé un joint. Néanmoins, essayer un produit, ce n'est pas l'adopter, car les usages réguliers de ces substances sont sans commune mesure avec les expérimentations, et l'OFDT est très attaché à défendre l'expérimentation comme indicateur de diffusion et d'accessibilité d'un produit dans la population générale, mais pas comme indicateur de consommation à proprement parler.

On observe également que, dès le début du collège, en sixième, 60 % des jeunes ont déjà essayé l'alcool, souvent en milieu familial, mais de manière moins marquée que pour le tabac, qui part à un niveau plus bas (13 % pour les élèves de sixième), mais touche plus de 50 % à la fin du collège, en troisième.

Le cannabis quant à lui part également à un niveau très bas en sixième et concerne presque le quart des collégiens en troisième.

Il est également intéressant de noter le parallélisme entre l'expérimentation du cannabis et celle de l'ivresse, ce qui pourrait suggérer un lien entre les deux.

En troisième, les niveaux d'expérimentation des filles sont inférieurs à ceux des garçons, sauf pour le tabac, où le pourcentage de celles qui ont essayé le tabac est supérieur à celui des garçons (55 % contre 49 %).

En matière d'usages réguliers, le tabagisme monte en flèche à partir de la cinquième, et l'accentuation pour les autres substances est plus visible entre la quatrième et la troisième. Cela signifie que, en matière de politiques publiques, cela nécessite des interventions de prévention bien avant cette période, par le développement d'actions qui répondent aux critères d'efficacité qui ont été validés par la littérature et rappelés dans l'exposé précédent.

À l'échelle régionale, les jeunes de 17 ans de la région PACA connaissent le plus fort taux d'expérimentation de cannabis et de consommation quotidienne de tabac.

### **L'offre de CJC**

Pour ce qui est de l'offre de consultation, le nombre d'opérateurs de CJC indique que l'Île-de-France occupe la première place avec 41 opérateurs, suivie par Rhône-Alpes (22), Nord-Pas-de-Calais (21) et PACA (20).

Au niveau national, on dénombre 500 points de consultation, dont une quarantaine en région PACA pour une vingtaine de communes, dont Valbonne. Il faut noter à ce propos que l'offre PACA est particulièrement déterminée par l'intervention hospitalière.

Le taux de réponse à l'enquête a été d'environ 70 % en PACA, en dessous du niveau national moyen (82 %), mais avec une assez bonne représentativité de l'offre régionale, dont 11 % sont proposés hors les murs (en milieu scolaire, PJJ, établissements pénitentiaires...)

Une prochaine enquête sera menée dans les semaines à venir, et elle vise à vérifier s'il y a une modification de la structure du public reçu après la campagne de l'Inpes qui a été menée au début de l'année.

Les motifs de recours pour le public reçu en CJC portent notamment à hauteur de 80 % sur un seul produit, de 11 % sur plusieurs produits et de 4 % sur l'addiction comportementale sans produits (par exemple les jeux vidéo).

La structure par âge indique que 51 % des consommateurs reçus appartiennent à la tranche d'âge 18/25 ans, alors que les mineurs représentent 39 % et les plus de 25 ans, 10 %.

La structure par genre est de 20 % pour les femmes et 80 % pour les hommes.

L'origine de la démarche indique que 44 % d'entre eux sont orientés par la justice ou la PJJ pour les plus jeunes, 15 % par la famille et 17 % relèvent d'une démarche spontanée (émanant essentiellement d'un public âgé ou féminin).

Les orientations par les professionnels de soin restent relativement limitées et concernent surtout les gens qui vivent de véritables problèmes.

### **Pratiques professionnelles, repérage**

La plupart des consommateurs qui sont reçus en CJC continuent d'être suivis, soit dans le cadre de la CJC, soit basculés vers le Csapa. Environ 40 %, venant souvent du public orienté par la justice, s'en tiennent là et ne prolongent pas le suivi en consultation. 2 % sont orientés vers une structure spécialisée, souvent en pédopsychiatrie ou en psychiatrie, en ville ou à l'hôpital.

La suite qui est donnée à la première consultation dépend beaucoup du repérage des consommations qui a été effectué à l'entrée.

La manière principale de repérer la consommation, c'est l'entretien clinique (88 %), avec parfois, en accompagnement, un outil de repérage standardisé.

Les outils d'évaluation avec des diagnostics plus spécialisés sont peu utilisés.

Les grilles d'évaluation interne qui sont élaborées par les professionnels du Csapa arrivent à hauteur de 8 % en France et de 5 % en PACA, ce qui est intéressant.

En conclusion, le bilan indique :

- une offre satisfaisante, très ciblée sur les mineurs et focalisée sur le cannabis en région PACA ;
- une structure de recours différenciée par sexe, par âge et par profil ; c'est d'autant plus important que, sur l'ensemble du public de consommateurs, y compris ceux qui ne sont pas orientés par la justice, 70 % ont déjà été interpellés pour usage ou détention de stupéfiants ;
- des pratiques professionnelles variées, mais centrées sur une prise en charge globale et individualisée ;
- le rôle des relais d'orientation reste à valoriser (si l'on se réfère à la part écrasante de la justice dans la filière de recrutement), et il faut s'attendre de ce point de vue à ce que la campagne 2015 de l'Inpes induise des effets sur le renouvellement et la structure des orientations.

## ÉCHANGES AVEC LA SALLE

- Mme Carole Mitaine, CMP Garbejaire, indique qu'elle a en charge des jeunes présentant des problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme et fait part de son étonnement que les deux présentations qui viennent d'être faites n'aient pas évoqué les psychothérapies d'inspiration psychanalytique, car cette pratique n'est pas totalement désuète et peut avoir quelques effets. Elle insiste par ailleurs sur l'importance des prises en charge pluriprofessionnelles avec des institutions différentes, notamment les partenariats entre l'hôpital, les CCAS (Centres communaux d'action sociale), les travailleurs sociaux, les éducateurs, les foyers de jeunes travailleurs...

Elle signale enfin, à propos des prises en charge, l'intérêt malgré tout des psychotropes, parce que souvent chez ces jeunes l'alcool et les drogues peuvent être une automédication d'angoisse, voire de troubles graves de la personnalité.

M. Enguerrand du Roscoät indique que, dans la littérature, et en termes d'évaluation, ce sont les thérapies systémiques qui vont ressortir le plus souvent, les thérapies analytiques s'étant un peu moins prêtées à ce jeu, d'autant que les objectifs sont différents. Il y a certainement une combinaison des deux approches thérapeutiques à faire. Il précise que le panorama qu'il a fait de la littérature ne signifie pas que ce qui n'est pas repris dans le document ne fonctionne pas, c'est juste un état des lieux de ce qui prédomine dans la littérature.

Mme Ivana Obradovic précise de son côté qu'elle a également procédé à un état des lieux très synthétique et qu'il lui était donc impossible de parler de tout. Dans les approches en CJC, ces thérapies analytiques sont également citées, et il est vrai par ailleurs que l'articulation est importante par rapport aux enquêtes précédentes, avec une collaboration qui est désormais plus importante avec les centres médico-sociaux et les CCAS et une prise en charge qui est aussi multiprofessionnelle et pluridisciplinaire.

Il est néanmoins vrai que le premier professionnel qui reçoit les consultants, c'est le psychologue, qui reste le cœur battant du dispositif des CJC.

