

29 et 30 septembre 2005, Maison de la Mutualité, Paris

Comité d'organisation : Dr Michel Craplet, Pr Sylvain Dally, Dr Yves Édel,  
Pr Jean-Dominique Favre, Dr Bénédicte Lepère, Dr Alain Morel

## 1<sup>ères</sup> Assises nationales de la Fédération française d'addictologie Réunion de la Société française d'alcoologie

Avec le parrainage  
du Ministère des solidarités, de la santé et de la famille  
de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

# La prévention Quelle politique ? Quelles actions ?

## Résumés des communications

• Jeudi 29 septembre  
2005



### Prévention : quels modèles pour quels avantages ?

Président : Pr Jean-Dominique Favre  
(SFA)

Modérateur : Dr Jean Harbonnier (SPST)

#### *La prévention mise à la question : éducation ou contrôle ?*

Dr Michel Craplet (ANPAA, Paris)

Les méthodes de prévention en addictologie peuvent se ranger en deux catégories : éducation ou contrôle. Après un rapide historique de la question – depuis Noé et Platon –, l'auteur ébauche un panorama actuel des différentes actions de la prévention dite "primaire" en population générale, en éliminant de son propos ce qui appartient à la répression et après avoir exprimé le refus de toute méthode qui ne serait pas éthique.

L'historique de la question montre que les deux approches "éduquer" et "contrôler" ont été pendant longtemps utilisées empiriquement. Aujourd'hui, dans notre société appauvrie mais méthodologiquement ambitieuse, il est demandé aux "préventologues" de choisir la méthode et les outils en fonction de l'efficacité, et plus particulièrement du rapport coût-efficacité.

L'auteur soulève plusieurs problèmes éthiques avant d'aborder la question de l'efficacité, principalement dans le domaine de l'alcool et du tabac, à partir des résultats d'études menées dans le monde anglo-saxon et qui commencent à être diffusés en France. Certes, il n'est pas certain que les résultats puissent être facilement étendus à d'autres contextes culturels. Cependant, la mondialisation autorise à regarder ces études avec intérêt. D'après elles, les méthodes s'appuyant sur le contrôle de l'offre des produits (prix, publicité, ouverture des lieux de vente, contrôle de l'âge des consommateurs) et des modes de consommation ont montré leur efficacité. Au contraire, les méthodes basées sur l'éducation auraient des résultats limités.

L'auteur relativise d'abord les résultats concernant les méthodes d'éducation. Ne pas pouvoir

démontrer l'efficacité d'une action ne veut pas dire qu'elle soit inefficace, mais peut-être tout simplement que c'est indémontrable dans le contexte d'une société en évolution, où les "facteurs de confusion" sont nombreux. En fait, l'étude attentive des recherches montre qu'il existe souvent une petite efficacité dont la faiblesse peut être expliquée par l'importance de la "contre-éducation" contenue dans les méthodes de commercialisation (officielles ou cachées) des producteurs d'alcool et de tabac et par l'entretien des préjugés favorables à ces produits dans la société. Dans ce contexte, il apparaît évident que les effets positifs des méthodes d'éducation à la santé ne peuvent persister longtemps après la fin des actions de terrain entreprises.

L'auteur souligne ensuite comment les résultats mettent les pouvoirs publics devant leurs contradictions. Réclamant des méthodes efficaces et les moins coûteuses possibles, ils ne se saisissent pas des méthodes de contrôle, dont l'efficacité est prouvée mais qui sont impopulaires et souvent politiquement impossibles à appliquer, en particulier parce qu'en diminuant de façon importante les consommations, elles

diminueraient les revenus des producteurs-électeurs et les recettes fiscales.

L'auteur souligne enfin que la question posée est à relier à d'autres interrogations essentielles sur le périmètre des conduites dangereuses à prévenir et sur les "cibles" préférentielles à "viser". Par ailleurs, l'approche dite de prévention globale tentée à l'ANPAA brouille les limites entre information, éducation, contrôle, répression et constitue même un continuum entre prévention et soin qui complexifie encore le problème.

Si la question posée est torturante pour l'auteur qui travaille dans un contexte national et institutionnel – où l'on insiste sur l'éducation – et dans des réseaux internationaux – où le contrôle est valorisé –, elle l'est surtout pour les responsables des politiques publiques qui ont encore à faire de nombreux choix où ils pourront montrer leur courage politique. L'auteur en conclue que le soutien des actions de prévention de proximité est la meilleure façon de résoudre les problèmes éthique et politique posés par la prévention en addictologie.

### **Les addictions, un objet spécifique de la prévention\***

Dr Alain Morel (Trait d'Union, Boulogne)

Le concept d'addiction est-il pertinent pour la prévention, et doit-il nous amener à abandonner ou à dépasser l'approche par produit ? Quelles sont les particularités de ces conduites humaines et de quoi, de quels risques exactement faut-il prévenir ?

Toutes ces questions nous confrontent d'emblée à un paradoxe, d'ailleurs à l'origine du malentendu qui entache fondamentalement cette prévention, notamment envers les jeunes : la consommation de substances psychoactives, quelles qu'elles soient, répond avant tout à une recherche de satisfactions, et n'est pas un "mal" en soi. Ces satisfactions sont celles du plaisir, de la socialité et du soulagement. La recherche de ces satisfactions est celle du bien-être. Elle constitue un besoin constant chez les hommes, mais n'est pas toujours reconnue comme tel, tant les activités qui y sont liées se trouvent au cœur de la question morale : ce que je fais est-il bien ou est-il mal ? C'est une question de choix individuel, mais culturellement et socialement fortement déterminé.

Les consommations de substances psychoactives sont aujourd'hui constitutives du champ de l'expérience des individus, particulièrement à l'adolescence. Une expérience à borner et à limiter bien sûr, à accompagner aussi pour qu'elle

prenne sens, mais qui ne saurait être réduite à néant. L'usage de substances psychoactives n'est en tout cas pas assimilable à des actes contre lesquels la "tolérance zéro" et l'interdit seraient les seules attitudes sociales légitimes. Il ne s'agit pas en effet d'un autoempoisonnement car l'auto-destruction n'en est que rarement le ressort. Il ne s'agit pas non plus de comportements qui portent atteinte à autrui, tels le racket ou la violence. S'il n'est pas question de minimiser ni les dommages que peuvent occasionner ces usages ni leurs éventuelles conséquences sociales, il nous faut admettre et souligner que ces conduites sont spécifiques et ne sont pas réductibles à des actes purement nuisibles. Les addictions sont donc bien un objet spécifique de la prévention qu'il convient de définir et de ne pas laisser à des croyances comme celles qui distinguent "bons" et "mauvais" produits.

