



_ SOMMAIRE

→ ADDICTOLOGIE

- Prescription des traitements de substitution nicotiques en milieu carcéral
- Programmes de soutien à la parentalité : la France est le dixième pays européen à expérimenter « Strengthening Family Program »
- Programme Liber'Addict, bien-être à l'adolescence et prévention des conduites addictives. Apport de la psychologie sociale dans le champ de la prévention des addictions chez les adolescents
- Première journée de PREV' à la Cafet' au centre hospitalier du Rouvray

→ LIRE UTILE

→ AGENDA



B O N N E A N N É E

© kazy - Fotolia.com

Au nom du Respadd et de son conseil d'administration je vous présente tous mes meilleurs vœux pour cette nouvelle année. Que 2016 soit une année apaisée et qu'elle vous apporte satisfaction et réussite.

Cette nouvelle année sera marquée dans le champ de la santé publique par une mesure phare du programme national de réduction du tabagisme (PNRT) : l'arrivée du paquet neutre, adopté par l'assemblée nationale dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé.

Le PNRT s'organise autour de trois axes forts. D'abord, protéger les enfants et les jeunes pour qu'ils ne commencent pas à fumer. Ensuite, inciter les fumeurs à arrêter, et les y aider. Enfin, agir concrètement sur l'économie du tabac.

Les objectifs sont de faire baisser le nombre de fumeurs de 10 % dans 5 ans, de diminuer la prévalence du tabagisme à moins de 20 % d'ici 10 ans et que les enfants qui naissent aujourd'hui soient la première génération de non-fumeurs.

Le Respadd s'associe pleinement à ces objectifs et plusieurs temps forts vous seront proposés cette année par le Respadd et ses partenaires pour contribuer à leurs réussites : colloques, soutien aux campagnes officielles, publications, participation au comité de suivi du PNRT, etc.

2016 est aussi pour le Respadd l'année du renouveau de sa plateforme internet et de son espace « adhérent ». Notre nouveau site se veut une vitrine de nos actions mais aussi un véritable outil de communication accessible, visant tant les professionnels que les institutions,

les médias et le public. Vous y retrouverez notamment des informations sur le Respadd et les services que nous proposons, des actualités mises à jour en temps réel, une rubrique agenda, des dossiers thématiques, nos publications et outils ainsi que l'annuaire détaillé de nos adhérents.

Enfin je vous rappelle que les 21^{es} Rencontres du Respadd, « Addictions Ici et Ailleurs », se dérouleront les 7 et 8 juin au palais du Pharo à Marseille et seront organisées en collaboration avec le CAARUD/CSAPA Bus 31-32.

Elles seront suivies des journées nationales de la Fédération Addiction, les 9 et 10 juin, dans le même lieu. Une session commune Respadd/Fédération Addiction vous sera proposée le 8 juin après-midi.

Anne Borgne,
Présidente du Respadd

→ PRESCRIPTION DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION NICOTINIQUES EN MILIEU CARCÉRAL

DR CHRISTINE BARBIER – DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ
DR DAMIEN MAUILLON – UNITÉ SANITAIRE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE / CHU ANGERS

La prévalence des addictions et particulièrement du tabagisme est élevée en milieu carcéral. Accompagner les personnes détenues dans un sevrage tabagique peut relever d'un défi dans le contexte de privation de liberté.

Un état des lieux des pratiques de prescription de traitements de substitution nicotinique (TSN) y a été réalisé par la DGS pour adapter la stratégie du programme national de réduction du tabagisme (PNRT) dans ce milieu.

→ CONTEXTE

À la période du recueil, environ 67 000 personnes étaient incarcérées, 20 % étant prévenues. Le flux d'entrée était de 93 000 personnes et la durée moyenne de détention était de 9,9 mois. La majorité des personnes (40 %) sont incarcérées en maisons d'arrêt, particulièrement affectées par une surpopulation. Les durées de séjour y sont courtes, les sorties souvent non programmées. Les centres pour peines (maisons centrales-MC et à un moindre degré les centres de détention-CD) hébergent des personnes globalement plus âgées. Le flux d'entrée est moindre, les durées plus longues. Un centre pénitentiaire (CP) regroupe sur un même site plusieurs quartiers (MA, CD par exemple).

La population détenue est majoritairement masculine (96 %). Les mineurs sont peu nombreux (environ 700 en 2012) incarcérés dans les 6 établissements pour mineurs (EPM) ou en quartier mineur dans un établissement accueillant des adultes. La population incarcérée est essentiellement issue des catégories sociales les

plus défavorisées, avec difficultés économiques et faible niveau d'instruction. Elle a eu globalement peu accès à la prévention et aux soins avant l'incarcération. La prévalence de diverses pathologies est significativement plus élevée qu'en population générale (VIH, hépatites, addictions, troubles psychiques)⁽¹⁾. Le choc carcéral, les conditions de promiscuité, d'hygiène, d'isolement, d'inactivité peuvent générer violence contre soi ou contre les autres et aggraver certaines pathologies. Le vieillissement de la population carcérale génère de nouveaux besoins dans le domaine des maladies chroniques notamment bronchiques et cardiovasculaires. Ces spécificités sont de forts déterminants de la consommation tabagique.

Le tabac est autorisé au sein des établissements pénitentiaires dans la cellule (lieu considéré comme privé) et dans certains espaces collectifs (en promenade). Il est interdit dans les lieux collectifs clos et dans les établissements pour mineurs. Le produit peut être acheté par l'intermédiaire de la « cantine ». Il constitue par ailleurs une monnaie

d'échange contre des médicaments ou du cannabis.