- Mme Hélène Fouques, infirmière scolaire, indique qu'elle a relevé dans la présentation un chiffre en particulier, celui de la consommation régulière de tabac chez les jeunes collégiens, avec la montée en flèche en fin de collège. Elle précise que, sur le terrain, elle constate effectivement dans l'évolution de consommation dans la vie d'un jeune un moment de fracture particulier qui est constitué par le passage du collège au lycée, où le pourcentage des consommateurs fait un bond.

Les infirmières qui travaillent sur le terrain éprouvent beaucoup de difficultés à travailler sur ce bond de la consommation et à orienter les jeunes consommateurs sur les consultations CJC, d'autant que ces jeunes ne se voient pas encore comme des consommateurs réguliers, mais comme des expérimentateurs.

Mme Ivana Obradovic précise que, ce qui ressort des enquêtes qui sont menées depuis une dizaine d'années auprès des populations jeunes, ainsi que de l'enquête HSBC 2010 qui permet de reconstituer les types de consommation par niveau scolaire, c'est qu'il y a également une démarche d'autorégulation des consommations. On voit par exemple qu'il y a une inflexion des consommations pendant l'année du bac, ce qui dénote probablement une prise de conscience d'une problématique d'usage.

## LES JEUNES ET L'ALCOOL – EFFICACITE DES DISPOSITIFS A COMPOSANTES MULTIPLES ET EXEMPLES CONCRETS

### Mme Guylaine Benec'h, sociologue indépendante

La présentation porte sur les résultats d'une recherche réalisée sur les mesures les plus efficaces du point de vue de la littérature scientifique et la mise en perspective de cette recherche avec le travail des professionnels locaux de la prévention en Bretagne.

En matière de prévention, l'efficacité est tributaire de la bonne compréhension des tenants et des aboutissants des sujets sur lesquels on veut agir.

Plusieurs causes poussent les jeunes à boire, des facteurs festifs, individuels, familiaux, sociaux et culturels, économiques... Les conséquences sont également multiples et variées et portent sur les risques routiers, sanitaires, sexuels, de violence, judiciaires, suicidaires, de dépendance, scolaires, familiaux...

L'alcool est donc un fait social total, et la multiplicité de ses causes et de ses conséquences appelle des réponses tout aussi complexes et multiples, car il faut agir sur une palette de déterminants, mais aussi sur la personne et sur l'environnement, en mobilisant des acteurs d'horizons divers.

Les outils mis en place portent sur deux grands types de mesures : des mesures structurelles (écologiques, environnementales) qui vont viser la modification de l'environnement dans lequel vivent les jeunes ; des mesures de prévention qui vont viser la modification des comportements de manière plus individuelle.

### LES MESURES STRUCTURELLES

#### 1. La sécurité routière

Les mesures portent sur :

- la diminution du taux d'alcoolémie autorisée au volant ; cette mesure a un impact quasi immédiat sur l'accidentologie ;
- le renforcement des contrôles routiers visibles, avec la mise en place de sanctions adéquates ;
- l'instauration du permis progressif pour les jeunes conducteurs, par exemple avec une tolérance zéro lors des premières années pour le taux d'alcoolémie ;
- mise en œuvre du programme, « conducteur désigné » ; il faut néanmoins savoir que ce programme est controversé, il a l'avantage de sensibiliser aux risques routiers, certes, mais n'a pas donné la preuve d'une efficacité réelle en matière de diminution de l'accidentologie.

#### 2. La limitation du marketing

Les acteurs de la prévention n'ont pas de prise sur les textes qui réglementent la publicité et le marketing, mais il est intéressant, comme le font certaines communes, de réfléchir à la question de l'affichage public, aux programmes de décryptage de la publicité, à l'utilisation du contre-marketing et à la prévention à travers les outils numériques.

#### 3. La restriction de l'accès à l'alcool

Ces mesures de limitation reposent sur la loi de l'offre et de la demande et portent sur :

- la fixation d'un âge minimum pour acheter de l'alcool ; il s'avère que la loi interdisant la vente de l'alcool aux mineurs est peu appliquée en France, et il y a lieu de mener des actions de sensibilisation auprès des commerçants ;
- l'augmentation des prix ;
- l'interdiction partielle ou totale de l'alcool ;
- la réduction des points de vente et des heures d'ouverture.

#### 4. La prévention situationnelle

Ce sont des interventions faites dans le contexte de consommation ; elles peuvent prendre la forme d'actions de formation et de sensibilisation des professionnels de la nuit, de renforcement de la présence policière ou d'interventions auprès des usagers.

Les mesures structurelles sont nécessaires, mais insuffisantes. Elles sont efficaces, mais reposent sur la peur du gendarme, négligent les déterminants, conçoivent l'individu comme un simple récepteur, n'impliquent pas les jeunes et sont souvent mal perçues. En complément, la prévention des addictions devra améliorer les connaissances, agir sur les déterminants, viser la modification des comportements et responsabiliser les jeunes.

Pour être efficace, la prévention doit intervenir à différentes étapes de la vie des jeunes et en fonction de la population concernée. Elle doit également viser le renforcement des compétences psychosociales et la diminution des facteurs de risque. Elle doit enfin prendre en compte les différents milieux de vie des jeunes (école, famille, quartier...)

La prévention des addictions est une question d'attitude. Il est donc nécessaire de privilégier la qualité des relations, de s'appuyer sur les méthodes interactives et d'impliquer les jeunes.

Cette prévention doit également faire preuve de pragmatisme et réussir l'articulation entre les interventions universelles et les interventions individuelles.

Pour mettre en œuvre les dispositifs à composantes multiples, il est important de travailler en partenariat avec l'ensemble des acteurs concernés : associations, service de l'État, collectivités locales, commerçants, élus, instances politiques, établissements de santé, familles, forces de l'ordre, sécurité routière, établissements scolaires, universités et centres de recherche, médias...

L'exposé se termine par la présentation d'exemples d'interventions scientifiquement validées.

#### **TRAJECTOIRES D'ALCOOLISATIONS FESTIVES A MARSEILLE – DES ELEMENTS EXPLICATIFS DES PICS D'ALCOOLISATION**

##### **M. Nicolas Matenot, collectif *Plus belle la nuit***

La présentation porte sur la réalité de Marseille et vise à déconstruire les représentations et constructions sociales que l'on peut avoir sur les pratiques festives des jeunes.

Le dispositif *Plus belle la nuit* a été lancé en 2013. C'est un projet d'intervention en milieu festif à Marseille, essentiellement sur les scènes de musique électronique, où peu d'opérateurs étaient jusque-là présents. C'est un projet interassociatif qui est complémentaire des activités menées par d'autres opérateurs.

Le dispositif est à composantes multiples, mais fortement axé sur les interventions sur les soirées de 22 heures à 6 heures du matin.

En 2014, une quarantaine d'interventions ont été effectuées par une trentaine de bénévoles, des pairs concernés qui ont été recrutés à travers divers moyens de communication et lors des soirées. Ces interventions ont donné lieu à la distribution de 46 000 outils de santé, 14 000 bouchons d'oreille, 10 000 préservatifs et 9 500 « roule ta paille ».

5 000 brochures ont été également distribuées lors de ces interventions, notamment sur l'ecstasy, qui semble être la thématique qui intéresse le plus les usagers.