Cela doit engager la prévention dans des objectifs plus clairs et compréhensibles, y compris pour les usagers, et détermine sans doute des changements profonds de stratégie.

\* Voir article en page 325 de ce numéro.

### **Population générale ou populations ciblées : la prise en compte des connaissances, attitudes et comportements de la population générale dans la prévention des addictions** M. Serge Karsenty (CNRS, Nantes)

L'addiction est-elle une forme d'excès en rupture ou en continuité avec les comportements sociaux moyens ? Et si l'on penche pour la caractériser comme rupture, ne s'agit-il pas, la plupart du temps, d'un résultat longuement préparé par des comportements d'excès en parfaite continuité avec ceux du groupe social d'appartenance ? Les usagers dépendants d'aujourd'hui sont souvent les usagers simplement excessifs d'hier : ceux qui montraient leur appétence pour des quantités un peu plus importantes que les autres, des consommations un peu plus fréquentes, des produits un peu plus psychotropes, une recherche de sensations un peu plus active. Mais quelle est la signification de ce "petit" supplément qui, un jour, les mettra hors du social ?

En s'inspirant de la thèse de Sully Lédermann, il est possible d'imaginer pourquoi ce sont les comportements les plus répandus dans une société qui créent, arithmétiquement, les occasions de l'excès, mais aussi, culturellement, les connais-

sances et les attitudes qui les justifieront. Quant à celui qui se distingue, loin d'avoir rompu les amarres avec son groupe social, il a les yeux rivés sur les normes de ce dernier, mesurant sans cesse sa distance et les efforts qu'elle lui coûte. La responsabilité du groupe à l'égard de ceux qui vont plus loin n'est pas consciente d'elle-même. Une politique de prévention visant les connaissances, attitudes et comportements du plus grand nombre transformera avec succès cette inconscience en solidarité.

## **Prévention : mieux définir les risques pour définir les objectifs**

Président : M. Jean-Pierre Couteron (ANIT)

Modérateur : Dr Patrick Fouilland (F3A)

### **Réflexions sur les conditions d'une prévention possible des facteurs de risque de toxicomanie**

Pr Philippe Jeammet (Institut mutualiste Montsouris, Paris)

### **Où se situe le risque sanitaire ?**

Pr Claude Got (OFDT, Saint Denis)

### **Du fléau social aux risques : questions sur la mise en œuvre d'un nouveau paradigme**

M. Michel Kokoreff (CESAMES, Paris)

## **Vers une prévention citoyenne**

Président : Dr Alain Rigaud (ANPAA)

Modérateur : Dr Philippe Binder (GT)

### **Quels sont les lieux/moments privilégiés ?**

**L'École : une culture de l'autonomie durable et d'une estime positive de soi. Éducation partagée et prévention**  
Pr Gérard Guillot (IUFM, Lyon)

À l'école, dès la petite enfance, une philosophie éducative de prévention est, et doit être, un enjeu

fondamental. Les apprentissages, l'acquisition d'une culture générale ouverte sur notre monde visent à la structuration d'un esprit critique. Cette contribution spécifique au développement de l'autonomie durable d'un sujet reconnu et respecté dans sa personne constitue une condition nécessaire à la maturation et à l'exercice, par celui-ci, d'un jugement éclairé envers les risques addictifs. Mais cette condition n'est pas suffisante sans une éducation à la santé et à la citoyenneté dans le cadre partenarial de l'éducation partagée. La mise en œuvre de situations concrètes favorisant une estime actuelle de soi positive est un vecteur de prévention à travailler.

### **Le travail et la vie quotidienne**

Pr Sylvain Dally (Hôpital Fernand Widal, Paris)

Dans ces circonstances comme dans d'autres, une distinction doit être faite entre prévention collective et prévention individuelle. Nous n'envisagerons que la première, la seconde s'effectuant dans un contexte très différent qui s'articule parfois avec les activités de soins.

En pratique, l'un des lieux les plus propices à la prévention est certainement l'entreprise, où un travail important s'effectue depuis longtemps, notamment grâce aux interventions des équipes de l'ANPAA, qui ont développé une méthodologie de formation de groupes relais dont le caractère pérenne est un bien meilleur gage d'efficacité que les interventions ponctuelles, même les plus spectaculaires. Toutefois, il importe de ne pas méconnaître la motivation des demandeurs : la prévention des addictions vue par l'entreprise n'est pas une fin en soi mais l'opportunité de diminuer la fréquence des accidents de travail, et aussi d'améliorer l'efficacité de l'entreprise, ce qui ne doit pas aboutir à transformer la prévention des addictions en répression des addictions. D'autres opportunités existent, en particulier la sécurité routière. La préparation du permis de conduire est, certainement, l'un des moments où les jeunes sont particulièrement réceptifs aux messages de prévention.

### **La prévention : est-ce l'affaire de professionnels ou l'affaire de tous ?**

Pr Jean-Pierre Deschamps (FNES, Saint-Denis)

La question semble entraîner une réponse évidente : bien sûr, la prévention, c'est l'affaire de

tous... Mais qui sont-ils, "tous" ? Les professionnels de santé, évidemment. Et les "gens" ? Sans doute, car, on le dit souvent, chacun est responsable de sa santé, donc des mesures propres à la maintenir. En fait, là, il y a doute. Chacun peut-il vraiment être responsable de sa santé ? Chacun a-t-il vraiment la maîtrise de son environnement, de son mode de vie, et les moyens nécessaires à un accès optimal aux soins (qui font aussi partie de la prévention) ? La réponse est négative ; certains ont ici une responsabilité spécifique, dont l'exercice permettra aux autres d'être responsables d'eux-mêmes. Il s'agit des responsables politiques, économiques, sociaux. La prévention, en effet, demande d'abord des "politiques publiques de bonne santé", des "environnements favorables" : on reconnaît ici les recommandations de la Charte d'Ottawa. La prévention ne peut pas, aujourd'hui, se situer ailleurs que dans la perspective de la promotion de la santé que cette Charte a définie. La responsabilité de chaque catégorie de personnes y est précise : les politiques (politiques publiques de bonne santé), les professionnels (réorientation des systèmes de santé), le public (acquérir des aptitudes individuelles).

