



14

Actual

CAHIERS THÉMATIQUES DE LA FÉDÉRATION ADDICTION AVRIL 15 6€

Le défi de
l'intervention
précoce

Directeur de la publication Jean-Pierre Couteron

Coordinateur du numéro Jean-Félix Savary

Comité de rédaction Michel Astesano,

Dr Jean-Michel Delile, Dr Patrick Fouilland,

Martine Landié, Nathalie Latour, Marie Villez

Rédactrice en chef Cécile Bettendorff

Journaliste Natalie Castetz

Conception graphique Carole Peclers

Impression 5000 ex. Imprimerie La Petite Presse

couverture : illustration Carole Peclers

Fédération Addiction

9 rue des Bluets 75011 Paris

contact 01 43 43 72 38

www.federationaddiction.fr



L'air du temps et l'intervention précoce



Jean-Félix Savary
Secrétaire général du
Groupement Romand
d'Etudes des Addictions
(GREA), Lausanne

L'intervention précoce est à la mode. Rarement dans notre domaine, un terme n'aura remporté un succès aussi fulgurant que celui de l'intervention précoce.

Chez les professionnels, mais surtout chez les politiques, « l'intervention précoce » offre ce côté magique qui nous donne enfin une réponse simple à un problème complexe. Face à la consommation de psychotropes, il est possible d'intervenir, et de plus, de manière précoce, donc probablement plus efficacement.

Derrière ce joli vocable, nous retrouvons l'esprit de notre temps. Une volonté d'agir sur le réel, coûte que coûte (intervenir), avec un souci marqué d'efficacité (précoce).

Il n'est donc pas étonnant que l'intervention précoce ait rapidement conquis le discours sur les addictions. En premier lieu, nos élus et responsables administrativo-politiques, qui voient dans cette formule une nouvelle manière de s'attaquer aux consommations de psychotropes. Intervenir précocement, la belle affaire. Voici mêlés dans une même expression le besoin impérieux d'être actif face à une réalité qui nous échappe et la volonté d'agir dans l'instant. La notion de précocité associée aux conduites addictives suggère d'être proactif, d'agir par anticipation, vite et juste.

Le doute sur IP

Cette belle unanimité doit bien entendu instantanément réveiller notre esprit critique. Quand tout le monde est d'accord sur un sujet aussi polarisant que les addictions, il y a probablement quelque chose qui a été mal expliqué. Notre domaine complexe résiste toujours à se faire enfermer dans un terme miracle. Il convient donc d'aborder cette nouvelle perspective avec la circonspection qui convient, d'autant plus que l'intervention précoce n'est pas un terme qui vient du domaine des addictions, mais qu'il lui a été appliqué par d'autres, notamment les pouvoirs publics, soucieux de faire baisser le *burden of disease* des problématiques addictives.

Rappelons-nous également que le terme d'intervention précoce a d'abord fait son apparition dans un contexte clairement discriminatoire. En France, il a d'abord été

... / ...

¹ Cf. www.pasdezerodeconduites.fr

proposé pour la prévention de la délinquance par l'INSERM, repris par un ministre de l'intérieur pressé, qui deviendra ensuite président. Il s'agissait de mettre la statistique au service d'une logique de classement en identifiant les individus qui cumulent les facteurs de risques¹, logique forcément porteuse de dynamiques de stigmatisations, et ceci à l'école maternelle déjà (dès 36 mois). En Suisse aussi, le terme apparaît avec un sens des plus ambigus. Nous avons ainsi d'abord parlé de *früherfassung*, à savoir « enregistrement précoce », avant d'arriver sur le terme de *früherkennung*, donc de « repérage précoce ». Dans les deux cas, l'idée est d'appliquer des méthodes tirées des sciences actuariennes pour délimiter des groupes, et de séparer les individus sains des individus à risque, à problème, ou simplement perçus comme dangereux.

Dans les deux cas, il s'agit d'abord de nommer, d'identifier, d'étiqueter des personnes. Séparer le bon grain de l'ivraie en langage biblique.

La logique de classement n'est pas sans risques. Dans le domaine des addictions (mais aussi dans d'autres comme la santé mentale, la migration ou le travail du sexe), le regard jugeant porté par la société peut devenir la principale difficulté. La désignation d'un comportement comme problématique *a priori* charge la personne d'un obstacle supplémentaire. Ainsi, et c'est une vérité, on ne peut désigner un problème sans se donner les moyens de le combattre, faute de quoi on l'aggrave. Comment s'engager alors dans une logique légitime mais qui, potentiellement, comporte des éléments de nature à péjorer une situation, si les moyens nous manquent pour intervenir efficacement ?

L'Intervention précoce

Est-ce dire que l'intervention précoce ne serait qu'un miroir aux alouettes ?

Bien sûr que non. Les opportunités de déployer des actions nouvelles, respectueuses et efficaces existent ! C'est ce que donne à voir le présent numéro. Cependant, la connaissance des pièges que peut comporter le terme reste indispensable.

Il s'agit pour les spécialistes des addictions de se réapproprier une notion pour lui donner le sens le plus conforme possible aux valeurs qui sous-tendent notre travail. Un dépistage qui aurait pour objectif de désigner les infractions à une norme morale se doit d'être combattu. Il en est de même pour toute logique visant à pathologiser des comportements qui font partie de nos sociétés. Par contre, il nous incombe de promouvoir des offres de soutien, de renforcement du milieu et de réduction des risques, pour un public qui n'est pas encore en demande. Les contours de l'intervention précoce doivent donc être redessinés par le domaine des addictions, loin des fantasmes hygiénistes d'une jeunesse idéale, pure et saine, qui serait la seule voie de développement possible.