Le public cible compte essentiellement des jeunes qui sortent, mais il n'y a pas de catégorisation, et les intervenants s'adressent à tout le monde de la même façon, car la promotion de la santé est une démarche qui part de la prévention primaire et va jusqu'à la prévention tertiaire. L'objectif principal est d'informer les gens sur les risques qu'ils prennent et, dans une seconde intention, de pouvoir les réduire s'ils le souhaitent. L'enjeu pour l'intervenant est donc d'être identifié comme étant un repère « cool », car il s'agit d'un jeune qui s'adresse à un autre jeune dans une dynamique de non-jugement.

Le public cible a un usage de drogue récréatif et n'est donc pas forcément dans une dynamique de dépendance, mais le travail se fait sur toutes les pratiques festives, même si les interventions portent pour les trois quarts sur les drogues illicites.

Un comité de suivi a été mis en place en 2012 ; il regroupe plusieurs associations, ainsi que le laboratoire de psychologie sociale de l'université d'Aix-en-Provence.

Deux phases ont été développées.

La première, qualitative, vise à déconstruire la représentation que l'on avait de la fête, avec une méthodologie pluridisciplinaire basée sur les observations ethnographiques, les récits de pratique et la cartographie. Cette démarche a permis de définir la notion de TAF (trajectoire d'alcoolisation festive), comme l'usage d'alcool au cours de soirées festives, avec des déplacements entre différents lieux d'alcoolisation. L'enjeu pour les intervenants était de comprendre la manière dont les jeunes s'acquièrent l'espace pour s'alcooliser et faire la fête et d'identifier leur motivation initiale

L'offre festive a été déconstruite, et trois niveaux d'analyses différents ont été identifiés : l'offre festive au niveau de la ville ; l'offre festive par territoire ; les pratiques festives et les trajectoires d'alcoolisation.

La deuxième phase, quantitative, a été affinée en 2014, avec 120 questionnaires passés pendant les soirées de fin de semaine. L'objet était de savoir combien les gens avaient bu, quelles étaient leurs prises de risque, comment ils se déplaçaient.

L'échantillon comprenait 40 % d'étudiants (24 ans de moyenne d'âge). La consommation au cours de la soirée a été de 10,2 unités d'alcool en verre standard, avec un écart type de 7,08 et des consommations qui s'étalent sur toute la soirée. Les réponses ont également montré que, en matière de motivation, les gens consommaient pour le plaisir avant tout, dans un usage purement récréatif. Les deux autres motivations qui ressortaient étaient « être dans l'ambiance » et « accompagner les amis ». Plus tard dans la soirée, les motivations étaient « continuer à boire » et « ne sais pas ».

Les réponses ont également fait ressortir que quatre précautions étaient fortement prises (sur une liste de 14 diffusées par les associations de prévention) : manger en soirée, éviter d'être seul, boire de l'eau, faire des pauses lors de la consommation. En revanche, souffler dans un éthylotest ou se limiter à deux verres, ce sont des précautions très peu suivies.

L'analyse en composantes multiples a également permis de faire ressortir trois groupes de précautions prises par le consommateur : contrôler son état d'ébriété ; prévenir le risque routier ; sécuriser son environnement. Ces précautions qui régulent la pratique sont principalement

prises en fonction de l'état subjectif du consommateur, de situations particulières ou en prévention du lendemain.

La démarche suivie par *Plus belle la nuit* montre l'intérêt de travailler avec le public dans une dynamique de réduction des risques et en s'appuyant sur une approche transactionnelle qui prend en compte l'individu, le contexte et l'objet. C'est d'ailleurs le résultat de ces trois composantes qui fait que l'interaction est très particulière et différenciée.

En conclusion, il est nécessaire de réfléchir à une approche globale et locale des consommations qui implique les usagers et les pairs et de développer la connaissance que les acteurs de santé peuvent avoir auprès des consommateurs. Cette action se fait en trois temps :

- favoriser le lien entre les acteurs ;
- faire un état des lieux ;
- favoriser l'essor d'un projet global appuyé sur un réseau local.

## ÉCHANGES AVEC LA SALLE

- M. Nicolas Bonnet, Respadd, demande s'il y a des pistes de diffusion de ce dispositif dans d'autres villes.

M. Nicolas Matenot indique que l'essaimage reste assez complexe, car il nécessite d'avoir des acteurs forts et qui disposent au préalable des capacités de diagnostic et d'intervention.

- Mme Carole Mitaine, Centre Médico-Psychologique Garbejaire (CMP), demande si les pairs sont uniquement des gens qui sont du même âge ou des jeunes qui partent de leur expérience, parce qu'ils ont déjà eu une pratique avec l'alcool et se sont rendu compte que cela avait un effet délétère.

M. Nicolas Matenot indique que le choix des pairs se fait en fonction des actions que l'on veut leur faire entreprendre et de celles sur lesquelles on veut intervenir. *Plus belle la nuit* intervient essentiellement sur les scènes de musique électronique, et les pairs doivent d'abord apprécier ce type de soirée en plus d'être jeunes et d'avoir été déjà confrontés à la consommation d'alcool ou d'être ouvert aux pratiques festives du public sur ces scènes. Néanmoins, ce profil n'est pas restrictif.

Mme Carole Mitaine demande quelle est leur motivation et comment ils sont formés. M. Nicolas Matenot indique que leur motivation principale, c'est de faire la fête différemment, étant donné que les intervenants ont le droit de consommer, car on est capable de boire et de faire attention.

- Mme Corinne Ryan, association de parents d'élèves API, demande si *Plus belle la nuit* intervient sur l'usage de drogue.

M. Nicolas Matenot indique que l'association est surtout un acteur de santé festive et intervient principalement dans les soirées et auprès d'acteurs confrontés aux usages festifs ; des formations régulières sont dispensées aux bénévoles pour qu'ils disposent d'un minimum de connaissances, de savoir-faire et de savoir-être pour gérer les situations et être en mesure de passer le relais à des acteurs plus spécialisés.

## SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

**PRESIDENT M. JEROME REYNAUD, MUTUALITE FRANÇAISE, PACA**

### **MISE EN ŒUVRE D'UNE STRATEGIE TERRITORIALE DE PREVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES AUPRES DES JEUNES : UNE METHODOLOGIE TRANSPOSABLE CONÇUE A PARTIR DE LA MODELISATION DU DISPOSITIF ADDICTIONS DE VALBONNE SOPHIA ANTIPOLIS**

#### **Mme Catherine Reynaud-Maurupt, Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale**

Mme Catherine Reynaud-Maurupt indique qu'elle se propose de stimuler l'intérêt des participants pour le guide méthodologique qui leur a été distribué et qui est destiné à structurer et mettre en œuvre une stratégie territoriale de prévention des conduites addictives auprès des jeunes.

Ce guide a été construit à partir d'une revue de la littérature scientifique et de l'expérience du dispositif addictions de la ville de Valbonne Sophia Antipolis.

Le dispositif mis en place à Valbonne est à composantes multiples, c'est-à-dire qu'il s'appuie sur une stratégie co-construite, multi-interventionnelle, organisée le plus souvent selon une logique territoriale, faisant intervenir différents acteurs et en menant différentes actions dans différents champs d'intervention.