## **La prévention est efficace**

Président : Dr Ivan Berlin (ST)

Modérateur : Pr Boyan Christoforov (SAF)

### **La prévention est-elle évaluable, peut-on démontrer son efficacité ?**

M. Jean-Michel Costes, Mme Carine Mutatayi (OFDT, Saint-Denis)

Une abondante littérature scientifique, principalement anglo-saxonne, montre qu'il est possible de statuer sur l'efficacité de la prévention. Deux grandes catégories d'évaluations existent. Les premières portent sur le processus de mise en œuvre et le niveau de réalisation d'actions ou programmes de prévention, les secondes sur leurs effets ou impacts (efficacité). Les principaux obstacles rencontrés sont de deux ordres. Les premiers sont méthodologiques de par la complexité des protocoles à mettre en œuvre, notamment pour les études

portant sur l'efficacité. Les seconds relèvent de la gestion des projets de prévention : insuffisante conceptualisation de l'action, manque de moyens accordés à l'évaluation, intégration tardive de l'évaluation dans la planification de l'action. Ces obstacles ainsi que l'absence d'une culture évaluative expliquent le peu d'initiatives rencontrées en la matière en France. Plusieurs méta-analyses permettent de dégager des méthodes efficaces en matière de prévention des usages de drogues chez les jeunes. Les approches qui ont fait la preuve de leur efficacité sont celles qui visent à développer les compétences sociales, agissent sur les normes, renforcent les facteurs de protection et qui prennent en compte l'ensemble des produits. L'articulation d'actions visant les jeunes, mais aussi leur environnement éducatif et social et les "approches par les pairs" sont aussi prédictives d'efficacité. Certaines modalités d'action sont également efficaces : les interventions interactives, précoces et inscrites dans la durée. Dans le contexte français, il peut être recommandé de développer l'évaluation du processus de mise en œuvre d'actions – avec des objectifs précis et des effets attendus explicités – fondées sur la base des acquis de la recherche évaluative internationale.

### **Comment faire progresser l'évaluation ?**

M. Pierre Arwidson (INPES, Saint-Denis)

Nous avons maintenant un recul d'environ 30 ans d'évaluation d'interventions éducatives expérimentales auprès des jeunes scolaires (les revues Cochrane de Thomas, Foxcroft, Faggiano par exemple). Leurs résultats permettent deux conclusions : 1) la qualité des protocoles d'évaluation est généralement faible, mais elle progresse ; 2) un certain nombre de programmes ont montré des résultats positifs, mais ils avaient des limitations méthodologiques (taux de perdus de vue important par exemple). On assiste par ailleurs à une évolution du contenu des programmes, qui associent davantage les familles et dont la durée tend parfois à se raccourcir (un ou deux mois pour Spoth, au lieu de plusieurs années ; *Hutchinson smoking prevention project* de Peterson).

La contribution des interventions éducatives et informatives dans l'arsenal des politiques publiques de prévention a également été examinée (Babor, ECAS, travaux conduisant à la convention cadre de lutte antitabac). Bien qu'elles puissent parfois être considérées comme

étant de faible intensité au regard d'actions réglementaires ou des politiques tarifaires fortes (Babor), elles sont néanmoins indispensables dans la recherche d'une stratégie acceptable pour un contexte culturel donné et dans les contraintes politiques et économiques d'un pays.

• **Vendredi 30 septembre 2005**

## Sessions et ateliers des Associations-membres

■ SFA

**2<sup>ème</sup> journée francophone des associations d'aide aux personnes en difficulté avec l'alcool et les autres substances psychoactives**



### Connaître le fonctionnement des associations

Président : Dr Yannick Le Blévec (Astillé)

#### Le déroulement d'une réunion

Mme Martine B. (Paris)

Les associations d'aide aux personnes en difficulté avec l'alcool ont, certes, leurs particularités, leurs diversités, mais nous allons essayer de souligner leur but commun d'entraide, leur souci constant d'accueil et d'écoute, leur qualité rare de non-jugement de la personne, et ce, à travers le déroulement d'une réunion.

La réunion est toujours lieu d'accueil, parfois même de premier contact. L'une des clefs de son efficacité, pour le nouvel arrivant, est l'identification : le témoignage d'un ami abstinent est fondamental. Lors du tour de table, ensuite, chacun peut s'exprimer.

Dans un second temps, nous parlerons des effets, semaine après semaine, des réunions : perte du sentiment de solitude ; amorce de travail sur soi ; identification, donc, mais pour déculpabiliser et inciter à acquiescer son abstinence ; responsabilisation puis engagement personnel ; travail de communication, d'échange et d'écoute aussi...

Dès lors qu'il a reconnu sa maladie, le nouveau peut puiser chaleur, amitié, force dans les réunions et recréer ainsi les premières mailles du tissu social.

### La question de l'abstinence : de l'abstinence à la qualité de vie

Mme Marie-Josée Corrège (Poitiers)

Au sein des associations d'aide aux personnes en difficulté avec l'alcool composées d'anciens malades, la réponse à la question de l'abstinence pour une personne dépendante est claire : oui ; l'abstinence totale et définitive est le seul moyen de se sortir de cette maladie. Cette réponse est toutefois à moduler en fonction du public accueilli dans nos associations : consommateurs à risque ; consommateurs à problème ; consommateurs dépendants, ceux qui ont des difficultés à s'arrêter de consommer de l'alcool car ils sont confrontés au manque. Intérêt du groupe : les membres des associations sont formels pour dire qu'ils ne voudraient pour rien au monde renoncer à la dignité, à la qualité de vie, à la richesse de leur quotidien, à tous ces bénéfices trouvés grâce au choix qu'ils ont fait d'être abstinentes. C'est au travers du groupe qu'ils ont acquis une identité en tant qu'être humain à part entière. Ils ont appris à vivre d'une autre manière. Aujourd'hui, ils disent qu'ils ont une "hygiène de vie" différente, que cette vie est d'une tout autre qualité que celle qui était la leur autrefois, avant même d'être dépendants du produit. Chaque moment de cette vie prend une autre dimension. Pour s'engager dans ce processus de changement, il est nécessaire d'appartenir au groupe : c'est par ses membres, identiques à ceux qui sont en demande d'aide et dans lesquels ils vont se reconnaître, que les étapes vont se "poser" et que le chemin va avancer dans la sérénité, dans la confiance, dans l'absence de jugement. Dans tous les groupes, nous retrouvons une des valeurs essentielles : la reconnaissance de l'être en tant que tel.

Nous n'avons aucunement la prétention de nous mettre à la place des secteurs médicaux ou sociaux. Nous sommes complémentaires dans la démarche de soins à toutes les étapes :

- avant les soins : accueil privilégié sans jugement avec choix de changer de mode d'existence ;
- pendant les soins : préparer la sortie et évoquer, objectivement, les difficultés du retour à l'environnement habituel ;
- après les soins : les institutions ont leurs limites dans le temps, c'est à ce stade que commence notre rôle d'accompagnant à plein temps.