Environ 75 % des personnes incarcérées sont fumeurs quotidiens dans les études étrangères et en France. En 2003, à l'entrée en prison⁽²⁾, 81 % des hommes de 18 à 54 ans fument *versus* 40 % en milieu libre. Le tabac est fréquemment consommé avec du cannabis. Diverses enquêtes locales récentes confirment la fréquence des consommations à l'entrée et pendant le séjour. La période de l'incarcération (anxiété, stress) peut conduire à une augmentation de la consommation de tabac. À l'inverse, elle peut constituer l'occasion d'un bilan de la consommation et d'une motivation pour diminuer ou cesser.

L'incarcération est d'ailleurs l'occasion d'avoir un contact avec le dispositif de soins somatique et psychiatrique (unité sanitaire-US) et les réponses plus spécialisées en addictologie si besoin, dont les modalités sont détaillées dans le guide méthodologique⁽³⁾. Une consultation médicale est réalisée systématiquement à l'entrée de l'incarcération, avec un bilan des consommations. En

cas d'hospitalisation, le détenu ne peut pas fumer, ce qui peut constituer un frein et motiver un refus d'hospitalisation. Une personne non fumeuse ou entamant un sevrage doit en principe être affectée en cellule non-fumeurs, certificat médical à l'appui mais cette possibilité est rarement mise en œuvre⁽⁴⁾, ayant pour conséquence un tabagisme passif fréquent.

→ MÉTHODOLOGIE

L'objectif de l'étude était de décrire les pratiques de prescription de TSN à partir des données renseignées annuellement par l'ensemble des US dans le cadre d'un rapport d'activité type via l'observatoire des structures de santé pour les personnes détenues (OSSD).

Les données analysées sont la file active totale de personnes ayant eu au moins une consultation à l'unité sanitaire et la file active de patients sous TSN en 2011 et 2012. Le recueil de la file active TSN n'est pas exhaustif. Le nombre total d'US a légèrement varié entre les 2 années (fermeture d'établissements).

_ LIRE UTILE

→ SYNTHÈSE DE LA REVUE DE LITTÉRATURE SUR LES ADDICTIONS EN MILIEU PROFESSIONNEL

PALLE CHRISTOPHE,
BRIAND-MADRID LAELIA,
RICHARD JEAN-BAPTISTE

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), 2015-10, 19 p.

Les questions liées à l'usage de substances psychoactives par des personnes exerçant une activité professionnelle ont suscité des études et des recherches publiées dans les revues scientifiques, dont le nombre est limité pour la

France mais relativement important dans les pays anglo-saxons. Une première revue de littérature réalisée en 2010 (Redonnet, 2010) ne portait que sur les travaux menés en France. Ce document actualise et étend aux pays étrangers celui de 2010. Il fournit les principaux résultats des études récentes qui se sont intéressées

à la mesure des niveaux de consommation d'alcool, de drogues illicites ou de médicaments psychotropes en milieu professionnel, aux déterminants de ces consommations et à leurs conséquences.
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxcpva.pdf>

→ CONSTATS

Des pratiques de prescription de TSN largement répandues

2011	Total répondants	Prescription TSN	Non prescription
MA (98)	69	64 (93 %)	5 (7 %)
CP (41)	17	17 (100 %)	0 (0 %)
CD (26)	16	15 (94 %)	1 (6 %)
MC (6)	6	6 (100 %)	0 (0 %)
EPM (6)	3	3 (100 %)	0 (0 %)
Total (177)	111	105 (95 %)	6 (5 %)

2012	Total répondants	Prescription TSN	Non prescription
MA (94)	64	61 (95 %)	3 (5 %)
CP (42)	22	21 (95 %)	1 (5 %)
CD (25)	16	16 (100 %)	0 (0 %)
MC (6)	5	4 (80 %)	1 (20 %)
EPM (6)	5	5 (100 %)	0 (0 %)
Total (173)	112	107 (95 %)	5 (5 %)

La majorité des US prescrivent des TSN, 6 n'en ont pas prescrit en 2011 et 5 en 2012, essentiellement des petites MA de faible capacité.

Les prescriptions TSN sont effectives dans les établissements pour peines, cela peut s'expliquer par la longueur des séjours plus propice à la motivation et le profil des personnes, plus âgées, présentant probablement plus souvent des pathologies liées au tabac et dans tous les EPM.

Un taux de substitution stable sur les 2 années et variable en fonction du type d'établissement

Le taux de substitution proposé est le rapport file active TSN sur file active totale. Dans le contexte carcéral, la personne a accès à un TSN seulement sur prescription, ce qui suppose une consultation.

Le taux de substitution moyen s'établit à 4 % en 2011 et 5 % en 2012.

2011	FA TSN	FA totale	Taux
MA (53)	1 688	61 953	3 %
CP (13)	1 092	14 748	7 %
CD (11)	495	9 850	5 %
MC (5)	96	1 282	7 %
EPM (2)	83	292	28 %
Total (84)	3 454	88 125	4 %

2012	FA TSN	FA totale	Taux
MA (55)	1 906	49 776	4 %
CP (18)	1 113	21 508	5 %
CD (13)	524	6 616	8 %
MC (5)	79	1 317	6 %
EPM (5)	294	1 090	27 %
Total (96)	3 916	80 307	5 %

Ce taux est légèrement plus faible en MA, ce qui peut s'expliquer par la courte durée des séjours, ne permettant souvent pas de revoir la personne en consultation et par le contexte d'arrivée dans une MA (première incarcération, ou nouvelle condamnation) qui peut être angoissant. La consultation d'entrée dans une MA n'est souvent pas le moment propice pour

proposer un sevrage (situation instable, avenir incertain dans l'attente du jugement, surpopulation et promiscuité entre fumeurs). La population en MA est souvent plus jeune que dans les autres établissements, la motivation pour commencer un traitement de sevrage tabagique est plus faible.