La revue de la littérature scientifique atteste de l'efficacité des stratégies à composantes multiples dans la prévention des conduites addictives chez les jeunes. L'objectif du guide et de la présentation, est de décrire le processus d'implantation d'un dispositif territorial et pluridisciplinaire.

Avant de s'engager dans la structuration d'une stratégie de ce type, il faut disposer d'un socle de connaissances préalable. Ce socle porte sur les facteurs de risques et les facteurs de protection, les mesures de prévention les plus efficaces, l'identification des acteurs spécialisés en addictologie et les acteurs de la prévention, ainsi que les sources possibles de financement.

Il existe également des conditions préalables pour s'engager avec succès dans le processus d'implantation : bénéficier d'un portage politique fort, disposer d'une structure de coordination territoriale (l'Atelier santé ville de Valbonne) et délimiter un périmètre d'intervention qui conserve l'action de proximité.

En matière de territoire de proximité, raisonner le périmètre de l'intervention sur la zone de l'intercommunalité peut être plus intéressant, car il permet de respecter le principe d'un continuum préventif. Ce principe va aider à la délimitation du périmètre d'intervention, car il considère que la prévention doit s'organiser pour accompagner le parcours de vie des jeunes dans le temps, dans l'espace, dans l'évolution de leurs pratiques, et ce, en tenant compte de leur vulnérabilité sociale et psychoaffective particulière.

Il semble ainsi pertinent de délimiter le périmètre d'intervention en partant de la carte scolaire. On peut partir par exemple de la population d'un lycée, et la carte scolaire conduira à prendre en compte les écoles et les collèges dont cette population lycéenne est issue, et il s'agira, selon les lieux, de regroupements de quartiers, de communes ou d'une partie d'une grande agglomération associée aux petites communes limitrophes qui alimentent le lycée.



## Étape 1

La première étape du processus d'implantation consiste à structurer la mobilisation partenariale. Il est nécessaire à cet effet de commencer par créer l'alliance entre les experts du territoire et les experts en addictologie.

Ces experts vont constituer le noyau dur du futur dispositif addictions en se regroupant dans un comité technique dédié au dispositif.

Autour du comité technique se forme le comité de pilotage, l'organe décisionnaire du dispositif qui validera les choix stratégiques en regard des contraintes financières et des directives de l'État. Ce comité est constitué des élus locaux, des représentants des principaux financeurs potentiels, ainsi que des membres du comité technique.

Les acteurs clés de la mobilisation communautaire seront ensuite déterminés, ils seront notamment choisis dans le champ éducatif, les acteurs jeunesse, les acteurs socio-éducatifs dédiés à l'insertion des jeunes, les responsables de la politique de la ville, des représentants des jeunes et des habitants, le champ social, le champ sociosanitaire, les professionnels de l'application de la loi, les chefs d'entreprise, notamment ceux qui sont liés aux milieux festifs et ceux qui travaillent dans la vente de substances psychoactives réglementées.

L'objectif de la mobilisation des acteurs du territoire autour de la question des addictions est de constituer un conseil de coalition, une instance de concertation plus large réunie autour du comité de pilotage. L'objectif est donc de créer une fédération territoriale qui regroupe des élus locaux, des professionnels de proximité exerçant auprès des jeunes, des experts en addictologie, ainsi que des représentants des habitants et des jeunes susceptibles de s'investir dans l'éducation par les pairs.

## Étape 2

Cette étape est centrée sur la mobilisation communautaire.

La toute première réunion qui va acter la création du conseil de coalition est importante. Il faut que l'invitation émane de la collectivité territoriale et que les élus y participent. C'est le coordinateur du dispositif et les experts en addictologie qui animent la réunion.

Le but de la réunion est d'informer et de sensibiliser les participants et de leur proposer une formation gratuite au socle commun des connaissances en addictologie. La réunion vise également à mobiliser les participants sur la réalisation du diagnostic partagé des besoins et ressources du territoire en matière de prévention des conduites addictives et d'intervention précoce auprès des jeunes consommateurs. Il faudra insister au cours de cette réunion sur le caractère partagé de ce diagnostic, c'est-à-dire sur l'intérêt de mutualiser l'ensemble des expertises que peuvent apporter les acteurs de terrain.

La formation au socle commun de connaissances et le diagnostic sont porteurs de mobilisation communautaire, car ils vont permettre l'acquisition des compétences et des connaissances et la prise en compte de l'expertise des acteurs de terrain.

## Étape 3

Cette étape consiste à mettre en œuvre la formation des acteurs de terrain et à lancer le diagnostic partagé des besoins et ressources du territoire.

La formation des acteurs de proximité vise à passer d'un consensus d'objectifs à une unité conceptuelle, c'est-à-dire la construction d'un référentiel et d'une culture communs et le développement des connaissances pour mieux repérer et orienter.

Le diagnostic du territoire sera lancé parallèlement à la formation et visera à :

- rassembler les données existantes sur les spécificités du territoire ;
- produire un diagnostic partagé des besoins des jeunes et des attentes des professionnels de première ligne et des habitants ;
- mettre en perspective ces besoins et ces attentes avec les ressources existantes ;
- définir des axes d'action prioritaires.

La validation des axes d'action prioritaires est un choix politique effectué par le comité de pilotage et déterminé par les résultats du diagnostic territorial, ainsi que les directives de l'État et les ressources locales disponibles.

Chaque diagnostic est spécifique, mais on retrouve souvent des constantes :

- absence de liaison entre les services médicaux et les services sociaux et éducatifs ;
- absence de concertation avec les habitants (dont les jeunes) ;
- réponses inexistantes ou partielles pour des populations particulières (jeunes usagers de drogues, jeunes en errance...) ;
- survenue d'événements qui modifient ponctuellement l'offre et la demande de substances psychoactives ;
- absence de prévention en amont des premières consommations.

#### Étape 4

Cette dernière étape est celle de la finalisation de l'organisation opérationnelle qui va permettre au dispositif de déployer ses actions.

Il faut en premier lieu réunir le conseil de coalition pour lui présenter les résultats du diagnostic, l'informer des choix stratégiques retenus pour l'action et constituer des groupes de travail thématiques.

Ces groupes de travail thématiques s'acquittent de diverses missions :

- impulser des actions de prévention conformes aux axes prioritaires définis dans le cahier des charges du dispositif ;
- choisir les opérateurs ;
- dégager des financements spécifiques ;
- participer à la programmation des financements ;
- veiller à la couverture du territoire ;
- s'assurer de la cohérence entre les objectifs fixés et les propositions des opérateurs ;
- participer à l'analyse continue des besoins ;
- recueillir les données pour l'évaluation des actions.

Mme Catherine Reynaud-Maurupt présente l'organisation du dispositif addictions de Valbonne Sophia Antipolis telle que définie en 2015 à l'issue de l'évaluation réalisée en 2014.

Le comité de pilotage se subdivise en quatre groupes de travail thématiques :

- Éducation nationale ;
- parentalité ;
- jeunes en insertion ;

- vie étudiante.

Chaque groupe est investi dans l'orientation, laquelle est facilitée par le partenariat avec le centre hospitalier d'Antibes.

Chaque groupe thématique est porteur d'actions spécifiques, dont trois en particulier présentent un grand intérêt.