### La question de l'entourage : le rôle des associations

Mme Ginette B. (Paris)

Les associations, en France, ont un rôle important dans l'aide et le soutien aux personnes lorsqu'il y a problème et, à plus forte raison, maladie. L'alcoolisme est aussi un mal familial et tout l'environnement a des difficultés à supporter cette affection. Al-Anon (contraction d'Alcooliques Anonymes) est une association d'aide aux familles et amis d'alcooliques. Les groupes locaux, départementaux, régionaux partagent leurs expériences, leurs forces et leurs espoirs pour aider les naufragés victimes de l'alcoolisme. Que de larmes, de déchirures, de chagrins, de hontes, de peurs, de douleurs s'expriment dans les réunions hebdomadaires. Al-Anon permet le rétablissement à l'aide de témoignages, de partages, d'écoutes, de téléphone et de lectures. Tout cela grâce à un programme en 12 étapes en 12 mois, mais aussi l'application de la philosophie "un jour à la fois". Ainsi, par la pratique régulière de ce programme, l'être humain reprend confiance en lui et s'affirme face à une maladie incurable. 200 groupes existent à travers la France répartis dans 20 régions parmi les 30 000 à travers le monde.

### Évolution des associations : les nouveaux enjeux

Président : Pr François Paille (Nancy)

#### Qui fréquente nos associations en 2005 ?

Mlle Eugénie Lemaire (Troyes)

La production de statistiques n'est rentrée que depuis peu dans la culture des associations d'entraide. Nous commençons à avoir des chiffres concernant la fréquentation des associations depuis une dizaine d'années, alors que l'antériorité des mouvements date de 50 ans pour la plupart.

Nous avons ressorti les données concernant : la proportion hommes/femmes des personnes rencontrées ; leur âge ; leur situation sociale ; leur état civil ; la dépendance associée au tabac ; l'origine de l'arrivée des personnes dans les associations. La centralisation de ces données nous permet, pour la première fois, d'avoir un regard d'ensemble sur les associations.

Le dernier item fait apparaître la reconnaissance du travail engagé par les associations

dans les centres de soins spécialisés en alcoologie. Un gros travail de communication reste à entreprendre pour une reconnaissance plus globale, notamment auprès des médecins généralistes, qui n'orientent que très rarement vers nos services.

### **Rôle, compétence des bénévoles et place des associations dans la prévention et la démarche de soins**

M. Jacques Randu (Ecully)

Le rôle fondamental des mouvements d'entraide est bien l'aide et l'accompagnement des personnes dépendantes de l'alcool et de leurs familles.

Ils ont également eu de tous temps une action de prévention, empirique peut-être, mais certaine, pour faire changer le regard de nos concitoyens sur les personnes en difficulté avec l'alcool. Le comportement de leurs bénévoles induit naturellement une autre relation visant à transformer ce regard majoritairement jugeant auquel s'ajoutent indifférence, mépris, rejet, voire même exclusion à l'encontre de celui ou celle qui voudrait dire sa souffrance. N'est-ce pas déjà une manière de prévention que l'on peut nommer "tolérance" ?

Une autre méthode élémentaire de prévention n'est-elle pas celle du simple constat que dans leur abstinence les bénévoles montrent en toutes occasions que l'on peut "faire la fête autrement" qu'en consommant forcément des boissons alcooliques ? Il est remarquable à cet égard de constater que sans le moindre interdit les consommateurs montrent en leur compagnie une nette tendance à la modération.

Si ces façons ne sont peut-être pas très universitaires, elles n'en demeurent pas moins quotidiennes, répétitives et, au moment où l'on évoque le repérage précoce et l'intervention brève, elles représentent dans la proximité les petits signaux constants qui servent d'alerte pour tous ceux qui ne savent pas ou ne veulent encore pas admettre qu'ils sont entrés dans la zone rouge du mésusage.

Certains mouvements d'entraide de notre collectif ont choisi d'aller plus loin dans la Prévention en formant leurs bénévoles à des techniques pédagogiques adaptées, avec l'apport d'outils de communication performants, aussi bien auprès des jeunes que du monde du travail.

Concernant les jeunes, il va de soi que le "témoignage de l'ancien buveur" devenu désuet et le discours moralisateur ou d'interdit vont à l'encontre de l'objectif recherché.

Cette sensibilisation est réalisée à base de programmes diffusés au moyen d'un matériel vidéo informatique interactif dans lequel les jeunes se reconnaissent et qui leur permet de devenir acteurs, d'avoir la parole, de s'interpeller, d'élaborer leurs propres messages et, par la réelle prise en compte des effets nocifs des consommations à risque, de devenir les propres acteurs de leur santé.

L'entreprise n'est en rien différente des autres collectivités de notre vie sociale et l'on y retrouve en pourcentage les mêmes indicateurs et les mêmes comportements que dans la population générale, allant de l'habitude à l'usage nocif, tant d'alcool que d'autres produits psychoactifs toxiques.

Si les entreprises sont bien en charge de la santé et de la sécurité de leurs salariés, elles reconnaissent bien volontiers leur méconnaissance des problématiques liées aux addictions. Les hiérarchies sont de plus en plus en demande d'information et d'assistance pour entreprendre des campagnes de sensibilisation et créer le groupe de pilotage qui assurera à terme le suivi du plan permanent de prévention.

Les animateurs bénévoles ou professionnels doivent faire un état des lieux (relations humaines, médecine du travail), un recueil des attentes, constituer un comité de pilotage (avec toutes les instances représentatives de l'entreprise), proposer un programme de sensibilisation de l'ensemble du personnel et la formation de l'encadrement pour qu'il acquiert la capacité à devenir par la suite l'interlocuteur interne des personnes en difficulté de l'entreprise.

Les associations engagées dans ce processus doivent aider à sortir du tabou encore très fort qui demeure dans ce milieu du travail, faire changer regard et représentations, initier à la connaissance des produits, propriétés, effets, conséquences, aux dangers des consommations à risque, aux pratiques du repérage et aux pratiques de la relation d'aide.

Les associations auront de plus par la suite un rôle d'accueil et de suivi des personnes au sein de leur groupe de paroles, pour les accompagner en même temps que l'entreprise dans leur changement de comportement de consommation et leur décision autonome de soins adaptés.

### **Quel avenir pour les mouvements d'entraide ?**

M. Alain Charpentier (Paris)

Depuis plus de 100 ans qu'ils interviennent auprès des personnes en souffrance à cause de l'alcool, les mouvements d'entraide ont évolué.

Aujourd'hui, leur place est reconnue par les partenaires et le réseau. Même si nous sommes des bénévoles, nous devons être compétents. La formation reste une priorité pour obtenir et maintenir une bonne qualité des services rendus : formation en alcoologie, et autres addictions, sur l'écoute, l'accompagnement. Certains ont mis en place, dans le cadre de la formation continue, un soutien avec un professionnel psychologue sur l'analyse de leurs pratiques d'accompagnement.

Il nous faudra aussi améliorer notre communication et notre notoriété vers le réseau et le grand public. Nous ne sommes pas des prohibitionnistes, et notre choix de vie sans alcool doit être interpellant. Pour des actions de grande envergure, les services publics de l'État doivent être à nos côtés.