Il nous faut donc reconstruire le concept d'intervention précoce en repartant depuis les fondamentaux de notre domaine : non jugement, droits humains et accompagnement selon le rythme et les besoins de la personne. Encore une fois, il s'agit de faire place aux besoins des consommateurs et des personnes concernés et de leur proposer une aide, en cas de besoin, qui vise à mieux gérer leur autonomie et à améliorer leur qualité de vie.

Dans le respect de l'utilisateur et de ses choix, tout comme celui de son environnement, il convient donc de proposer des mesures qui permettent à tous de continuer leur chemin, de manière la plus apaisée possible. Celles-ci relèvent du renforcement des facteurs de protection et de la diminution des facteurs de risques.

On retrouve ici les principes qui guident la prévention secondaire et la réduction des risques. En suivant ce chemin et en se gardant des interférences morales, des pistes existent pour venir en appui aux personnes qui peinent à trouver leur chemin avec les substances qui les entourent. En premier lieu les jeunes, bien entendu.

L'intervention précoce peut donc bel et bien nous apporter des solutions.

Elle est porteuse de belles promesses pour rapprocher la prévention de la réduction des risques et faire cesser des distinctions héritées du siècle passé. Elle offre aussi une nouvelle opportunité pour remettre les besoins de l'utilisateur au centre.

C'est non seulement l'unique position envisageable dans une perspective éthique non paternaliste, mais c'est également celle qui nous amène des résultats.

Elle nous permettra également de ne pas tomber dans la tentation d'instaurer des usines à « dépister » pour réprimer des comportements moralement répréhensibles.

L'intervention précoce demande donc avant tout de réfléchir à soi, à sa pratique, à ses valeurs, aux raisons qui nous ont fait choisir de travailler dans ce domaine.

Que voulons-nous faire avec les usagers ? Que pouvons-nous laisser à l'autre ?

Quel est ma légitimité, en tant qu'intervenant socio-sanitaire, à m'immiscer dans le destin d'autrui ? L'intervention précoce ouvre à nouveau ces passionnantes questions, si essentielles dans toute profession qui prétend vouloir aider l'autre.

Le présent numéro explore différentes facettes de l'intervention précoce et présente plusieurs expériences en la matière. Qu'elles viennent enrichir nos pratiques et maintenir nos réflexions en éveil !



Christophe Kurdi

Politologue, auteur du manuel de référence du GREA sur l'IP, consultant freelance



Jean-Pierre Couteron

Psychologue clinicien, CSAPA Le Trait d'Union (92), Oppelia, Président de la Fédération Addiction

L'Intervention Précoce, agir plus tôt, agir moins seul

Cet article présente le modèle d'intervention précoce (IP) du Groupement Romand d'Études des Addictions (GREA). Puis il questionne les modalités concrètes d'implémentation de cette nouvelle forme de prévention dans le champ des addictions. Enfin, il conclut sur le nécessaire changement d'attitude lié à l'utilisation de cet outil prometteur.

1. Le modèle d'intervention précoce du GREA (IP4)

Un modèle en quatre étapes

Le modèle d'intervention précoce du GREA (IP4) est à la fois une attention première portée à l'ensemble des jeunes et une démarche interdisciplinaire / interprofessionnelle qui vise à formaliser et à organiser le soutien nécessaire des jeunes en situation de vulnérabilité.

Le modèle du GREA s'articule autour de quatre grandes étapes (III1).

1. La promotion d'un environnement favorable vise à la fois à augmenter le pouvoir d'agir de l'ensemble de la communauté adulte, des parents et des jeunes, et à construire un contexte citoyen et professionnel bienveillant à l'égard de ceux qui rencontreraient des difficultés.

2. Le repérage consiste à reconnaître, parmi l'ensemble des jeunes, un jeune (en particulier) qui – par son comportement, ses dires, etc. — laisserait transparaître des signes de l'existence d'une situation de vulnérabilité.

3. L'évaluation a comme objectif d'invalider ou, au contraire, de confirmer l'existence d'une situation de vulnérabilité. Elle permet également de déterminer – avec le jeune – la nécessité et la forme possible d'une intervention.

4. La « prise en charge » prend en compte les ressources et déficits du jeune et de son environnement et vise à améliorer son autonomie en intervenant sur les facteurs (modifiables) de risque et de protection.

Quels sont les éléments-clés de ce modèle ?

Un modèle global et fédérateur. Le modèle « IP4 » fournit un cadre conceptuel qui intègre – dans une même démarche – différentes pratiques professionnelles qui jusqu'alors étaient pensées et mises en œuvre de manière disparate. C'est un élément essentiel de son