La première action est portée dans le groupe de travail Éducation nationale, qui s'est investi dans l'insertion de la Consultation jeunes consommateurs du Csapa d'Antibes directement au sein des établissements d'enseignement secondaire.

La deuxième action est portée par le groupe parentalité et porte sur l'organisation de conférences d'information à l'attention des parents. Néanmoins, eu égard à la sociologie du public, principalement constitué de parents issus de milieux sociaux aisés, le groupe a mis en place des ateliers d'appui à la parentalité qui fonctionnent en petits groupes et dont certains ont été associés à une garderie pour enfants, ce qui s'est révélé être un levier primordial pour toucher les familles monoparentales présentant des conditions d'existence difficile.

La troisième action est portée par le groupe dédié aux jeunes en insertion et a été nommée Carrefour santé addiction. L'objectif est de répondre aux difficultés d'orientation à travers la mise en place d'une cellule de concertation sur des cas de jeunes éloignés du soin et porteurs de problématiques multiformes dans lesquelles le Csapa d'Antibes tient le rôle d'expert.

Globalement, ce dispositif montre l'intérêt de la concertation, de la coordination et du décloisonnement des pratiques professionnelles dans l'amélioration de la qualité du service rendu aux jeunes habitants et à leurs familles. Il montre que tout le monde doit s'investir à différents niveaux pour constituer une politique raisonnée de prévention des addictions, avec une continuité et une cohérence des actions qui prennent en compte le déroulement des parcours de vie et la mobilité des jeunes habitants.

Le dispositif montre également que l'investissement des élus et des acteurs de proximité est un atout capital qui permet aux acteurs spécialisés de l'addictologie de faire du bon travail. Il multiplie les portes d'entrée possibles vers la prise en charge et favorise ce faisant l'intervention précoce.

## ÉCHANGES AVEC LA SALLE

Discutante Mme Caroline Pruvost, PSA 06

- M. Thierry Bernier, directeur d'un institut thérapeutique éducatif et pédagogique à Nice, relève que le démarrage de l'action ne peut se faire qu'avec une volonté politique forte des élus et demande comment cette volonté s'est construite à Valbonne.

Mme Laurence Deront, coordinatrice de l'atelier santé ville Valbonne (ASV), indique que, avec les problèmes d'ébriété des jeunes, induits notamment par l'évolution sociétale de la ville, s'était imposée l'idée d'établir un diagnostic des problèmes auxquels était confrontée la jeunesse, et c'est ainsi que le dispositif a démarré. Le diagnostic a été mené par un expert, et il a convaincu les élus qu'il était nécessaire de travailler sur la prévention plutôt que sur la répression.

Mme Caroline Pruvost ajoute que le sujet préoccupait tout le monde, toutes couleurs politiques confondues. Après, la difficulté était de faire consensus et de rassembler tous les acteurs dans une volonté et une stratégie communes, et c'est à ce moment-là que s'est révélée l'importance d'avoir une cheville ouvrière, des experts en méthodologie, des acteurs engagés et des réseaux forts pour identifier une approche qui s'adapte à l'interlocuteur initial.

La question est posée dans tous les territoires, il suffit de savoir la prendre et tirer le fil et faire bouger les lignes ensemble.

- Mme Céline de Rivoyre, du collectif Accueil écoute jeunes d'Antibes, demande ce qui est fait à Valbonne en matière de premières préventions, par exemple dans les collèges ou plus tôt encore.

M. Jérôme Reynaud indique que les actions de prévention ont évolué au fil des années. Au départ, elles ont essentiellement porté sur les collèges, car les données épidémiologiques montraient qu'il y avait une tranche d'âge charnière au moment de la puberté, entre la quatrième et la troisième, et les interventions se sont focalisées sur ce public. Dans le cadre des activités de la Mutualité Française, il existe un dispositif, le bus Kefa, qui propose aux élèves de quatrième des ateliers qui, dans un premier temps, présentaient les substances et rappelaient le cadre légal et essayaient d'accompagner les jeunes vers le renforcement de leurs compétences et l'identification des ressources qu'ils pouvaient mobiliser s'ils étaient en situation de danger. Le dispositif a changé, et il vise aujourd'hui avant tout à impulser une dynamique à l'intérieur même des établissements scolaires.

L'intervention se fait également dans les lycées, plutôt en classe de seconde, à travers des débats sur la problématique des substances.

En outre, depuis quelques années sont également développées des interventions dans le primaire, avec une entrée sur la question du sommeil qui a conduit à aborder l'impact des nouvelles technologies et du rapport à l'écran. Par ailleurs, cette année a été expérimenté un premier atelier sur la capacité à résister à la pression et à dire non.

On retrouve dans cette démarche l'idée d'un continuum préventif, qui reste néanmoins très modeste, car il faut intervenir chaque année avec des méthodologies différentes sur des thèmes complémentaires, ce qui pose la question des financements.

Avec les interventions effectuées en milieu scolaire, le dispositif de Valbonne a permis de structurer le tout et de lui donner une cohérence. En revanche, il y a aujourd'hui une réflexion que l'ensemble des opérateurs doit mener sur les contenus qu'ils vont pouvoir développer.

- Mme Anne Forestier, conseillère principale d'éducation, indique qu'au collège Yves Klein à La Colle-sur-Loup, le « comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté » opère en partenariat interinstitutionnel sur le volet prévention. En matière de parentalité, ce dispositif intervient également avec l'aide des infirmières scolaires, mais c'est beaucoup plus compliqué, parce que le discours préventif s'accompagne d'une action, puisqu'il faut trouver des leviers pour agir auprès des jeunes et auprès des familles. L'action est d'autant plus difficile qu'il est impossible de se procurer des données épidémiologiques sur la nature des consommateurs et des substances consommées. L'information des parents et le dialogue avec les familles sont également complexes, puisque les établissements scolaires représentent l'État et peuvent, en plus du volet informatif, faire aussi de la répression. Or, rien ne peut se faire sans l'intervention des parents. En effet, pour traiter un cas, il est nécessaire d'avoir une structure parentale forte et des décisions fortes que seuls les parents peuvent prendre.

Pour les acteurs de terrain, l'addictologie reste un sujet sensible où toutes les qualités des personnels peuvent se révéler, mais également tous les dysfonctionnements.

M. Jérôme Reynaud indique que ces difficultés des établissements scolaires à gérer les situations de crise ou celles qui dépassent la simple prévention montrent tout l'intérêt du modèle de Valbonne, où les dispositifs mis en place ont montré leur efficacité et leur capacité à se déployer sur l'ensemble du territoire. Il y a également lieu de mener une réflexion sur le décloisonnement des actions pour pallier l'éloignement de certaines communes, comme La Colle-sur-Loup, et d'en poser une autre à un niveau supérieur, auprès des institutions, pour essayer d'impulser d'en haut une stratégie globale et qui tienne compte des singularités territoriales.

Mme Caroline Pruvost ajoute qu'il est également très important de fournir aux acteurs de terrain et aux parents les outils de repérage validés, afin qu'ils identifient les situations difficiles.