De plus en plus de jeunes sont désœuvrés, déstructurés à cause des produits qu'ils consomment. Leur accompagnement est difficile. Il nous faut aussi être compétents, performants, à côté des professionnels de la santé.

### **La collaboration entre professionnels sanitaires et sociaux et les associations**

Président : Dr Didier Playoust (Tourcoing)

### **La collaboration au niveau sanitaire et social**

Dr Emmanuel Palomino (Jonzac)

### **Expérience de collaboration sanitaire au Parlement européen à Luxembourg**

Dr Léon Burton, Mme Dorte Tommerup, J.-M. Melchior, A. Dessy (Interface, Belgique et Gd Duché de Luxembourg)

Une courte enquête auprès des fonctionnaires responsables de service montre que "la politique de l'autruche" règne vis-à-vis de l'alcoolisme et des problèmes liés à l'alcool. Parmi

ces derniers, bien plus que l'absentéisme traditionnellement évoqué, le "présentéisme problématique" en est le principal au sein de l'entreprise.

La mise en fonction d'une personne alcoolique abstinente, adhérant à une association d'entraide et secondairement formée en "conduites de dépendance", comme personne de référence a permis de démystifier le problème d'alcool et de responsabiliser tous les fonctionnaires par le truchement d'une information interne régulière et dynamique.

Cette personne, particulièrement sensibilisée et formée à reconnaître, écouter et communiquer avec la personne en difficulté avec l'alcool, constitue un trait d'union fondamental entre le service de médecine du travail et les différents fonctionnaires et services administratifs, et peut non seulement accompagner mais aussi diriger les patients et leur entourage vers diverses institutions de soins et/ou associations d'entraide.

#### **La collaboration au niveau judiciaire**

Mme Claudine Bache (Champigny)

#### **■ ANIT**

#### **Prévention et/ou réduction des risques : tensions et articulations**

Présidente : Mme Martine Lacoste (Toulouse)



#### **La réduction des risques en 2005 : obstacles et perspectives**

Discutant : M. Valère Rogissart (Paris)

#### **Rai(ré)sonner les approches préventives et la politique de réduction des risques : états des lieux des consommations et significations endogènes**

Dr Sophie Le Garrec (Fribourg, Suisse)

Les évolutions des consommations addictives dans nos sociétés, les frontières ténues et parfois paradoxales des classifications médicales et culturelles des produits (tantôt définis

comme drogues dures ou douces, tantôt comme "pharmakon") nous amènent aujourd'hui à interroger les actions préventives mises en place et leurs logiques d'action. La politique de réduction des risques, encore largement associée au VIH-sida et aux pratiques toxicomaniaques, pourrait servir d'amorce à un nouveau mode d'agir en prévention, et plus particulièrement sur les consommations usuelles observées chez nombre d'adolescent(e)s, mais aussi chez les moins jeunes (alcool, médication, etc.).

Nos recherches ont démontré des décalages entre les perspectives préventives et les enjeux sociaux engagés dans ces consommations. Normes médicalisées, responsabilisation culpabilisant les usagers/ères et savoirs experts sur les produits, d'une part, normes sociales, rapports de confiance, croyances profanes et utilités sociales des significations recherchées dans les effets, d'autre part, recouvrent les contenus des deux registres d'appréhension et de réflexion établissant ces déphasages interprétatifs et compréhensifs sur les usages des produits. Ces deux perspectives ne se rejoignent que rarement.

Des tentatives sont proposées, mais restent guère convaincantes : stigmatisation des effets sociaux recherchés dans les drogues, approches centrées sur le produit, négation des imaginaires et symboles sociaux. Ces derniers sont pourtant omniprésents dans les discours et semblent amorcer quelques substrats explicatifs sur ces consommations qui pourraient s'avérer fort utiles pour les politiques de santé publique.

#### **Quelles sont les évolutions et les difficultés que rencontre la réduction des risques ?**

#### **Quel est son avenir prévisible ?**

Pr Sylvain Dally (Paris)

Imaginé par les intervenants auprès des usagers d'héroïne, le concept de réduction des risques a été extrêmement novateur et fécond au point de bousculer bien des convictions. Aujourd'hui, nombreux sont ceux qui pensent que ce concept peut s'appliquer à d'autres addictions et donc à la prévention de leurs complications somatiques et psychiques. Ainsi, le concept de substitution a pu s'étendre au tabagisme grâce à la mise sur le marché de

substituts nicotiniques. D'autres formes de substitutions pourraient-elles être envisagées ? En ce qui concerne l'alcool où il n'existe aucun produit de substitution, réduire les risques équivaut plutôt à accepter un travail "à bas seuil d'exigence". Peut-être qu'à la réponse en tout ou rien souvent attendue de la part des patients alcoolodépendants, conviendrait-il de "substituer", au moins pour certains d'entre eux, un objectif beaucoup plus modeste mais, néanmoins, capable d'assurer une prévention des complications les plus graves de l'alcoolodépendance.

#### **Réduire les risques de l'usage de cannabis et des nouvelles drogues délirogènes**

#### **Comment diminuer les risques psychiatriques (bad trip et autres troubles) et les conséquences d'un usage abusif ?**

Dr Michel Lys (Paris)

M. Jean-Pierre Couteron (Mantes-la-Jolie),

M. Laurent Appel (Asud)

L'augmentation des usages de cannabis observée ces dernières années a eu pour conséquence une forte augmentation des manifestations psychiatriques chez les adolescents consommateurs. Celles qui manifestent le lien entre schizophrénie et cannabis ont particulièrement été détaillées avec de nombreux articles et débats sur ces études.

Nous nous intéresserons à des manifestations symptomatiques transitoires, qui sont en lien avec une perte du contrôle de l'usage et qui se manifestent chez de très nombreux adolescents aujourd'hui. Ces manifestations illustrent tout à la fois l'intensité des troubles possibles, la forte désorganisation familiale qu'elles vont ensuite induire, et les conséquences scolaires et sociales qu'elles pourront aussi entraîner.

Sans être reliées à une lignée psychopathologique franche, ces manifestations sont à la croisée des dynamiques psychiques de l'individu et des systèmes sociaux dans lesquels ils se déploient. C'est donc en s'intéressant à ces deux registres que nous pourrions ouvrir une réflexion sur les modalités d'une intervention précoce ayant pour objectif d'en limiter les effets destructeurs.

La notion d'*empowerment*, les expériences d'usagers, notamment grâce aux apports de

l'association Asud, seront examinées dans l'objectif de mieux comprendre ce qui peut contribuer à les inscrire dans un contexte qui aidera à en diminuer les risques.