Le taux légèrement supérieur des établissements pour

peines peut s'expliquer par la plus longue durée des peines, l'âge plus élevé des personnes détenues, la fréquence des maladies liées au tabac, respiratoires, cardiovasculaires..., la présence prolongée dans le milieu pénitentiaire, avec une optique de traitement au long cours.

Les EPM affichent des taux de substitution très élevés (respectivement 28 % et 27 %),

s'explique par l'interdiction totale de fumer en prison pour les mineurs et les pratiques des équipes médicales probablement plus incitatives pour proposer ce sevrage à cet âge.

L'intervention d'un CSAPA ne semble pas influencer la prescription

Le rôle des CSAPA en milieu carcéral et la coordination avec les US ont été précisées en 2010⁽⁵⁾ et leurs interventions renforcées dans le cadre du plan d'actions stratégiques 2010-2014⁽⁶⁾. Entre 2011 et 2012, le nombre d'US ayant déclaré l'intervention d'un CSAPA a légèrement augmenté, de 56 sur un total de 84 en 2011 (66 %) à 68 sur 96 en 2012 (69 %).

Sur l'ensemble des sites, on ne note pas de différences de taux de substitution entre les US ayant déclaré une intervention CSAPA et les autres. Toutefois, ce taux est légèrement supérieur dans les CD lorsque un CSAPA intervient (7 % versus 4 % en 2011 et 8 % vs 6 % en 2012) et dans les CP (6 % en 2012 lorsque un CSAPA intervient vs 3 %).

Les CSAPA et particulièrement ceux intervenant en milieu carcéral concentrent très probablement leurs actions sur les personnes usagères de drogue ou d'alcool et ont moins de pratiques dans le domaine de la tabacologie.

Les pratiques ne sont pas modifiées par l'existence d'un programme annuel d'éducation pour la santé

L'éducation pour la santé est inscrite réglementairement dans les missions des US depuis leur création en 1994. En milieu carcéral elle suppose une approche « globale » qui inclut l'environnement des personnes détenues, les conditions de vie dans l'établissement pénitentiaire et associe l'ensemble des intervenants⁽⁷⁾.

L'établissement de santé siège de l'US est responsable de la coordination de la promotion et l'éducation pour la santé et de l'élaboration du programme d'éducation pour la santé, en lien avec l'établissement pénitentiaire.

Dans le cadre du plan, l'INPES a mené un état des lieux de l'éducation à la santé en milieu pénitentiaire puis élaboré un référentiel pour améliorer les pratiques⁽⁸⁾. Le nombre d'US ayant déclaré un programme en éducation pour la santé a augmenté entre 2011 (67 sur 84 soit 80 %) et 2012 (80 sur 96 soit 83 %).

Sur l'ensemble des données, on ne note pas de différences probantes entre les taux de substitution des sites ayant déclaré un programme (4 % en 2011 et 5 % en 2012) et ceux sans programme (3 % en 2011 et 5 % en 2012).

Les programmes d'éducation pour la santé concernent des thématiques variées, le thème des addictions est fréquemment abordé mais probablement plus par le prisme des produits illicites et de la consommation d'alcool.

→ PISTES DE TRAVAIL

Malgré ses limites (données déclaratives, qualité de remplissage moyenne), cette enquête apporte pour la première fois des données nationales sur les TSN en milieu carcéral.

La qualité du remplissage des items de l'OSSD gagnerait à être améliorée. Il serait utile

de réaliser des enquêtes complémentaires sur les besoins potentiels de sevrage, l'organisation de l'activité de tabacologie, des données plus qualitatives (représentations, observance des TSN..) et des données sur l'état de santé.

A la lumière de la prévalence du tabagisme en milieu pénitentiaire, la prise en charge des personnes détenues en tabacologie est encore insuffisante. Elle doit s'envisager dans une approche globale des addictions afin d'apporter des réponses adaptées aux différentes situations en terme d'âge, de sexe, de profil de consommations.

Cela passe par des actions de prévention et de promotion de la santé afin d'éviter l'entrée dans la consommation, particulièrement chez les jeunes, et doit intégrer la thématique plus large des consommations des produits psycho-actifs. Le tabagisme doit d'ailleurs être un critère d'affectation dans les cellules des personnes détenues pour éviter le début d'une consommation de tabac et les effets du tabagisme passif.

De même, le repérage des addictions à l'entrée doit être renforcé, tel qu'inscrit dans la loi de santé. Il doit permettre

d'améliorer l'offre et la pratique du sevrage tabagique, par des équipes de soins sensibilisées à l'arrêt du tabac (équipes somatiques des US, des dispositifs psychiatriques et des CSAPA) en s'inspirant des bonnes pratiques existantes : intervention d'une consultation de tabacologie, formation des personnels d'US ou de CSAPA, entretiens infirmiers pour renforcer la motivation des personnes en substitution, utilisation du testeur de CO.

Les TSN, quant à eux, doivent pouvoir être fournis gratuitement via la pharmacie de l'US, ce qui suppose que le financement en soit garanti. Cette aide au sevrage doit être particulièrement facilitée dans la perspective d'une hospitalisation, pour éviter un refus de celle-ci. Elle est également très pertinente dans le cadre des démarches d'éducation thérapeutique du patient des maladies chroniques liées à l'usage du tabac.