- Mme Djahida Hemadou, psychologue clinicienne à Valbonne, intervient à propos de la proximité des acteurs de terrain et de la nécessité d'aller vers l'autre. Elle signale que Valbonne présente un fonctionnement singulier, celui du travail de proximité. La permanence s'est implantée au Point écoute santé à Garbejaire, mais, très vite, le choix a été d'aller dans les établissements scolaires. La démarche a réussi, et les jeunes viennent en consultation et incitent même leurs camarades à aller consulter dans l'anonymat et la confidentialité. Cette disponibilité que les différents lieux de vie des jeunes offrent aux acteurs de la prévention est très importante, notamment les foyers de jeunes travailleurs et surtout les établissements de l'Éducation nationale, qui leur mettent à disposition un espace pour qu'ils opèrent en toute confidentialité.

Cet accueil est très important, et la qualité de la relation tient une grande place dans cette démarche, car il y a le savoir-faire, mais aussi le savoir-être et le savoir-être avec. Les parents ont d'ailleurs très vite investi ces lieux de permanence dans les établissements scolaires et transmis leur propre sentiment de confiance, ce qui nourrit le travail de réseau avec les différents intervenants de tous ces espaces et permet d'instaurer une relation de confiance pour que, au-delà de la prévention d'un mal-être, émerge une demande plus spécifique.

- Dr. Pierre Airaudi, directeur du Csapa d'Antibes, relève qu'à Valbonne, il y a la chance de la proximité, et considère qu'il faudra réfléchir à l'échelle du département pour que des soins puissent être apportés à proximité dans certains lieux, éventuellement en faisant intervenir le Csapa. Il faut que le modèle de Valbonne se reproduise un peu partout dans le département, d'autant que celui-ci a également la chance d'avoir un réseau addictions.

#### **L'ETAPE 84 : PRESENTATION D'UN DISPOSITIF SPECIFIQUE DE PREVENTION ET DE SOINS PRECOCES EN ADDICTOLOGIE POUR LES 11-25 ANS AU SEIN D'UN CSAPA**

##### **Mme Chrystelle Leclercq, Prévention et soins en addictologie Vaucluse (PSA 84)**

PSA Vaucluse comprend deux établissements, le Csapa Avapt (Addictologie en Vaucluse : accueil, prévention et thérapeutique) et Le Caarud Le Patio (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue).

Le Csapa Avapt compte trois services : Le Cap 14, L'Étape 84, Le Relais (un ensemble d'appartements thérapeutiques).

Le Cap 14 est une équipe de 14 professionnels (médecins addictologues, psychiatres, généralistes, infirmières, travailleurs sociaux) qui était à l'origine dédiée aux problématiques de toxicomanie pour un public en grande précarité sociale.

Le Csapa est un dispositif qui a été créé en 2008. Il prend en charge des missions obligatoires (car financées par la dotation globale de fonctionnement) et des missions facultatives.

Les missions obligatoires portent sur l'accueil, l'information, l'évaluation, la prise en charge, l'orientation et la réduction des risques. Les missions facultatives portent sur les consultations de proximité et le repérage précoce, les activités de prévention et de recherche, la prise en charge des addictions sans substance et les interventions en direction des personnes détenues ou sortant de prison.

### **L'Étape 84 en chiffres**

L'Étape 84 a été créée en 1986. Ce service compte aujourd'hui six consultations jeunes consommateurs (CJC). Il est passé Csapa généraliste en 2014.

L'équipe compte un chef de service, deux psychologues, une éducatrice spécialisée, un animateur socio-éducatif, une chargée de prévention, un agent administratif, un directeur et une secrétaire de direction, soit 7,20 ETP au total.

Le service déploie son action en direction des jeunes âgés de 11 à 25 ans, de leurs parents et proches et des professionnels en contact avec ce public.

Ses objectifs rejoignent ceux des CJC et portent sur la formation et la documentation, l'écoute et l'évaluation partagée, l'accompagnement psychologique ou socio-éducatif (car le service ne comprend pas de pôle médical), le conseil et le soutien, la prévention des conduites addictives.

Les principes qui guident les interventions du service sont :

- la prise en compte globale des questions et des problématiques d'addiction à l'adolescence ;
- la prise en compte globale de l'environnement des jeunes (jeunes, parents, entourage professionnel) ;
- une offre d'accueil dédiée non stigmatisée et non stigmatisante ;
- une diversité des approches et des compétences ;
- l'engagement à la rencontre, « aller vers » ;
- la volonté de conjuguer individuel, familial et collectif

En 2014, l'Étape 84 a rencontré 569 personnes : 318 jeunes ; 211 parents ou proches ; 40 professionnels. L'origine de la démarche qui a conduit à la rencontre est le fait du jeune lui-même pour près de 20 %, d'un parent, d'un proche ou d'un pair pour près de 16 %, d'un partenaire du secteur sanitaire ou sociomédical pour près de 18 %, d'un partenaire du secteur judiciaire (structure PJJ) ou par suite d'une mesure de justice pour près de 46 %.

L'Étape 84 a amené plusieurs actions collectives en 2014 :

- participation à 20 stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants ;
- actions de prévention dans les établissements scolaires, d'enseignement professionnel, de formation et d'insertion du Vaucluse (2 890 jeunes rencontrés) ;
- actions en direction des établissements et services de l'aide sociale à l'enfance ;
- des actions en direction des centres sociaux d'Avignon (151 jeunes rencontrés).

### **L'Étape 84, CJC et partenariats**

En Avignon, le service organise six consultations jeunes consommateurs (dont une au sein d'un centre éducatif fermé et une autre au sein d'un centre social) et tient une permanence au sein de la Maison des adolescents.

Dans le département du Vaucluse, trois CJC sont organisées à Orange, Carpentras et L'Isle-sur-Sorgue.

L'Étape 84 répond à des enjeux territoriaux multiples, au niveau départemental et au niveau local. Son objectif principal est de s'adapter au plus près des besoins des territoires et aux demandes des structures qui y sont présentes, et ce, sans se départir d'une vision globale des actions menées à l'échelon départemental.

Le service construit à cet effet des partenariats variés, avec des institutions, des structures et des acteurs de terrain.

L'Étape 84 veille également à articuler action collective et accompagnement individuel. Cette articulation vise à assurer une meilleure prise en compte des problématiques addictives des adolescents et des jeunes adultes et à agir de manière préventive par un repérage précoce.

Dans son articulation avec le Csapa, l'Étape 84 constitue un dispositif spécifique adapté entre ce centre et les CJC, et ce, par :

- la prise en compte globale des conduites addictives (avec ou sans substances psychoactives) chez les jeunes ;
- les possibilités d'accompagnement plus denses que les CJC « isolées » ;
- la formation des professionnels à la fois à l'addictologie et à l'adolescence, avec des réponses plus adaptées ;
- la possibilité d'orientation en interne au Csapa, notamment sur le plan médical ;
- le développement d'un partenariat spécifique en lien avec le public accueilli.

### **Les principales difficultés**

Ces difficultés ont été identifiées dans le rapport *Évaluation du dispositif médico-social de prise en charge des conduites addictives* élaboré par l'IGAS en février 2014.

Ainsi, en matière de pilotage et de mise en œuvre de la politique de prévention des conduites addictives en direction des jeunes, la difficulté réside dans la multitude d'intervenants dépourvus d'espace de coordination permettant une vision globale et une meilleure efficacité des actions mises en place.

En matière d'articulation des actions collectives et des CJC, la difficulté réside dans les moyens limités et non pérennes.