### La prévention de l'hépatite C peut-elle être plus efficace ?

#### **Les expériences de réduction des risques spécifiques, résultats et perspectives ?**

Mme Judith Cytrynowicz (Saint-Denis),  
Dr Jean-Michel Delile (Bordeaux),  
M. Brad Sellars (Australie)

### ■ ANPAA



### La prévention avec les équipes de terrain

Coordinateur : M. Christian Rossignol  
(Paris)

### La prévention : un continuum d'actions du national au local

#### **Loi Évini et prévention : la prévention n'est efficace que si ses actions s'inscrivent dans un cadre cohérent**

M. Patrick Élineau (Paris)

Les parlementaires ont souhaité assouplir la Loi Évini sur son versant alcool par un amendement visant à libérer la publicité pour les vins de toute contrainte.

Cet amendement, s'il avait été voté en l'état, aurait eu pour conséquence une augmentation de la consommation de vin, donc un accroissement des dommages sociaux et sanitaires imputables à la surconsommation d'alcool. Il aurait ainsi mis à mal le travail de prévention mené depuis de longues décennies par nos associations.

Car comment mener efficacement à bien une action globale de prévention sur le plan national, régional et départemental si au plus haut niveau de l'État on accepte, *via* le démantèlement de la loi Évini, la promotion publicitaire des boissons alcooliques ?

En adoptant à l'unanimité l'amendement gouvernemental, le parlement a fait preuve de responsabilité en apportant des précisions à la loi

Évini d'origine sans la dénaturer. L'enjeu majeur des débats relatifs à cette loi a été de garantir la cohérence des messages de prévention sachant que toute contradiction en matière de communication réduit considérablement l'impact des actions de prévention de proximité.

#### **ANPAA-INPES : une collaboration indispensable**

Dr Alain Rigaud (Reims)

Pour l'ANPAA, la prévention en alcoologie et addictologie nécessite une diversité d'actions intégrées dans une véritable stratégie comprenant, simultanément, des actions de communication nationales et de proximité.

L'expérience montre, en effet, que si les grands slogans généraux des campagnes nationales sont indispensables pour sensibiliser une population à une problématique particulière, ceux-ci ont cependant peu d'impact s'ils ne sont pas relayés par un réel travail de terrain élaboré par des professionnels de la prévention et de l'éducation à la santé.

C'est tout l'intérêt de la collaboration mise en place entre l'INPES et l'ANPAA dont l'objectif est de garantir une parfaite cohérence entre les grandes campagnes nationales de sensibilisation au risque alcool, tabac, cannabis et la prévention de proximité.

Relayer les campagnes nationales de l'INPES sur le terrain implique d'intervenir auprès des publics cibles et d'organiser des formations de professionnels relais. La mise en œuvre effective de ces dernières actions conditionne l'impact des campagnes nationales de communication.

### Une politique départementale de prévention

#### **Présentation d'un outil de prévention : le film "Une conversation"**

M. François-Xavier Déal, Mme Janine Duranel (Arras)

Contenu : six femmes en difficulté avec l'alcool s'expriment sur leur parcours de vie. Ce film a été mis en œuvre sur la base de rencontres entre des femmes en cours de soins en alcoo-

logie et des professionnels du réseau alcoologique Arrageois. Il questionne nos représentations sur la femme et l'alcool. Il aborde la relation soignant-soigné.

Objectifs : permettre aux professionnels d'entendre la souffrance de ces femmes et leur difficulté à aller vers les soins. Échanger entre professionnels sur les difficultés à aborder le problème alcool à la fois du côté des femmes et du côté des professionnels. Faciliter la parole des femmes sur leur relation à l'alcool. Favoriser l'accueil, l'écoute et l'accompagnement des femmes ayant un problème avec l'alcool.

Public concerné : professionnels des secteurs sanitaires, sociaux, éducatifs. Ce film ne s'adresse pas à un public jeune (enfants et adolescents).

Mode de diffusion : à la suite de ce film, il est conseillé d'ouvrir un débat animé par des personnes formées en alcoologie, conformément au livret d'accompagnement.

### Trois outils de prévention élaborés par les équipes de terrain

#### **Présentation d'un logiciel d'animation d'actions de prévention des conduites à risque des adolescents intitulé "Y a-t-il un pilote dans ma vie ?"**

M. Jean-Louis Miramand (Le Puy-en-Velay), M. Jean-Paul Linas

Ce logiciel d'animation (CD-Rom) est en fait une boîte à outils permettant de réaliser des actions de prévention des conduites à risque, dont les conduites addictives auprès des adolescents (11-13 et 13-16 ans). Il est à destination des professionnels de la prévention santé et nécessite une formation pour en faire une utilisation optimum.

L'abord de ces conduites à risque se fait à partir de l'estime de soi, la découverte de son environnement social et affectif et par des mises en situation de pilotes d'essais prédéterminées.

Très interactif, il permet aux adolescents de prendre conscience de leurs idées reçues et de leurs comportements souvent stéréotypés dans des situations susceptibles d'entraîner des conduites à risque, et d'envisager ainsi qu'il existe d'autres réponses possibles.

**ANPAA 59 : présentation des outils pédagogiques Kottabos 1 et 2**

Mme Liliane Dupont,  
M. Franck Vanbeselaere (Lille)

Alors que le Kottabos 1 a pour objectif de développer la compréhension des mécanismes de l'alcoolémie, le Kottabos 2 a pour finalité d'aborder les effets complexes de la dépendance en proposant une démarche éducative collective non moraliste.

Privilégiant l'approche par le jeu, les Kottabos 1 et 2 s'utilisent lors de séances d'animation de groupe, et s'adressent principalement à des professionnels de l'éducation de la santé dans une démarche éducative auprès du grand public, et à des professionnels de l'alcoologie auprès des personnes inscrites dans une dynamique de soins.

■ F3A

**Prévention tertiaire en addictologie**

Président : M. Patrick Fouilland (Paris)  
Modératrice : Mme Delphine Jarraud (Paris)

**Que deviennent les consommateurs des autres substances psychoactives après l'arrêt de l'alcool ou l'institution d'une substitution ?**

Dr Pierre Guibé (Pontoise), Dr Céline Maillot (Rouen)

L'arrêt ou la modification de la consommation d'un produit tend à modifier le rapport de l'usager aux autres produits psychotropes. Ainsi, les addictologues sont-ils souvent confrontés à la prise d'alcool excessive chez des patients suivis dans le cadre d'un traitement de substitution aux opiacés.

La prise d'alcool problématique peut soit pré-exister au traitement de substitution, soit apparaître avec ce traitement. Quelle que soit la chronologie, la demande de soins spécifique de cette consommation d'alcool à risque est plutôt rare ou ambivalente. Nous proposons une réflexion sur ce thème en l'illustrant de cas cliniques.