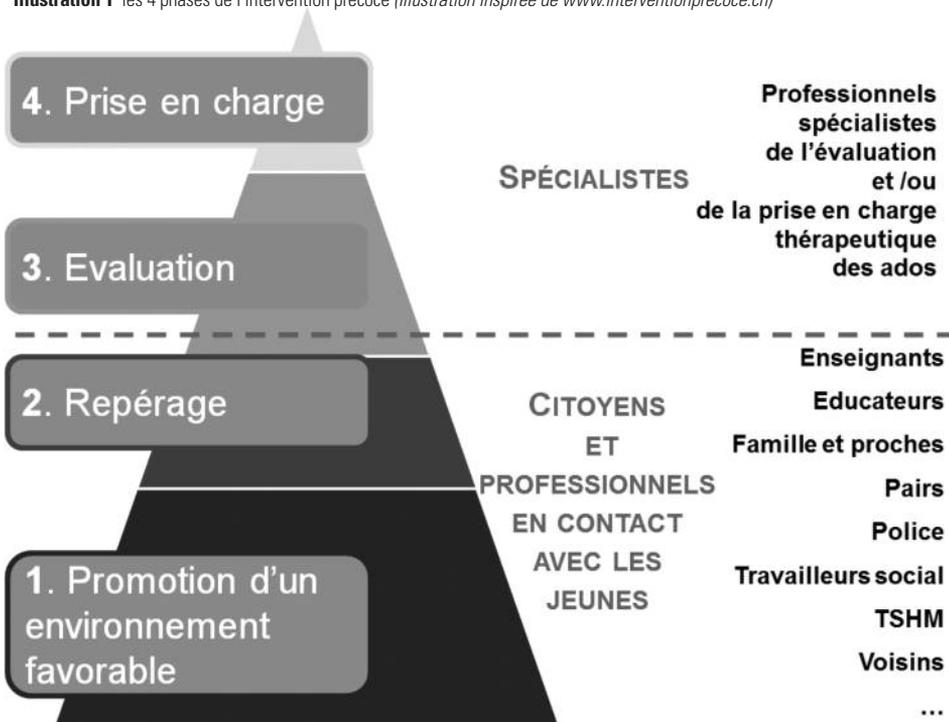
intérêt : permettre un assemblage plus organisé d'éléments qui ont en eux-mêmes été validés et ont fait preuve de leur intérêt. En cela, l'IP4 est une méthodologie pour les acteurs de terrain, un mode d'emploi.

Un modèle ouvert. Le modèle « IP4 » désigne quatre objectifs opérationnels. Le choix de la méthode pour atteindre ces objectifs est laissé à ceux qui la mettent en œuvre sur le terrain. La seule règle contraignante étant « *qu'il est inutile de mettre en évidence une situation de vulnérabilité, et donc les lacunes d'un jeune, si l'on n'a rien à lui proposer* ».

À titre d'exemple, en matière de repérage (étape 3), l'observation et la prise en compte des signes d'appel se prêtent particulièrement bien à un cadre comme celui de l'école, alors que l'utilisation de questionnaires ou de guides d'entretien fait sens dans des univers comme le cabinet médical, le service d'urgences d'un hôpital ou encore le bureau d'un psychologue ou

... / ...

Illustration 1 les 4 phases de l'intervention précoce (Illustration inspirée de www.interventionprecoce.ch)



Le modèle « IP4 », à la croisée des concepts

D'un point de vue conceptuel, le modèle « IP4 » relève à la fois de :

- La « promotion de la santé », du « travail communautaire » ou encore du « travail socio-éducatif », dans sa volonté d'augmenter le pouvoir d'agir de l'ensemble de la communauté adulte, des parents et des jeunes, et de contribuer à leur bon développement¹ ;
- La « prévention secondaire »² dans ses objectifs et dans le moment de l'intervention : il s'agit d'enrayer au plus tôt l'évolution d'un phénomène en intervenant auprès des individus ayant développé les premiers symptômes d'une problématique ;
- La « prévention indiquée »³ dans son ciblage et sa logique d'action : il s'agit, sur la base du niveau de risque, d'intervenir auprès des individus les plus vulnérables au développement d'une problématique et/ou se trouvant déjà exposés au risque.

d'une infirmière scolaire. En France, des « outils » divers ont été expérimentés comme Roc-Ado (IPPSA) ou le CAST (Spilka, OFDT). Citons également l'exemple de la fiche AGEVEN, une fiche biographique utilisée initialement au cours d'enquêtes pour retracer le parcours de consommation de tabac, de cannabis et d'alcool au cours de l'adolescence. En encourageant les jeunes à s'interroger sur les raisons qui peuvent expliquer le développement de leurs consommations, la visualisation de la fiche semble susciter la prise de conscience et entraîner une réduction des consommations ou une démarche d'arrêt. Cette réflexion est née d'une investigation auprès de 93 élèves dans un lycée de la région parisienne, entre décembre 2009 et février 2010⁴.

La notion de subsidiarité. Dans ce modèle, elle est primordiale. Le travail des spécialistes de l'addiction est pensé comme subsidiaire aux autres formes de soutien qui pourraient être mises en œuvre en amont. L'évaluation tout comme l'intervention spécialisée (psychosociale / socio-sanitaire) sont donc considérées comme un plus, et non pas comme l'*alpha* et l'*oméga* de ce qui est entrepris auprès des jeunes (III 2). L'Intervenant en intervention précoce doit connaître et reconnaître les compétences des autres acteurs

professionnels et des proches des jeunes. Afin d'éviter les malentendus, il se doit d'être très explicite : « *il ne s'agit pas de se substituer à vos actions ; il s'agit de les compléter en vous offrant « quelque chose » (un service, une procédure, des adresses, etc.) vers quoi vous pouvez vous tourner en cas de besoin* ».

Un modèle collaboratif et complexe. Le bon fonctionnement d'IP4 est entièrement tributaire de la collaboration des citoyens et professionnels qui sont en contact avec les jeunes de manière régulière (famille, école, club sportif, association de quartier, etc.) ou lors de situations de crise (services d'urgences des hôpitaux, police, justice des mineurs, etc.). Cette configuration est inédite pour les professionnels des addictions. Elle requiert de gros efforts de communication et de clarification. Elle pose la question d'un langage commun et d'une capacité à comprendre et à articuler les différentes logiques professionnelles. Cette question est importante, en France notamment, où la place de l'interdit pénal est restée dominante.