L'usage de la cigarette électronique en détention est autorisé depuis peu⁽⁹⁾. La demande existe de la part des personnes détenues en continuité d'un vapotage antérieur ou en cours de détention. Des avantages peuvent être attendus en termes

de santé publique dans une logique de réduction des risques tant sur le plan individuel que collectif.

Enfin, agir sur les déterminants et créer des environnements favorables à la santé suppose d'intervenir sur les conditions de vie en détention, par exemple les activités proposées aux personnes afin d'éviter l'ennui. ■

Références

- (1) INVS : Institut national de veille sanitaire. Etat des connaissances sur l'état de santé des personnes détenues. 2014
- (2) Mouquet C. DREES. La santé des personnes entrantes. 2003
- (3) <http://www.sante.gouv.fr/prise-en-charge-sanitaire-des-personnes-placees-sous-main-de-justice.html>. Pages 168 à 172
- (4) Circulaire du 31 janvier 2007
- (5) Instruction DGS/DGOS du 17/10/2010
- (6) 3,292 M€ délégués via les ARS pour les CSAPA référents
- (7) « Health in Prisons: A WHO guide to the essentials in prison health » accessible à http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf
- (8) INPES, Espace thématique milieu pénitentiaire
- (9) Note DAP du 11 août 2014

LIRE UTILE

→ LUTTER CONTRE LA CONSOMMATION NOCIVE D'ALCOOL. POLITIQUES ÉCONOMIQUES ET DE SANTÉ PUBLIQUE

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 2015, 265 p.

Les boissons alcoolisées, et leur consommation nocive, sont depuis toujours un trait commun des sociétés humaines. L'alcool est l'une des premières causes de morbidité et de mortalité prématurée dans le monde. Il est en effet à l'origine d'un décès sur 17, et d'une proportion importante de handicaps, surtout chez les hommes. Dans les pays de l'OCDE, la consommation d'alcool est près de deux fois supérieure à la



moyenne mondiale. Son coût social est estimé à plus de 1 % du PIB dans les pays à revenu élevé et intermédiaire. Quand elle n'est pas liée à une dépendance, la consommation d'alcool est un choix individuel, déterminé par des normes sociales et associé de fortes connotations culturelles.

Cela se traduit par des schémas uniques de disparités sociales face à la consommation d'alcool, les plus aisés étant dans certains cas plus enclins à boire dangereusement, et par une polarisation des problèmes de consommation excessive aux deux extrémités du spectre social. Certaines habitudes de consommation d'alcool ont un impact social, ce qui justifie amplement sur le plan économique le fait que les pouvoirs publics cherchent à influencer les comportements en prenant des mesures axées sur la réduction des préjudices, y compris ceux subis par les personnes autres que les consommateurs. Certaines stratégies sont plus efficaces et judicieuses que d'autres, selon qu'elles parviennent à faire évoluer les normes sociales et à

cibler les groupes les plus vulnérables. La présente publication examine dans le détail les tendances et les disparités sociales liées à la consommation d'alcool. Elle présente en outre une vaste analyse des effets sanitaires, sociaux et économiques des principales politiques de lutte contre les méfaits de l'alcool dans trois pays de l'OCDE (Allemagne, Canada et République tchèque), et dégage des messages pertinents pour l'action des pouvoirs publics dans un plus grand nombre de pays. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/lutter-contre-la-consommation-nocive-d-alcool_9789264244580-fr

→ PROGRAMMES DE SOUTIEN À LA PARENTALITÉ : LA FRANCE EST LE DIXIÈME PAYS EUROPÉEN À EXPÉRIMENTER « STRENGTHENING FAMILY PROGRAM »

CORINNE ROEHRIG – MÉDECIN DE SANTÉ PUBLIQUE, THÉRAPEUTE FAMILIALE – CoDES 06 / NICE

L'impact des pratiques parentales sur la santé de l'enfant⁽¹⁻⁵⁾ conduit de nombreux pays européens à s'engager dans des programmes de soutien à la parentalité d'origine anglo-saxonne, standardisés, basés sur des données probantes, c'est à dire dont « les effets positifs ont été démontrés empiriquement par des protocoles expérimentaux, ont été maintenus à long terme (au moins 1 an) et répliqués dans au moins deux sites différents. Les données de recherche doivent être disponibles, de même que les modalités d'intervention, consignées dans des manuels et rattachées à des modèles théoriques de référence. »⁽⁶⁾

C'est le cas pour *Strengthening Family Program*, ou SFP, programme de renforcement des compétences parentales et des compétences psychosociales des enfants, créé dans les années 80 par la psychologue américaine Karol Kumpfer. Il se développe en quatorze ateliers de 2 heures chacun, animés par des professionnels formés spécifiquement.

La logique des ateliers parents est d'abord d'améliorer le climat familial en invitant les parents à porter davantage à leurs enfants une attention positive, à prioriser leurs attentes en fonction du développement de l'enfant, à les formuler de manière précise et efficace. Puis on s'attachera à la mise en place de limites, aux punitions, à l'élaboration d'un schéma éducatif stable.

Les ateliers enfants visent à renforcer leurs « compétences de vie », en termes de communication, d'affirmation de soi, de capacité à résister aux pressions, à gérer son stress et ses émotions.

Les ateliers familles visent à renforcer le lien familial en mettant en pratique, ensemble, les notions et activités développées plus tôt.