### **SOUTIEN AUX FAMILLES ET A LA PARENTALITE – ADAPTATION FRANÇAISE ET PREMIERS RESULTATS D'UN PROGRAMME DE SOUTIEN A LA PARENTALITE BASE SUR DES DONNEES PROBANTES**

#### **Dr Corinne Roehrig, Comité départemental d'éducation pour la santé des Alpes-Maritimes**

Les problèmes de parentalité et les difficultés parentales sont un déterminant reconnu des problématiques de conduites addictives chez les jeunes. On sait aujourd'hui que ces difficultés sont associées à de nombreuses difficultés sanitaires et sociales chez l'enfant, ainsi qu'à d'autres conduites à risque, à des problématiques d'échec scolaire, voire à la délinquance et à la criminalité.

SFP (Strengthening Families Program) est un programme américain élaboré par une psychologue dans les années 1980 et qui porte sur un programme familial de prévention de la consommation de substances psychoactives chez les enfants de parents consommateurs.

Aujourd'hui, SFP est reconnu comme l'un des meilleurs programmes de prévention, notamment des conduites d'alcoolisation chez les jeunes ; il a fait l'objet de 150 études évaluatives internationales et a été implanté et adapté dans 35 pays. Il est désormais également indiqué en prévention universelle et sélective.

SFP a pour objectif principal d'augmenter la résilience familiale, c'est-à-dire la capacité à résister et à se reconstruire malgré les situations adverses.

Il agit sur les facteurs de protection :

- en augmentant l'attention positive à l'enfant, c'est-à-dire considérer que l'enfant n'est pas qu'un problème, mais présente aussi des comportements appropriés sur lesquels on peut s'appuyer pour le valoriser ;
- en aidant les parents à prioriser leurs objectifs éducatifs et à les exprimer de manière efficace ;
- en régulant le stress des parents et en tenant compte de leurs émotions et de celles de leurs enfants ;
- en aidant les parents à prendre conscience de leur exemplarité ;
- en mettant en place une supervision parentale régulière, une discipline non violente adaptée et constructive ;
- en aidant les parents à prendre conscience des forces de la famille dans la transmission de valeurs *positives* pour la famille et de normes et d'attentes quant aux comportements à risques en général et aux conduites addictives en particulier.

Les résultats généraux de SFP sont assez spectaculaires :

- chez les parents, le programme augmente le sentiment d'efficacité, l'habileté et la communication ; il diminue le stress, la dépression et la consommation de produits psychoactifs ;
- chez les enfants, il améliore les compétences sociales, les résultats scolaires, la coopération intrafamiliale et augmente le nombre de pairs pro-sociaux ; il diminue la dépression, les troubles du comportement, les agressions contre soi et contre les autres, les conduites à risque et la consommation de produits psychoactifs, notamment l'alcool ;
- au niveau des familles, il améliore les liens entre les parents et les enfants, ainsi que la communication positive et le partage des tâches. Par ailleurs, il fait baisser les conflits intrafamiliaux.

En pratique, SFP a été adapté en France aux enfants de 6 à 11 ans. Le programme se décline en 14 sessions de deux heures et présente la particularité de regrouper toute la famille, parents et enfants. Lors de la première heure, deux groupes sont constitués, un pour les parents, avec deux animateurs, et un autre pour les enfants, avec deux autres animateurs ; au cours de la deuxième heure, la famille est regroupée autour des quatre animateurs.

Dans le groupe parents, la première heure est consacrée au renforcement des habilités parentales (augmentation de l'attention positive à l'enfant, communication et formulation des attentes de manière positive, gestion du stress, résolution des problèmes, mise en place d'une discipline adaptée, organisation du temps familial).

Dans le groupe enfants, la première heure est consacrée au développement des compétences psychosociales (communiquer, résoudre les problèmes et les conflits, gérer la colère, accepter et faire des critiques constructives, prendre des décisions, résister à la pression des pairs).



Pendant la deuxième heure, les familles sont réunies, et les activités communes (le plus souvent ludiques) vont permettre de développer les liens et la communication familiaux.

Les animateurs reçoivent une formation spécifique sur le programme SFP et disposent de manuels d'intervention détaillés par atelier. Ils vont participer à l'évaluation du programme.

L'Inpes soutient le projet depuis le début.

L'acceptabilité du programme au regard de la réglementation française a été d'abord testée en 2011-2012 à Mouans-Sartoux, une commune du département, et ce test a été concluant.

La deuxième phase de tests d'implantation a été effectuée en 2013-2014 dans des quartiers prioritaires à Carros, Grasse et Mouans-Sartoux, et l'adaptation du programme aux réalités françaises a été confirmée.

Le travail d'adaptation du programme à la France a été double. Cette adaptation a été d'abord culturelle, car il a fallu rendre le programme compatible avec les normes, les valeurs, les coutumes et les modes de vie des familles françaises. Elle a été ensuite contextuelle, car il a fallu adapter le programme aux organisations professionnelles et aux politiques publiques françaises, d'autant qu'un partenariat très étroit a été mené avec les villes et que l'implantation a été longue pour tisser un climat de confiance avec les professionnels locaux et les familles

Un des points forts de SFP, c'est son positionnement en tant que programme éducatif. En effet, il ne s'agit pas de confronter les parents aux difficultés psychologiques et aux failles, mais de leur permettre de tester de nouvelles pratiques éducatives ou de renforcer les qualités et les compétences dont ils disposent déjà.

SFP ne se situe ni dans le psychothérapeutique ni dans le normatif, mais dans l'éducatif. Il se réfère donc à la bienveillance et la bientraitance absolues et œuvre à accompagner et à soutenir les parents dans le développement de leur propre habileté. En l'occurrence, l'animateur va se comporter en tuteur de résilience.

Le deuxième élément fort du programme, c'est le renforcement de la formation des animateurs, mais aussi des groupes référents identifiés dans les villes au début du processus d'implantation, car le champ de la parentalité en France est aujourd'hui en construction et en structuration.

Par ailleurs, comme il s'agit d'un programme basé sur des données probantes, SFP fait l'objet d'un protocole d'évaluation qui prend en compte trois indicateurs :

- l'assiduité des familles ;
- la fidélité au programme ;
- l'efficacité immédiate à travers un questionnaire d'évaluation des compétences parentales (7 critères) et des capacités des enfants (7 critères sur lesquels les parents observent le comportement des enfants) effectué au début et à la fin des 14 sessions.

Le taux d'assiduité s'est élevé à 84 %, et celui de la fidélité au programme, à 86 %.

Évaluant le programme, les acteurs de proximité ont remonté qu'ils aient pu observer physiquement les résultats et voir des parents qui étaient non pas démissionnaires, mais stressés et peu confiants, se redresser au fur et à mesure des sessions. SFP ne cherche pas à faire entrer les parents dans un moule, ce ne sont pas leurs faiblesses que l'on pointe du doigt ni celles de leurs enfants. Ce sont leurs ressources et potentiels qui sont valorisés, et qui les rendent, à nouveau, acteurs de leurs familles.

En conclusion, Mme Corinne Roehrig indique que les résultats valident l'adaptation française du programme SFP. L'investissement a été lourd, puisqu'il s'est étalé sur quatre ans, mais il est plus simple d'adapter un programme probant que d'en faire un *de novo*.