Pavé de bonnes intentions. Au centre d'IP4 se trouve un jeune « en situation de vulnérabilité ». Dès lors, bien qu'il soit louable de vouloir rationaliser un processus qui le conduira le plus rapidement possible vers une intervention adéquate, il est nécessaire de prendre acte de ses spécificités et de l'entourer d'un

¹ Des programmes de prévention – basés sur des stratégies d'intervention ayant montré leur efficacité (evidence-based) – doivent être privilégiés et implantés dans les systèmes de droit commun tels que le milieu scolaire. L'Expertise collective Inserm sur les conduites addictives des adolescents émet des recommandations en ce sens et cite des travaux de l'INPES et des programmes de référence (Cf Laventure, Faggiano-Unplugged, Kumpfer et SFP, Life Skills Training, Alert, Unplugged, STAR, etc.). Il est démontré que les actions les plus efficaces s'inscrivent dans un cadre multi-interventionnel (qui cible plusieurs facteurs à la fois) et multi-systémique (qui agit sur l'ensemble des systèmes sociaux et institutionnels d'appartenance).

² G. Caplan, *Principles of Preventive Psychiatry*, New York: Basic Books, 1964.

³ R. Gordon, "An Operational Classification of Diseases Prevention," *Preventing Mental Disorders: A Research Perspective*, Washington DC: J. Sternbert & M. Silvermann (National Institut of Mental Health), 1987.

⁴ Sahed Imaine, « La fiche Ageven : entre outil de collecte des biographies et outil de prévention. Piste de réflexion sur la prévention de comportements à risque à l'adolescence par l'auto-réflexion », Interrogations, n°19, 2014 – Disponible sur www.revue-interrogations.org

Illustration 2 Les acteurs de l'intervention précoce

Au centre d'IP4 se trouvent le jeune et son environnement direct, puis les professionnels de « première ligne » puis, à sa périphérie, les spécialistes de l'évaluation et de l'intervention psycho-socio-sanitaire (dont les addictologues et les spécialistes de la jeunesse)



certain nombre de protections qui, par exemple, pourrait s'inspirer de la Convention onusienne relative aux Droits de l'Enfant⁵.

2. Quelques enjeux de l'implémentation d'un modèle d'intervention précoce

Étant donné l'importance des cultures professionnelles et de l'architecture institutionnelle, le développement et l'implémentation d'un modèle d'intervention précoce ne saurait être conduit de manière identique dans les différents pays concernés. Les « recettes » ayant fait leurs preuves en Suisse – dont les politiques éducatives, sociales et sanitaires relèvent de la liberté de chacun des 26 cantons – ne sauraient être reprises telles quelles dans l'Hexagone. Ceci étant dit, il est possible de rappeler ici quelques éléments de nature à faciliter la mise en œuvre « raisonnée » d'un tel modèle.

Définir les objectifs de la méthode IP

Stricto sensu, l'intervention précoce désigne une marche à suivre afin d'agir le plus rapidement possible sur le développement d'une problématique qui concerne un individu en particulier. En tant que méthode, elle n'inclut aucun objectif prédéfini et peut être utilisée par des politiques divergentes, voire antagonistes : actions concertées

visant l'inclusion, ou politiques sécuritaires visant l'exclusion (dépistage de masse dans l'objectif d'une « normalisation » des individus). Dans le contexte actuel, marqué à la fois par un retour des populismes et une « modernisation » de l'action publique qui a pris la forme d'une individualisation des prestations et sanctions, il n'y a rien d'étonnant à ce que l'intervention précoce suscite des craintes et questions quant aux finalités poursuivies. Dans le domaine des addictions, les alcootests et le dépistage des drogues ont placé la prévention indiquée à proximité des sanctions pénales, parfois même en lien direct avec elles. Avec un tel passif, l'intervention précoce peut faire peur et se retrouver assimilée au dépistage de masse pour identifier et conformer les individus qui s'écarteraient trop de la norme.

Le message des professionnels des addictions se doit donc d'être clair et rassurant : il ne s'agit ni de médicaliser, ni de psychiatriser la société, ni de dépister pour normaliser. Il ne s'agit en aucune façon de réduire l'intervention précoce à un test, quel qu'il soit, dans le but de repérer les individus déviants, afin de normaliser au plus vite leur comportement.

... / ...

⁵ Disponible sur le site de l'ONU : <http://www.ohchr.org/fr>

Et, parce que les mots ne suffisent pas, **les professionnels se doivent également de mettre en place des garde-fous concrets** : il est par exemple fondamental de clarifier – avec l'ensemble des parties prenantes – les objectifs poursuivis par la démarche, et de délimiter les moyens utilisables par l'équivalent d'une charte éthique⁶.

Associer un cadre structurant et des modalités locales d'adaptation

Pour exister, l'intervention précoce demande à être réappropriée par les acteurs concernés, en priorité par les proches des jeunes et par les professionnels en contact avec ces derniers.

Les proches des jeunes jouent un rôle prépondérant dans l'initiation d'une demande d'aide : la connaissance des institutions de référence en matière d'évaluation est primordiale. L'intervention précoce ne se résume pas au fait d'accompagner un proche vers un centre de référence ; toute une partie de son action vise à soutenir le pouvoir d'agir des personnes concernées à des titres divers. Quels que soient les efforts d'adaptation faits par les professionnels, reconnaître une difficulté et orienter un jeune constituent une violence symbolique qu'on ne peut négliger : elle prend la forme d'un deuil sur la capacité du proche à comprendre et à agir directement sur la situation – non pas d'un « *jeune-potentiellement-en-situation-de-vulnérabilité* », mais bien de leur enfant, fille, fils, frère, sœur, etc.