Le développement international de SFP s'est accéléré en 2003, après la publication, dans la revue *Cochrane*⁽⁷⁾, de la méta-analyse concluant à la validation de son efficacité en prévention du risque alcool chez les enfants et les adolescents. En Europe, l'Irlande, l'Angleterre, la Pologne, la Hollande, l'Espagne, l'Allemagne, la Suède,

le Portugal et la Grèce l'ont aujourd'hui mis en place ; le nombre de familles incluses dans ces expérimentations varie de 22 en Hollande à 10 000 au Royaume Uni⁽⁸⁾.

L'ensemble de ces résultats et expériences ont conduit l'Institut national d'éducation et de promotion de la santé (INPES) à financer son implantation et son adaptation en France, confiées au Comité départemental d'éducation pour la santé des Alpes-Maritimes (CoDES 06).

Mettre en place un programme standardisé permet de bénéficier de manuels d'animation et de recommandations en termes de modalités d'implantation, mais ces éléments doivent être soigneusement adaptés à chaque pays :

- suffisamment pour cadrer avec la culture, les valeurs et les coutumes des familles concernées : il s'agit d'une adaptation du langage, des exemples, des modalités d'accueil et d'animation des groupes.
- sans pour autant trahir la structure du programme et son agenda : le temps dévolu à chaque session, leur ordre et leurs objectifs doivent rester ceux du programme originel^(9,10).

L'adaptation doit aussi prendre en compte l'organisation territoriale et les politiques publiques en vigueur, et veiller au partenariat avec les professionnels déjà investis auprès des familles.

L'adaptation française a respecté ces principes et s'est

faite progressivement, grâce aux animateurs et autres professionnels engagés sur le terrain, et bien sûr aux 38 premières familles participantes de 3 villes des Alpes-Maritimes.

Les équipes européennes rapportent^(8,10) la nécessité d'un investissement fort dans la mise en place de SFP, et concluent à sa faisabilité dans leurs contextes respectifs ; tous notent une bonne réponse des familles, faisant l'hypothèse que les familles de culture « occidentale » sont sensibles aux mêmes problèmes que les familles américaines.

L'adaptation française de SFP a donné de bons résultats en termes d'assiduité des familles et d'évolution des compétences parentales entre le début et la fin de l'intervention. Aussi, à partir de 2015, l'INPES apportera à nouveau son soutien financier au CoDES 06 pour un déploiement national du programme, et s'investira dans une plus large et conséquente étude de son impact sur les familles. ■

Références

(1) Weissberg. R, Kumpfer. K, Seligman. M, "Prévention that works for children and Youth" *American Psychologist*, 2003, vol. 58, N°6/7, p 425-432.

(2) Kumpfer. K and Alvarado. R, "Family strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors", *American Psychologist*, 2003, vol. 58, N°6/7, p 457-465.

(3) Houghugh M. The importance of parenting in child health. *British medical journal*, 1998, 316 : 1545-1546.



Strengthening Families Program by Dr. Karol Kumpfer

(4) Hamel MP, Lemoine S, Centre d'analyse stratégique. *Aider les parents à être parents. Le soutien à la parentalité, une perspective internationale*. La Documentation française, sept. 2012.

(5) Guide to implementing family skills training programs for drug abuse prevention, United Nations Publication. New York, 2009.

<http://www.unodc.org/documents/prevention/family-guidelines-E.pdf>
(6) Lamboy. B et col. *Interventions validées en prévention et promotion de la santé mentale auprès des jeunes*. Santé Publique, 2011/HS Vol. 23 p 113-125.

(7) Foxcroft, D. R., Ireland, D., Lister-Sharp, D. J., Lowe, G., & Breen, R. "Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: A systematic review". 2003, *Addiction*, 98, 397-411.

(8) Burkhardt. G. "North american drug prevention programmes: are they feasible in European cultures and contexts?". *European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. 2013 p 20-27.

(9) Kumpfer.K, Pinyuchon.M, Teixeira de Melo.A and Whiteside. "Cultural Adaptation Process for International Dissemination of the Strengthening Families Program" *Eval Health Prof* 2008; 31; 226.

(10) Orte. C, Amer. J, Ballester. L, Vives. M. *Le Strengthening Families Program en Europe. Le programme de compétences familiales : l'adaptation du SFP en Espagne*. Editions Universitaires Européennes, sept. 2015, p 20-48.

→ PROGRAMME LIBER'ADDICT, BIEN-ÊTRE À L'ADOLESCENCE ET PRÉVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES. APPORT DE LA PSYCHOLOGIE SOCIALE DANS LE CHAMP DE LA PRÉVENTION DES ADDICTIONS CHEZ LES ADOLESCENTS



SOLÈNE PIANO, CAMILLE RENAUDET – PSYCHOLOGUES SOCIALES, CHARGÉES DE PRÉVENTION
PÔLE DE RÉFÉRENCE EN ADDICTOLOGIE CMP B / CHU CLERMONT-FERRAND

Le programme **Liber'Addict** existe depuis 2008 sur le département du Puy de Dôme et depuis 2 ans, les acteurs du programme interviennent dans l'Allier. Ce projet est né d'un premier programme de prévention innovant sur la région de l'Auvergne, **Liber'Tabac**.

L'objectif de ce projet était d'accompagner les équipes scolaires dans la mise en application du décret de la loi Evin de 2007 concernant le tabagisme passif. Il a ensuite perduré suite aux demandes des équipes scolaires et s'est développé autour de l'ensemble des addictions grâce à l'implication de nouveaux partenaires institutionnels : l'Agence régionale de la santé, la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et conduites addictives et la Ligue contre le cancer du comitè 63 et 03.