**Où en est-on de la prévention de la rechute en addictologie ?**

Dr Henri-Jean Aubin (Limeil-Brevannes)

Il existe aujourd'hui plusieurs techniques cognitivo-comportementales orientées vers la pré-

vention de la rechute et ayant fait l'objet d'évaluations cliniques contrôlées :

- Entraînement aux stratégies pour faire face aux situations à haut risque. Selon le modèle de Marlatt, la rechute n'est pas uniquement la reprise de la consommation, qui peut être vue comme un simple faux pas, mais la perte de contrôle de la consommation et le retour de dépendance et de son cortège de conséquences négatives. La reprise d'une première consommation après une période d'abstinence est en général consécutive à une situation mal gérée. Les situations qui sont le plus souvent à l'origine de ces reprises de consommation sont appelées situations à haut risque. Elles sont explorées par monitoring (si le sujet n'est pas encore abstinent) ou par un travail rétrospectif sur les rechutes passées. Le travail sur la gestion des situations à haut risque se fait par entraînement aux stratégies spécifiques pour leur faire face, s'inspirant essentiellement des techniques d'affirmation de soi et de gestion des émotions négatives. L'entraînement aux stratégies comportementales semble plus efficace que la restructuration cognitive.

- Exposition au stimulus. Les patients sont exposés à leur boisson alcoolique préférée à plusieurs reprises. Au-delà du déconditionnement induit par la répétition de l'exposition, le patient est guidé dans un entraînement à la gestion de l'envie de boire en situation réelle.

- Renforcement communautaire. Les objectifs de cette technique sont d'éliminer les renforcements positifs de l'alcoolisation et d'accroître les renforcements positifs de l'abstinence.

- Management des contingences. Il s'agit de renforcer systématiquement le comportement désiré et de supprimer, voire de punir, les comportements non désirés. Cette dernière technique est aujourd'hui peu employée.

**La prévention de la rechute : collaboration des soignants et des mouvements d'entraide**

M. John Fletcher (Saint-Germain-des-Grois)

**Comment prévenir la désocialisation chez les alcoolodépendants ?**

Mme Catherine Gallo (Boulogne)

Quel est le rôle du travailleur social en alcoologie dans la prévention de la désocialisation

du patient alcoolodépendant ? Il convient de prendre en compte de nombreux facteurs socio-économiques dans l'émergence des addictions de certains malades alcooliques, les "travailleurs pauvres", en particulier la précarité de l'emploi et des conditions de travail. Si l'on considère que la redynamisation du patient pour une activité rémunérée est l'une des tâches essentielles du travailleur social en alcoologie, comment prévenir la désocialisation lorsque le chômage rapporte plus que l'emploi ? Et comment motiver le patient pour arrêter l'alcool dans l'objectif, entre autres, de retrouver un emploi ou de s'y maintenir ? De plus, à l'intérieur des structures ambulatoires d'alcoologie et plus particulièrement des CCAA, l'organisation du travail, la délimitation des rôles et des tâches peuvent faire obstacle à la bonne exécution des actions de prévention de la désocialisation, en particulier celles du travailleur social.

**Troubles cognitifs liés à l'alcool : repérer, évaluer, orienter, protéger, réadapter**

Dr Philippe Michaud, Dr Claire Denis-Renard (Gennevilliers)

Les troubles cognitifs concernent la majorité des personnes alcoolodépendantes fréquentant les lieux de soins et sont particulièrement sous-évalués du fait de l'absence de pratique de repérage et d'évaluation de ces troubles.

Une attitude raisonnable consiste à faire passer à tous les patients un test simple de repérage de ces troubles, sous la forme d'un MMS (*mini mental state*). Ce test a été créé pour repérer les troubles cognitifs liés à l'âge, et son interprétation dépend de l'âge et du niveau éducatif. Il est loin de repérer l'ensemble des troubles cognitifs des alcoolodépendants, mais repère du moins les plus graves.

Il est possible d'affiner l'évaluation chez les patients ayant un score pathologique par des explorations cliniques simples, menées par un neuropsychologue si possible, ou par un médecin connaissant les tests qui mettent en évidence les troubles de la mémoire handicapants, que l'on ait affaire à un syndrome de Korsakoff, à une démence alcoolique ou à un trouble moins bien caractérisé. L'IRM est constamment perturbée, de façon peu spéci-



fique, mais son utilisation est raisonnable pour établir une grille d'évaluation permettant un pronostic, qui comprend également une batterie de tests neuropsychologiques, une évaluation sociale et un bilan des autres répercussions de l'alcool.

En fonction de cette évaluation, l'orientation vers un lieu d'hospitalisation relativement longue (trois à six mois) doit être pesée. Elle permettrait l'abstinence prolongée qui est la condition d'une régression des troubles, dont la réévaluation au décours de cette période est absolument nécessaire pour poser un diagnostic solide. Un syndrome de Korsakoff ou une démence doit faire prendre les mesures sociales de protection (tutelle) et organiser la réadaptation en fonction du soutien de l'environnement, familial et thérapeutique.

#### **Violence conjugale à l'égard d'enfants et agressions sexuelles sur majeurs et sur mineurs** Mme Claudine Pérez-Díaz (Paris)

La violence est étudiée à partir de délits enregistrés par le système judiciaire dans le ressort d'un seul gros tribunal français. Il s'agit d'agressions souvent graves à l'intérieur du couple ou entre partenaires intimes et à l'égard d'enfants, pas forcément de la famille; il y a aussi des agressions sexuelles sur des majeurs et des mineurs qui ne concernent pas que la famille. Des questions simples ont été traitées : de quoi ces violences sont-elles composées, qui les commet, sur qui, comment et où ? Quelques caractéristiques des auteurs seront brièvement énoncées.

La place de l'alcool lors des faits et les habitudes en la matière des auteurs seront détaillées. Plus largement, d'autres problèmes de santé seront présentés : usage de stupéfiants, dépression, problèmes psychiatriques, santé physique ou handicap.

Les blessures infligées à la principale victime ainsi que les antécédents de violence et/ou d'agression sexuelle des auteurs seront décrits.

Ce travail permet de dégager quelques groupes d'agresseurs spécifiques selon les contentieux. L'identification de ces groupes et de leurs particularités permet de dégager des pistes d'action et plus largement des politiques publiques de prise en charge à plus ou moins long terme.