S'agissant **des professionnels en contact avec les jeunes**, la stratégie pour les impliquer relève de la prévention indiquée ; pour autant, la mise en place d'une démarche d'intervention précoce ne saurait en aucun cas être conduite de façon aussi mécanique que ce qui a été entrepris, par exemple, dans le cadre de campagnes de vaccination ou de dépistage de maladies. Étant donné la diversité des cultures professionnelles appelées à jouer un rôle en matière d'intervention précoce et la singularité des tissus institutionnels locaux, son implémentation ne saurait être décrétée par le haut (*Top-down*), ni induite par le bas (*Bottom-up*). Elle ne peut naître que de la rencontre équilibrée entre, d'une part, une approche descendante qui garantit la production de conditions cadres favorables à l'intervention précoce et, d'autre

part, une approche ascendante qui permet une co-construction sur le plan local d'une démarche avec les professionnels concernés. Cet équilibre est à ajuster en permanence.

Le cadre institutionnel et les décisions politiques peuvent favoriser « par le haut » l'intervention précoce, par exemple :

- l'existence d'institutions et/ou de dispositifs dédiés à la jeunesse⁷ ;
- la production au sein de chaque champ professionnel concerné de directives professionnelles relatives à l'IP ;
- l'élaboration d'un cadre législatif contraignant et transverse⁸ ;
- la production de connaissances scientifiques de base et évaluatives ;
- les formes de financement adaptées au travail en réseau⁹.

Lancée depuis deux ans en France, **la rénovation des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC)**, soutenue par une campagne média portée par le ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, l'INPES et la MILDECA, répond à ces conditions¹⁰. En région, les Agences Régionales de Santé relaient et adaptent ce cadre national « commun ». En lien avec La Fédération Addiction, elles ont organisé des journées régionales sur les CJC en 2013, et mettent actuellement en œuvre 22 sessions de formation à l'intervention précoce à destination des professionnels¹¹. Ce travail en cours permettra sans doute de lever certains obstacles, d'harmoniser les pratiques et de rassurer les

⁶ À titre d'exemple, voir : GREA, OFSP et Fachverband Sucht, « Intervention précoce – Adaptation de la charte d'Olten », 2011 – Disponible sur www.interventionprecoce.ch

⁷ Dans son ensemble comme à chacune de ses « étapes », la démarche d'IP a vocation à alimenter les services dédiés à la jeunesse grâce aux compétences spécifiques des acteurs de l'addictologie, et vice versa.

⁸ Voir par ex. l'art.3 c de la LStup (Loi suisse sur les stupéfiants)

⁹ Bien souvent, en matière de prise en charge, les besoins du jeune ne correspondent pas à ce que peut offrir une institution. Il s'agit donc de créer, sur mesure, un environnement rhizomique, basé sur les besoins du jeune, qui – dans l'idéal – s'étendra en direction des ressources naturelles de celui-ci (famille, amis) et des ressources institutionnelles spécialisées.

¹⁰ En Suisse, en raison de l'absence d'institutions clairement identifiables sur le plan national, une telle campagne est difficilement imaginable.

¹¹ Pour en savoir plus, consultez la rubrique « La Fédération en action (s) » p. 70.

différents acteurs sur leurs compétences et leurs rôles en matière d'addictions.

Quant à la co-construction d'une démarche d'intervention précoce, les professionnels peuvent s'inspirer des bonnes pratiques en matière d'élaboration des politiques locales et reprendre à leur compte des techniques qui ont fait leurs preuves comme, par exemple, l'utilisation de **démarches participatives** ou encore la mise en place d'un **organe de pilotage représentatif**.

Dans ce registre, en France, les méconnaissances héritées d'une organisation en filière, enfermant chacun dans son champ de travail et dans sa logique d'action, sont à mettre en question dans le cadre d'une logique de subsidiarité.

3. Éléments pour une conclusion

Rendre à César ce qui appartient à César

Dans la perspective d'offrir le plus rapidement possible un appui aux jeunes en situation de vulnérabilité, le modèle d'IP du GREA aurait pu se contenter d'une formalisation en trois étapes : repérage (d'une situation de vulnérabilité possible), évaluation et prise en charge.

Une telle formalisation aurait gagné en clarté conceptuelle. Mais, en faisant l'impasse sur l'environnement socio-économique des jeunes (i.e. les « déterminants sociaux de la santé »), et en niant le rôle primordial joué par la communauté dans sa capacité à répondre aux problèmes de ces derniers (au travers du soutien « profane » des proches, *via* le travail communautaire), un tel modèle serait passé à côté d'un pan entier de la réalité et aurait perdu de sa capacité à fédérer.

À la simplicité, le GREA, tout comme la Fédération Addiction qui en partage l'analyse, a donc préféré un modèle plus complexe, mais qui a l'avantage de *rendre à César ce qui appartient à César* : le bon développement des jeunes relève de la société dans son ensemble et ne saurait dépendre des seuls spécialistes des addictions.

Tout au plus peuvent-ils – parfois – y contribuer avec le recul nécessaire à l'approche de ces comportements.

Travailler avec l'Autre

Jusqu'à présent, en matière d'addictions, le soutien à l'ensemble des jeunes passait par des campagnes de prévention primaire ou, plus récemment, par la mise en œuvre d'actions de type promotion de la santé visant à améliorer les compétences génériques des jeunes (par exemple la confiance en soi).