Deux responsables, le Pr Georges Brousse, responsable du Pôle d'addictologie de référence et Mme Florence Morel, psychologue coordinatrice et ancienne chargée de projet sur **Liber'Tabac**, co-dirigent le projet au sein du CHU. Les missions d'étude, de conception, d'animation et d'évaluation des interventions sont réalisées par deux psychologues sociales, Solène Piano, Camille Renaudet, spécialisées en addictologie.

Un travail important d'adaptation au territoire est mis en place grâce à un partenariat avec les infirmiers conseillers techniques de l'Inspection Académique des deux départements, ainsi que les autres acteurs de prévention des addictions présents en milieu scolaire.

→ L'APPROCHE DU PROGRAMME

La particularité de ce programme qui perdure depuis 2005 est le fondement théorique sur lequel le projet repose.

Tout d'abord avec la psychologie sociale. Il s'agit de

l'étude scientifique des comportements des individus en fonction des situations, de leurs expériences et de leurs interactions sociales. Cette discipline se développe largement en santé et offre une approche innovante en prévention (réf : R. Shankland & B. Lamboy, 2011)

La psychologie clinique et tout particulièrement l'approche des TCC. Cette discipline utilise des procédés concrets et efficaces pour aider l'adoption de nouveaux comportements chez les individus. Ces outils sont une ressource indispensable afin de concevoir des actions visant le développement du bien-être chez les adolescents.

Enfin, **l'addictologie offre des connaissances et des techniques spécifiques d'entretiens utilisables par tous les professionnels de santé en milieu scolaire**, et qui sont recommandées par la Haute Autorité de Santé afin de diminuer les conduites addictives chez les adolescents. C'est donc tout naturellement que les professionnels du programme ont été formés à cette spécialité.

Il est à noter également que le programme s'appuie sur les recommandations de l'OMS, de la HAS et des plans gouvernementaux nationaux en matière de prévention des addictions chez les adolescents.

→ LES MISSIONS

L'objectif de ce programme est de développer la prévention des conduites addictives en milieu scolaire.

Pour se faire, l'équipe de **Liber'Addict** s'attache à plusieurs missions de recherche, de conception et d'évaluation

d'actions. Elle cherche notamment à mieux comprendre les facteurs d'entrée dans une consommation à risque et les facteurs protecteurs, et de créer du lien entre la recherche et le terrain afin de proposer des méthodes efficaces. L'évaluation des outils et des méthodes d'action créés sur le programme reste présente afin de s'assurer de leur efficacité.

Les psychologues du programme ont également une mission d'accompagnement des établissements dans la conception de projets personnalisés qui visent à développer le bien-être à l'adolescence. Ces projets de prévention, qui s'adaptent aux besoins et demandes du terrain, ciblent les adolescents au travers d'actions répétées au cours de l'année ou d'un suivi sur le cursus scolaire, mais également l'implication des équipes pédagogiques et des parents.

Toujours dans le souci de développer une prévention efficace, les projets menés au sein des établissements s'axent sur les compétences psychosociales (gestion du stress, affirmation de soi...), et de plus en plus sur la psychologie positive ou encore le *mindfulness*.

Liber'Addict développe alors des axes d'actions autour de la prévention primaire, mais également de la prévention secondaire, notamment par le biais de groupes de motivation à l'arrêt du tabac (décrits ci-après), en privilégiant les informations sur la réduction des risques, ou encore en proposant des formations aux infirmières scolaires au Repérage précoce et intervention brève (RPIB) et à l'Entretien motiva-

tionnel.

→ EXEMPLE D'ACTION : LE GROUPE DE MOTIVATION À L'ARRÊT DU TABAC

Ces groupes de motivation à l'arrêt du tabac se sont développés sur **Liber'Addict** à partir de différents constats.

90 % des personnes qui meurent du tabac ont commencé à fumer avant l'âge de 18 ans. Plus le tabagisme se chronicise tôt dans l'adolescence, plus le sevrage sera difficile à l'âge adulte. Cela fait des adolescents une cible prioritaire dans le sevrage tabac. Malheureusement, ils sont aussi les moins enclins à arrêter de fumer.

C'est pourquoi l'équipe de psychologues du programme de prévention **Liber'Addict** a mis en place des groupes de motivation à l'arrêt du tabac à destination des lycéens. Ce projet permet de favoriser l'accès au soin et de profiter des bénéfices du groupe de pairs. Ces groupes se déclinent notamment sur six séances d'1h à 2h à raison d'une séance par semaine auprès de groupes de 2 à 6 personnes.

L'implication des élèves étant parfois difficile malgré le volontariat, un carnet de suivi a été créé par les psychologues du programme. Celui-ci sert de fil conducteur entre les séances et permet d'ancrer la démarche individuelle de chaque élève au sein de la dynamique du groupe. Les thématiques abordées suivent les principes de l'entretien motivationnel et reprennent des outils issus de la psychologie positive et des thérapies cognitivo-comportementales, reconnus comme efficaces dans l'arrêt

→ PREMIÈRE JOURNÉE DE PREV' À LA CAFET' AU CENTRE HOSPITALIER DU ROUVRAY

JENNIFER SERVAIS-PICORD – CHARGÉE DE COMMUNICATION, CENTRE HOSPITALIER DU ROUVRAY / SOTTEVILLE-LÈS-ROUEN

Le centre hospitalier du Rouvray a organisé une journée de sensibilisation des patients et des équipes soignantes à la réduction des risques – tant physiques que psychiques – en lien avec les usages de substances psycho-actives.

Cette première manifestation s'est déroulée le 15 octobre dernier, journée internationale de lutte contre les toxicomanies, au sein de la cafétéria, lieu d'échange et de lien social repéré au sein de notre établissement.