## ÉCHANGES AVEC LA SALLE

- Une intervenante demande si ce programme peut être proposé dans les écoles des parents du département, où il y a des familles qui participent à des sessions et où le contexte est déjà posé.

Mme Corinne Roehrig indique que, pour l'instant, on met du temps pour faire ce travail d'adaptation, et le dispositif qui a été défini et validé va être a priori maintenu. Après, une école des parents réfère peut-être à une ville, et la ville pourrait à ce moment-là être l'organe de coordination de la mise en place du programme SFP dans cette école des parents.

Cette même intervenante demande ensuite quelles sont les prochaines villes dans lesquelles il est envisagé d'implanter le programme SFP. Mme Corinne Roehrig indique que le Codes 06 a établi une convention avec l'Inpes pour développer le programme dans trois régions (PACA, Haute-Normandie, Limousin) et neuf sites au moins. Dans le département des Alpes-Maritimes, SFP peut néanmoins être implanté dans toutes les villes qui en font la demande.

- Une intervenante relève que ce programme se limite aux familles avec des enfants âgés de 6 à 11 ans et demande s'il est prévu d'entamer un travail avec des familles comptant des enfants âgés de plus de 11 ans.

Mme Corinne Roehrig indique que l'Inpes a choisi cette tranche d'âge, parce que c'est la version du programme qui donne les meilleurs résultats à long terme. Il existe d'autres programmes pour les adolescents et les collégiens, et c'est une autre opportunité d'implanter SFP.

- Mme Caroline Pruvost, PSA 06, signale qu'il est difficile d'impliquer les parents et demande si, dans les 35 pays où le programme a été implanté et où le recul est possible, la mise en place de plusieurs groupes sur un même lieu a eu un effet positif boule de neige qui amène les parents initialement hésitants à adhérer finalement à ce programme.

Mme Corinne Roehrig indique que l'effet d'entraînement est réel, notamment parce que les groupes sont mixtes, avec des familles présentant des problématiques différenciées. Il faut à ce propos travailler sur la valorisation des gens et arrêter de dire aux parents qu'ils sont démissionnaires. Les parents sont en effet compétents, peut-être démunis, mais compétents, même s'ils rencontrent des problèmes.

- Une intervenante, éducatrice en assistance éducative en milieu ouvert, indique qu'elle est mandatée par le juge des enfants pour intervenir auprès de familles vivant des contraintes et qu'elle relève à cette occasion qu'il y a de plus en plus de professionnels qui essaient de travailler avec la compétence des familles. Cette démarche est très importante, car, même dans les contraintes, on peut faire levier sur la compétence des familles.

## CLÔTURE

### **Mme Catherine Reynaud-Maurupt, Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale**

Mme Catherine Reynaud-Maurupt indique qu'elle tient à remercier toute l'équipe municipale de Valbonne Sophia Antipolis, le sénateur-maire, les élus, les techniciens.

Elle remercie également tous les financeurs qui ont permis l'organisation de cette journée à côté de la ville de Valbonne Sophia Antipolis, ainsi que les équipes qui se sont investies dans l'organisation logistique de la journée.

### **Dr. Pierre-Yves Bello, Direction générale de la santé, ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes**

M. Pierre-Yves Bello remercie tous les partenaires, ainsi que l'auditoire, qui a fait preuve d'une grande attention pendant toute la journée.

Un des rôles de la DGS est de contribuer à l'émergence de projets innovants, scientifiquement validés et susceptibles d'être transposés.

Le projet *Modélisation du dispositif territorial transdisciplinaire de prévention et de prise en charge des addictions de la ville de Valbonne Sophia-Antipolis 2006-2013* est la parfaite illustration de cette démarche, puisqu'il aboutit à la production d'un manuel qui va permettre sa distribution et son appropriation par d'autres acteurs. Il est une parfaite illustration de ce que la DGS cherche à faire dans le cadre des financements qu'elle peut accorder.

Revenant aux thèmes débattus pendant la journée, M. Pierre-Yves Bello relève trois éléments importants à propos de l'épidémiologie et des usages des substances psychoactives :

- les usages problématiques concernent une minorité importante des jeunes ;
- les années collège constituent une période clé, puisqu'il y a une transition dans les niveaux de consommation ;
- trois produits prédominant, l'alcool, le tabac et le cannabis, même s'il ne faut pas négliger les autres.

On a également constaté que toutes les interventions ne se valent pas et qu'il faut avoir une réflexion avant de s'engager dans l'action. Il faut donc prioriser les interventions qui sont scientifiquement validées et ont fait la preuve de leur efficacité, et c'est encore plus important dans un contexte de réduction permanente des crédits.

Les présentations de M. du Roscoät et de Mme Benec'h ont montré qu'il existe de la connaissance et des synthèses de connaissances qui permettent d'identifier un certain nombre de stratégies qui fonctionnent.

La proximité est un facteur clé pour l'adhésion du public concerné ; c'est ce qui a permis le développement important des CJC et la mise en place de structures dédiées principalement aux jeunes. À propos des CJC, il faut souligner que la structuration du dispositif est en cours et qu'il y a eu un grand effort d'approfondissement des pratiques.

Sur un plan local, il faut souligner l'approche marseillaise, qui s'est révélée très pertinente, avec un diagnostic local initial assez fin et une recherche de modulation des interventions adaptée au public et à la géographie des lieux.

Il faut par ailleurs éviter les projets ponctuels. En effet, la durée du projet est essentielle, et l'implication de l'ensemble des acteurs est un facteur de succès. La proposition de modélisation du dispositif de prévention locale tel qu'il a été présenté par Mme Catherine Reynaud-Maurupt amène une implication d'un nombre important d'acteurs, et cela induit une dynamique durable de travail partagé et une diversité des actions et des publics touchés.

L'existence des Csapa et des Caarud est un acquis majeur de ces dernières années, et la pérennisation du financement par l'assurance-maladie des programmes d'échange de seringue a été un facteur de sécurisation essentiel.

Les Csapa et les Caarud sont inscrits dans le paysage, et cela permet la prise charge d'un nombre croissant de patients et le développement d'actions innovantes, ainsi qu'une intense réflexion à l'échelle de nombreux services et l'évolution du dispositif de réponses aux addictions.

Sur un plan national, les addictions restent une priorité nationale, et plusieurs textes en attestent :

- le Plan gouvernemental et sa déclinaison en plans d'action portant sur la période 2013-2017 ;
- le Plan cancer III 2014-2019, qui comprend des actions sur l'alcool et, pour la première fois, le portage d'un programme national de réduction du tabagisme qui a été récemment mis en ligne, avec l'objectif d'arriver à une première génération d'adultes non-fumeurs en 2032 ;
- la loi de santé, qui comporte plusieurs articles relatifs au tabac, à l'alcool et à la réduction des risques et qui va être discutée au sein de l'Assemblée nationale à partir de la semaine prochaine.

Les addictions sont et resteront une problématique récurrente de la période de l'adolescence, et l'exemple de Valbonne montre qu'une organisation impliquant les acteurs de proximité est particulièrement prometteuse en matière de réponses adaptées en direction des jeunes.

Le défi est donc de s'emparer de cette expérience pour la diffuser, l'adapter et la reproduire.

La DGS et la Mildeca appuient cette diffusion, et il faut que les acteurs de terrain s'en emparent et en fassent une réussite.

***Fin de la journée.***