Quant au soutien des jeunes en difficulté, il prenait la forme d'une attente de leur venue dans les centres spécialisés (traitement) ou d'un travail hors les murs développé dans le cadre de la réduction des risques (*outreach work*).

Avec l'intervention précoce, le champ professionnel des addictions dispose d'un nouvel outil prometteur, mais dont l'utilisation *in fine* **est soumise à la bonne volonté de l'Autre** (i.e. des « non professionnels des addictions »). Cette configuration inédite est inconfortable, non pas tant d'un point de vue technique ou organisationnelle (choix de partenaires stratégiques, élaboration de protocoles, etc.), mais parce qu'elle nous oblige à convaincre, à rassurer et parfois même à questionner les « évidences doxiques » sur lesquelles repose notre pratique professionnelle.

Bien que parfois désagréable, cette exigence de clarté envers l'extérieur (autrui) peut être considérée par les professionnels des addictions comme une opportunité de préciser, sur le plan local, les domaines de compétences et apports spécifiques de leurs pairs.

Face à des situations souvent complexes, l'intervention précoce est une méthode éprouvée qui permet d'en saisir toutes les composantes et d'accompagner de manière optimale les jeunes, du repérage à la prise en charge, en passant par l'accueil et le travail en réseau. La fin de la prise en charge ne prend de sens que si la promotion d'un environnement favorable est à l'œuvre, car au-delà des vulnérabilités individuelles, c'est toute la société qui se doit d'évoluer pour favoriser le mieux-être de chacun. Ainsi, les différentes étapes d'IP4, interdépendantes, s'inscrivent dans une dynamique sans cesse renouvelée.

Pour aller plus loin

• **Le site www.intervention-precoc.ch**

Réalisé à l'initiative du GREA, ce site propose des ressources en lien avec l'intervention précoce : le concept, une base d'expériences, des outils et supports, le point sur la législation internationale, suisse et des cantons romands, mais aussi un panorama des modules de formations proposées en lien avec le sujet. On peut également y commander deux brochures :

- la brochure IP, qui présente la démarche illustrée de bonnes pratiques et de recommandations de mise en œuvre
- la brochure Ados, un manuel de réflexion et d'action écrit par des professionnels qui travaillent avec des adolescents et dans le champ des addictions

• **Prévention des conduites addictives destinée aux jeunes : structurer et mettre en œuvre une stratégie territoriale**

Ce guide méthodologique, à destination des acteurs des collectivités territoriales, propose :

- un socle de connaissances préalable à la mise en œuvre d'une stratégie territoriale de prévention et d'intervention précoce en addictologie
- un processus d'implantation d'un dispositif à composantes multiples dédié à la prévention et à la prise en charge précoce des addictions sur un territoire de proximité

Ce processus se déroule en 6 étapes : délimiter le périmètre d'intervention, consulter les acteurs pivots du futur dispositif et monter le comité de pilotage, réunir les acteurs et mettre en place une formation, réaliser un diagnostic partagé, définir les axes prioritaires pour l'action et constituer les groupes de travail et enfin, évaluer l'action.

Guide disponible gratuitement sur demande auprès du Groupe de Recherche sur la Vulnérabilité Sociale :
association.grvs@gmail.com, ou du Respadd :
contact@respadd.org

Reynaud-Maurut C., *Prévention des conduites addictives destinée aux jeunes : structurer et mettre en œuvre une stratégie territoriale*, GRVS, 2015



- Accueil
- Concept
- Brochure IP
- Brochure Ados
- Formations
- Expériences romandes
- Ressources
- Bases légales
- Adresses

INTERVENTION PRÉCOCE

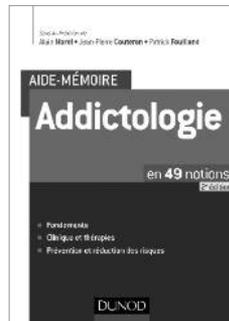
La démarche d'intervention Précoce vise à promouvoir un environnement favorable à la santé et à renforcer les compétences éducatives de tous les membres de la communauté pour mieux accompagner les jeunes en situation de vulnérabilité. Il ne s'agit pas seulement de prévenir ou traiter des difficultés liées que soient familiales, scolaires, violence, consommation de substances et autres comportements à risque, mais également de renforcer la résilience collective d'un contexte social plus favorable au développement des jeunes.

- ▶ Le GREA et ses partenaires proposent plusieurs formations utiles à la mise en place d'une démarche d'intervention Précoce. Ces formations sont focalisées de près en lien et de partage d'expériences entre différents professionnels, qui pourront aborder les différentes applications de l'IP selon les particularités des contextes. Se former.
- ▶ Vous trouvez sur ce site toutes les adresses des organismes ressources en matière d'intervention Précoce triées par cantons. Consulter les organismes ressources.

• **Le chapitre « Intervention précoce » de l'Aide-mémoire en addictologie**

Alain Morel et Sophie Goutte proposent un chapitre entier dédié à l'intervention précoce dans l'édition revue et augmentée de l'*Aide-mémoire en addictologie*. Ils reviennent sur les différentes étapes de la démarche, dressent un panorama des acteurs du dispositif et des actions menées auprès du public. Ils évoquent enfin les avancées de la recherche en la matière, et illustrent leurs propos de nombreuses expériences de terrain. *L'Aide-mémoire en addictologie 2^e édition*, écrit sous la direction d'Alain Morel, Jean-Pierre Couteron et Patrick Fouilland, est disponible aux éditions Dunod.