Les objectifs principaux de cette journée étaient d'aborder la réduction des risques liée aux usages de substances nocives de façon ludique et de favoriser les échanges autour des consommations, sans stigmatiser les usagers et sans mettre en danger les équipes soignantes.

Pour rendre cette expérience conviviale, l'équipe a privilégié l'utilisation d'ateliers-jeux dans un espace prévention. Le premier atelier, *le jeu de la roue*, permettait à chaque individu de tourner cette roue et de répondre à la question correspondante. L'objectif était de donner de l'information à partir de petites questions sur des thématiques problématiques : l'abus d'alcool, le tabac, le cannabis, les médicaments et les jeux d'argent. Les participants étaient ensuite orientés vers les autres ateliers, en fonction du logo associé à la question ou en fonction de leurs besoins et demandes.

LES AUTRES ATELIERS

- **Combien ça coûte ?**
Évaluation de leur budget hebdomadaire ou mensuel en fonction de leur consommation.
- **Qu'en pensez-vous ?**
À partir d'affirmations, ouverture d'un débat sur les représentations autour des produits.
- **Et toi, tu en es où ?**
À partir d'une échelle subjective en forme d'étoile, évaluation, par la personne elle-même, de ses usages et des risques qui y sont liés.
- **Testeur de Co**
Mesure du taux de monoxyde de carbone.

Des clips vidéos et une exposition d'affiches de prévention étaient également visibles et des brochures ont été mises à disposition dans toute la cafétéria.

Cette journée fut un succès en se déroulant sous le signe du dynamisme et de la bonne humeur. L'ambiance détendue a facilité la libre parole de chacun et leur a permis de mener une réflexion sur leur consommation. Objectifs atteints ! ■



BILAN DE LA JOURNÉE

(comptage et questionnaires de satisfaction)

→ **70 personnes ont tourné la roue** : 40 patients et 30 soignants. Au total, environ 100 personnes sont venues dans l'espace prévention.

→ **Le sentiment général** : satisfaisant à très satisfaisant.

→ **Les produits abordés** (en nombre d'item cochés) :

1) tabac – 2) alcool et cannabis exæquo – 3) médicaments
4) jeux – 5) injection et autres exæquo – 6) café.

→ **Les thèmes abordés** :

1) santé – 2) voiture et vie affective exæquo
3) souffrance et mental exæquo – 4) moto et justice exæquo
5) sniff – 6) injection.

Merci à nos partenaires extérieurs pour leurs soutiens :

le RESPADD, l'IREPS, l'INPES, les Fédérations des Addictions, le CARSAT, l'association AddictoNormand, le centre E. Leclerc, la société Rivadouce, les confiseries Barnier, la pharmacie de la Traverse à Cléon et la Maaf.

du tabac. Tout au long des séances et du livret, les participants abordent notamment :

- leur consommation (état des lieux, balance décisionnelle, carnet de bord de sa consommation, Test Fagerström...);
- les stratégies pour faire face aux envies (identifier les contextes de consommation, les émotions associées...);
- la respiration et le sommeil (agenda du sommeil, tech-

nique de respiration vagale...);

- des techniques de relaxation;
- une réflexion autour des petits moments qui leur procurent du plaisir (outil de la psychologie positive);
- un bilan de la démarche d'arrêt reprenant ce qui a été difficile et plus facile, mais aussi ce qui les a le plus ou le moins aidés. Un graphique de sa démarche reprenant un score de motivation et un score du sen-

timent de capacité à tenir ses objectifs des 6 séances clôture ce bilan. Des contacts utiles présents sur le Puy de Dôme sont rappelés.

→ PERSPECTIVES

Une évaluation objective sera menée afin de vérifier la pertinence et l'aspect pratique du livret. L'objectif est de proposer à toutes les infirmières scolaires souhaitant mettre en place des groupes au sein de leur éta-

blissement. Il serait accompagné d'un guide d'utilisation, d'une courte formation et des séances de supervision qui seraient animées par les psychologues de Liber'Addict. ■

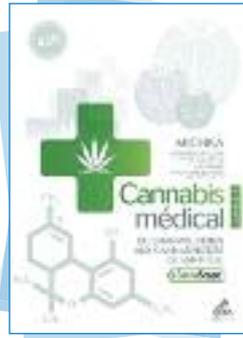
Réf. : Shankland, R., Lamboy, B. (2011). Utilité des modèles théoriques pour la conception et l'évaluation de programmes en prévention et promotion de la santé. *Pratiques psychologiques*, 17, 153-172.

_ LIRE UTILE

→ CANNABIS MÉDICAL DU CHANVRE INDIEN AU CANNABINOÏDES DE SYNTHÈSE

MICHKA & COLLECTIF
Broché : 320 pages
Éditeur : Mamaéditions
Collection : Hors collection

À l'heure où un nombre croissant d'États autorise les patients à utiliser le cannabis pour se soigner, ce livre unique en son genre, écrit par les plus grands spécialistes internationaux, répond aux questions les plus fréquemment posées. Quelles affections peuvent être soulagées, ou même guéries, par la marijuana ? De quelles façons absorbe-t-on ce remède hors normes ? Quels sont, dans différents pays, les lieux où s'approvisionner légalement ? Comment le cultiver le cas échéant ? Quelles sont les vertus médicinales respectives du THC et du CBD ? Quelle est la législation dans différentes parties du monde ? Quels sont les médicaments dérivés du cannabis disponibles aujourd'hui ? Où en est la recherche ? Quid des cannabinoïdes synthétiques ? Bilan des pratiques qui entourent



le chanvre thérapeutique, ce livre richement illustré aide également à comprendre le phénomène du « cannabis moderne » qui pousse fréquemment en intérieur, sous lumière artificielle. Il permet de mieux saisir pourquoi celui-ci remplace de plus en plus souvent les produits autrefois importés de pays traditionnellement producteurs. Alliant rigueur et humour, il éclaire d'un jour nouveau les enjeux qui entourent cette plante complexe, *Cannabis sativa L.*. Ce livre comporte également un annuaire professionnel remis à jour chaque année, le CannaScope, qui recense les adresses, les sites Web, les salons, les festivals et plus de 350 contacts professionnels.