#### **■ CUNEA/ELSA La prévention chez les adolescents est-elle efficace ?**



#### **Comment évaluer l'efficacité des stratégies de prévention**

Pr Marc Auriacombe (Bordeaux)  
Discutant : Pr Michel Lejoyeux (Paris)

#### **Pourquoi une prévention à l'adolescence ?**

Modérateurs : Dr Philippe Batel (Clichy),  
Pr Michel Reynaud  
(Villejuif)

#### **Quelques données épidémiologiques**

M. Jean-Michel Costes, M. Stéphane  
Legleye (Saint-Denis)

Pour être en mesure d'évaluer l'éventuel impact des stratégies de prévention des usages de drogues chez les jeunes, il est nécessaire de suivre l'évolution d'indicateurs sur le niveau et la fréquence des consommations, l'âge d'initialisation de ces consommations et la perception des jeunes sur ces questions.

Chez les jeunes Français, le produit le plus consommé régulièrement (à 17-18 ans) est, de loin, le tabac (40 %), puis l'alcool (14 %) et le cannabis (13 %), à peu près au même niveau. La consommation d'autres drogues illicites reste un fait assez rare. En dehors de l'alcool, le tabac est le produit expérimenté le plus précocement (13-14 ans en moyenne). Le premier joint et la première ivresse surviennent en moyenne à 15 ans, âge également d'entrée dans le tabagisme quotidien. La première consommation de médicaments psychotropes et d'autres drogues illicites se produit en moyenne autour de 16 ans.

La perception que les jeunes ont des produits, notamment des risques liés à leur consommation, est en décalage avec celle des adultes. Les jeunes surestiment (par rapport aux adultes) la dangerosité potentielle de l'alcool et sous-estiment celle du cannabis et, dans une moindre mesure, celle du tabac. Dans le cas du cannabis, la perception des risques potentiels est particulièrement liée à la proximité avec le produit : les consommateurs ne percevant majoritairement un problème que pour une consommation quotidienne, les non-consommateurs dès l'expérimentation.

#### **Alcool, tabac, imagerie cérébrale et développement**

Dr Jean-Luc Martinot (Orsay)

#### **Connaître pour agir : les facteurs de risque à l'adolescence**

Pr Daniel Marcelli (Poitiers)

#### **Comment faire une prévention efficace à l'adolescence ?**

#### **Évaluation des actions entreprises**

Modérateurs : Dr Yves Édel (Paris),  
Dr Xavier Laqueille  
(Paris)

#### **Dépistage des usages nocifs en milieu scolaire et universitaire**

Pr Jean-Louis San Marco (Marseille)

#### **Évaluation des prises en charge précoces et brèves**

Dr Amine Benyamina (Villejuif)

#### **Évaluation des conduites à tenir avec un adolescent consommateur de substance à l'hôpital**

Dr Marie-Rose Moro, Dr Olivier Taïeb,  
Dr Taïeb Ferradji (Bobigny)

#### **Évaluation des conduites à tenir avec un adolescent consommateur de substance en médecine de ville**

Dr Philippe Jaury (Paris)

#### **Efficacité des stratégies de "relais santé" chez les étudiants**

Pr Dominique Penneau-Fontbonne,  
Dr Corinne Dano, Mme Erika Baron  
(Angers)

Objectifs : faciliter la transmission et l'écoute des messages de prévention en utilisant le principe de communication par les pairs. Recruter, former et accompagner des étudiants motivés des différentes composantes de l'université d'Angers. Réaliser des actions de prévention dans les différentes composantes. Utiliser les informations apportées par les étudiants relais santé pour cibler de façon pertinente les problématiques étudiantes dans leurs réalités quotidiennes. Publics ciblés : étudiants de l'université d'Angers et des établissements ayant passé une convention avec le SUMPPS pour le suivi médical de leurs étudiants.

Modalités d'action : recrutement (2<sup>ème</sup> année au moins d'inscription à l'université d'Angers). Formation des étudiants relais santé. Aide méthodologique à l'élaboration des projets de prévention. Participation active des coordinateurs en prévention et des professionnels du service lors des actions afin de garantir la qualité des informations données. Évaluation commune après chaque action et proposition de pistes d'amélioration.

Lieux de réalisation : SUMPPS ; tous lieux de l'université et du CLOUS accueillant des étudiants.

Évaluation : le travail avec les étudiants relais santé apporte une richesse d'informations sur la vie des étudiants et leurs préoccupations. La relation de pair à pair permet un échange différent de celui avec les professionnels. La formation qui leur est dispensée garantit le contenu scientifique des informations données et permet de mettre au même niveau les connaissances des étudiants relais santé venant d'horizons divers. Leur créativité a permis l'élaboration de nouveaux outils attractifs pour les étudiants. Après quelques actions sur le terrain, les étudiants relais santé sont identifiés et sollicités pour des conseils autour de la prévention. Ce dispositif est maintenant connu et des structures nous contactent afin d'obtenir des renseignements sur les modalités de mise en place de ce concept. Les étudiants relais santé ont des disponibilités qui varient entre le premier et le second semestre, ce qui rend difficile les prévisions de participations aux actions. La diversité de recrute-

ment des étudiants relais santé offre une richesse certaine, mais les personnalités et les pôles d'intérêts nécessairement différents sont à l'origine de difficultés dans la cohésion du groupe. Deux abandons en cours d'année ont entravé le travail de l'équipe. Le délai entre le temps de formation et les actions sur le terrain a parfois été trop long.

Perspectives : pérenniser ce dispositif qui fait preuve d'une efficacité certaine. Une augmentation du nombre d'étudiants relais santé permettrait plus d'actions sur le terrain sans alourdir l'encadrement nécessaire. Le recrutement de huit étudiants relais santé assouplirait les problèmes liés à la disponibilité tout en gardant une dynamique de groupe. Les abandons toujours possibles en cours d'année seraient moins pénalisants pour le reste de l'équipe. Une nouvelle organisation – formation, préparation, réalisation, évaluation des actions –, dans une unité de temps limitée, offrira une cohérence, une mobilisation ciblée et une meilleure efficacité pour chaque thème.

#### **Une politique tabac et cannabis chez les lycéens et les étudiants**

Pr Bertrand Dautzenberg (Paris)

#### ■ SOS Addictions

##### **Travail et conduites addictives**

Coordinateur : Dr William Lowenstein (Boulogne)

#### **L'expérience d'un médecin du travail**

Dr Ange Mezzadri (Bagnolet)

#### **Des métiers à risques... d'addictions : l'expérience de la clinique Montevideo**

Dr William Lowenstein (Boulogne)

## Table ronde et synthèse de la FFA

La prévention.  
Quelle politique ?  
Quelles actions ?



Président :

Dr Alain Morel (FFA)

Modératrice : Mme Marie Villez (ANIT)

M. Dominique Vuillaume (MILDT)

Dr Bernard Basset (Direction générale de la santé)

M. Philippe Lamoureux (INPES)

M. Jean-Marie Le Guen (Député de Paris)

Dr Jean-Luc Prél (Député de Vendée)

Pr Roger Nordmann (Académie nationale de médecine)