Il propose, en 49 fiches synthétiques, les notions clés de l'addictologie : fondements, clinique, thérapies, modes d'intervention, législation.



Développement du cerveau et conduites à risques : l'adolescence, une période charnière

Dr Fabien Gierski

Université de Reims Champagne Ardenne

Pr Mickael Naassila

Université de Picardie Jules Verne - INSERM

L'adolescence est une période spécifique durant laquelle ont lieu une multitude de changements sur les plans social, physiologique, psychologique, cognitif et neuro-anatomique. Le cerveau d'un adolescent n'est pas « achevé » : on sait maintenant qu'il mature jusqu'à 25-30 ans. Ce « non achèvement » est facteur de risques supplémentaires en cas d'usage de substances psychoactives neurotoxiques. L'adolescent est donc très sensible à cette toxicité qui va laisser des traces à long terme, en raison notamment de la neuroinflammation qui « attaque » les neurones et la substance blanche. Le but de cet article est d'en donner les principales caractéristiques, en lien avec la nécessité d'une intervention précoce susceptible d'en éviter les risques. L'exemple du *binge drinking* illustrera ces atteintes tant au niveau neuropsychologique et fonctionnel que structural.

Le développement du cerveau à l'adolescence : quelques rappels

À l'adolescence, la formation de la gaine de myéline se poursuit dans le cortex frontal, alors qu'elle s'est achevée dans les cortex moteurs sensoriels durant les premières années de vie. Cette myélinisation progressive des axones sert à accélérer le flux d'informations. Elle entraîne une augmentation de la substance blanche corticale.

Le développement des aires corticales se fait à des âges différents selon les aires concernées.

Les régions sensorimotrices primaires et dorso-pariétales augmentent leur activité entre 4 et 8 ans : elles servent essentiellement à traiter les informations de sensibilité somatique, au système visuel, aux processus attentionnels ou encore à planifier le mouvement. Elles sont suivies par les aires pariétales du langage et de l'orientation spatiale vers 11-13 ans, qui permettent l'acquisition de la perception et l'interprétation des relations spatiales entre les objets, celle du schéma corporel, ainsi que l'apprentissage des tâches nécessitant la coordination du corps dans l'espace. Enfin, les aires frontales sont les dernières à subir la maturation jusqu'à la fin de l'adolescence (20-25 ans). Ces aires sont en charge des fonctions exécutives, d'où leur importance, qui sera précisée plus loin.

Le second processus qui se poursuit dans le cortex préfrontal est l'augmentation de la densité synaptique suivie par une période d'élagage (Fig.1)

... / ...

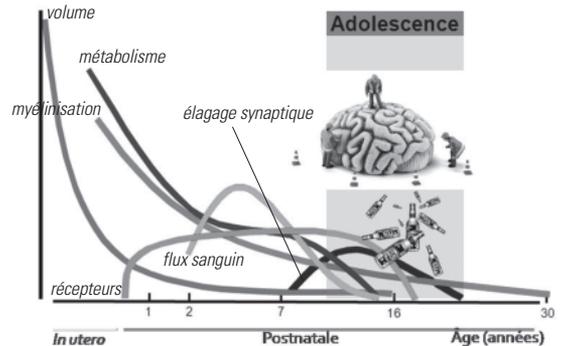


Figure 1 Processus neuromaturationnels ayant lieu pendant l'adolescence. *Noter la poursuite de l'ajustement du nombre de synapses (élagage) et de la myélinisation de manière intensive durant les années de l'adolescence.*

Cet élagage correspond à une élimination des connexions inutiles entre les neurones, tandis que d'autres sont maintenues, renforcées ou nouvellement établies. Les études d'imagerie chez l'homme ont démontré que le volume du cortex préfrontal diminue à l'adolescence, et que cette diminution est associée à une amélioration de la connectivité. On observe ainsi une diminution des synapses excitatrices glutamatergiques, accompagnée par une augmentation des inputs dopaminergiques et sérotoninergiques, qui déclinent ensuite.

Ces remodelages des circuits neuronaux ont des conséquences directes sur les vécus de l'adolescent et sur son appréhension du monde. Ils représentent des acquis des sciences cognitives qui convergent et complètent des observations cliniques. Ces remodelages sont associés à des modifications fonctionnelles cognitives et à l'acquisition des fonctions exécutives (réponse inhibitrice, attention, mémoire de travail). Ces fonctions exécutives ont un rôle essentiel dans la capacité de décision et de résolution de problème, d'une façon très pragmatique.

Si l'on prend l'exemple de la consommation d'alcool, son effet délétère chez les adolescents a été mis en évidence, aussi bien à l'aide de paradigmes neuropsychologiques que de protocoles en imagerie. Chez des adolescents âgés de 16 à 18 ans et ayant un mésusage de l'alcool, on a pu constater une faible performance dans des tâches mesurant les capacités d'inhibition et de flexibilité mentale, et une diminution du temps de réaction dans des tâches nécessitant une réponse rapide. Des études ont aussi mis en évidence des conséquences variables en fonction du sexe : les performances dans les tâches de flexibilité mentale sont davantage altérées chez les filles que chez les garçons ayant des conduites de *binge drinking*. Une étude espagnole a évalué à l'aide d'une batterie de tests neuropsychologiques classiques les performances de jeunes *binge drinkers* (19 ans) : les résultats ont montré que leur performance globale était inférieure à celle des jeunes ayant une consommation modérée et qu'il s'apparentait sur plusieurs points à celui de sujets âgés sains, conduisant les auteurs à comparer les effets du *binge drinking* à celui d'un vieillissement prématuré.