→ LE MÉDICAMENT AU CŒUR DE LA SOCIALITÉ CONTEMPORAINE : REGARDS CROISÉS SUR UN SUJET COMPLEXE

JOHANNE COLLIN
Éditeur : Presses de l'Université
du Québec – 284 pages

Le recours croissant aux médicaments psychotropes est-il le reflet d'une société de plus en plus fragile sur le plan psychique, de plus en plus encline à développer des dépendances, ou encore très sensible au puissant discours sur la prévention et les risques sanitaires ?

Au-delà de l'influence, maintes fois étudiée, du médicament comme vecteur de la médecine dans le cadre de nos vies quotidiennes, les auteurs mettent l'accent sur l'influence du social (conduites, imaginaire, normes, valeurs, etc.), sur l'utilisation du médicament et sur les pratiques médicales et la médecine. Ce retournement analytique permet de mieux expliquer la place centrale du médicament dans nos vies. Ils démontrent la difficulté de comprendre le recours massif au médicament dans nos sociétés



sans le replacer dans le cadre des processus plus complexes : exigences de performance sociale, obsession de la santé parfaite, idéologies de la prévention, centration sur soi, individualisme, valorisation décontextualisée du biomédical, place grandissante du corps dans la représentation de soi, etc. Chercheurs, enseignants, étudiants et intervenants provenant du monde de la santé et du communautaire et désirant comprendre les logiques sociales du recours au médicament seront intéressés par le contenu de cet ouvrage.

_ AGENDA



→ COLLOQUE « ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE : DES INTENTIONS À L'ACTION »

Prochaine édition du congrès Santé Education,
11-12 FÉVRIER 2016 À PARIS,
Maison de la Chimie.

Que nous exerçons à l'hôpital, en réseau, maison ou pôle de santé, en libéral ou dans le cadre d'une association, nos contextes de travail et de formation professionnelle rendent particulièrement complexes l'élaboration et la mise en œuvre de démarches éducatives intégrées aux pratiques soignantes. Nos intentions et nos projets se heurtent à la réalité : nous devons sans cesse résoudre des difficultés, franchir des obstacles, nous adapter aux contraintes – réglementaires, organisationnelles ou financières – et nous mobiliser pour trouver des solutions concrètes.

A l'occasion de cette nouvelle édition du congrès Santé Education, nous vous proposons d'échanger avec des équipes d'horizons variés et d'analyser la cohérence entre

nos conceptions de l'éducation thérapeutique, les valeurs qui nous animent et ce que nous parvenons à faire au quotidien. Autrement dit comment passons-nous de l'intention à l'action, comment s'accordent nos principes et nos manières d'agir dans un environnement souvent très contraignant ?
<http://www.afdet2016.com/>



→ Le Nouvel Hôpital de Navarre, sous le haut patronage de la Fédération Française d'Addictologie, de l'ARS Haute-Normandie et de la CAPE, organise un COLLOQUE SUR LES ADDICTIONS, LE JEUDI 10 MARS 2016 À VERNON.

Les publics ciblés sont tous les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux, de l'éducation nationale confrontés aux addictions ainsi que les familles.
<http://www.nh-navarre.fr/user-files/file/invitation--addictologie-10-mars-2016.pdf>



→ JEUX VIDÉO, DES PRATIQUES ACTUELLES AUX USAGES PROBLÉMATIQUES 11 MARS 2016

Auditorium de l'Hôpital européen Georges Pompidou, Paris. Organisé par le réseau La Guilde.
<http://www.hopital-marmottan.fr/laguilde/>



→ LES JOURNÉES DE LA SFA 2016

Alcool et consommations associées :
de la conception à l'adolescence
23-25 MARS 2016, Maison Internationale,
Paris. Organisée par la Société Française
d'Alcoologie.
<http://www.sfalcoologie.asso.fr>

→ AUDITION PUBLIQUE À L'INITIATIVE DE LA FFA SUR LA RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES LIÉS AUX CONDUITES ADDICTIVES

7-8 AVRIL 2016 À PARIS,
Ministère de la santé.
http://addictologie.org/dist/telecharges/FFA2016_Audition-presentation.pdf



La Lettre du Respadd

Bulletin trimestriel
du Respadd
Janvier 2016 - N° 25
ISSN 2105-3820
96 rue Didot
75014 Paris
Tél : 01 40 44 50 26
Fax : 01 40 44 50 46
www.respadd.org
contact@respadd.org

Directeur de Publication :
Anne Borgne

Directeur de Rédaction :
Nicolas Bonnet

Comité de rédaction :
Nicolas Bonnet,
Anne-Cécile Cornibert

Secrétariat : Maria Baraud

Ont collaboré à ce numéro :
Christine Barbier, Nicolas Bonnet,
Anne Borgne, Anne-Cécile
Cornibert, Damien Mauillon,
Soïène Piano, Camille Renaudet,
Corinne Roehrig, Jennifer
Servais-Picord.

© Textes et visuels : Respadd 2016
Bernard Artal Graphisme
Imprimerie Peau

Tirage : 4 000 exemplaires