Pour compléter ce tableau, il faut s'intéresser à une autre structure qui subit un remodelage important : l'hippocampe, qui est impliquée dans l'apprentissage et la mémoire. Le volume de l'hippocampe augmente pendant l'adolescence avec une diminution de la substance grise et une augmentation de la substance blanche.

Effets des consommations sur le développement neurologique : l'exemple de l'alcool

La vulnérabilité particulière des adolescents vis-à-vis de l'alcool et des autres substances psychoactives s'expliquerait notamment par la maturation tardive des régions corticales frontales, impliquées dans les fonctions exécutives comprenant la flexibilité cognitive, l'auto-régulation, le contrôle inhibiteur (véritable « frein » sur nos comportements), la capacité à juger les conséquences de ses actes, l'évaluation des risques et de la récompense et la planification. Il y a donc un « retard » des zones du contrôle et de l'analyse objective, dont l'effet est, en symétrie, accentué par une trop forte activation d'autres régions cérébrales, notamment l'amygdale, impliquée dans les émotions, le conditionnement et la peur. L'amygdale est mature plus précocement sous l'influence notamment des hormones à la puberté, alors que le contrôle inhibiteur en provenance des régions corticales frontales, encore immatures, n'est pas bien établi. Le développement normal à l'adolescence permet d'inverser cette balance pour rétablir, grâce à la plus forte activité des régions corticales frontales, une diminution de celle de l'amygdale (fig. 2).

Il est donc essentiel de préserver ce développement complet, pour atteindre un point d'équilibre entre fonctions de contrôle et émotions. D'où l'importance de retarder l'exposition précoce à des expériences d'usages qui seraient doublement dangereuses : par leur effet à court terme, en terme de risque d'accident, et par leur effets à moyen et long terme, en retardant/déséquilibrant le processus naturel de rééquilibrage. Dans l'exemple des alcoolisations aiguës des adolescents, on observe, au delà des risques à court terme (accidentologie, coma et décès), des risques

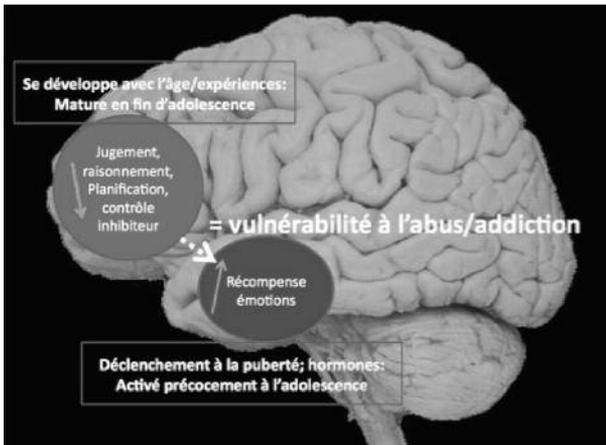


Figure 2 Fonctionnement cérébral caractéristique de l'adolescence

L'adolescence se caractérise par une hypoactivation des régions corticales frontales encore immatures impliquées dans la planification et le contrôle du comportement et, à l'inverse, d'une hyperactivation de la région de l'amygdale impliquée dans les émotions, le stress et le conditionnement. Cette dernière structure est mature très tôt dans l'adolescence. Ces niveaux d'activité, qui sont aussi caractéristiques de l'addiction, confèrent aux adolescents une vulnérabilité accrue aux comportements addictifs (fiil. M. Naassila).

sanitaires à moyen et long terme. La consommation d'alcool à l'adolescence est un facteur de risque important dans la vulnérabilité à développer une addiction à l'alcool (risque multiplié par 2 environ pour la dépendance sur la période de vie entière; et risque multiplié par 5-6 pour un accident de la route lié à l'alcool). La recherche sur l'animal a bien démontré que les intoxications alcooliques répétées, spécifiquement pendant la période de l'adolescence, augmentent la vulnérabilité à consommer de l'alcool à l'âge adulte, et que cela est associé à une moindre réponse du circuit cérébral de la récompense suite à une ré-exposition à l'alcool. Cela s'apparente quelque peu au syndrome de déficit de récompense et il faut reconsumer plus d'alcool pour activer suffisamment le circuit cérébral de la récompense.

La consommation précoce d'alcool vient ainsi perturber ces processus de maturation, le cerveau adolescent étant beaucoup plus sensible aux effets toxiques de l'alcool comparativement à celui de l'adulte. Les régions de l'hippocampe, du cortex préfrontal et du cervelet sont particulièrement touchées par la consommation excessive d'alcool à l'adolescence. Les preuves de cette sensibilité accrue sont de plusieurs natures et ont été mises en évidence chez l'homme, mais aussi à partir des modèles animaux. Dans quelle mesure les déficits cognitifs causés par le *binge drinking* sont-ils durables si la consommation d'alcool diminue ou est stoppée ? Les résultats des premières études apparaissent assez encourageants.

Ainsi, une abstinence sur une durée d'un mois semble permettre une amélioration des capacités cognitives.

En conclusion

Les chiffres de la consommation d'alcool chez les jeunes en France sont tristement mauvais. La prévalence des alcoolisations ponctuelles importantes (plus de 5 verres par occasion), qu'elles soient répétées (>3 par an) ou régulières (>10 par an), est en augmentation chez les jeunes de 17 ans. L'âge moyen de la première ivresse est de 15 ans en France, et les consommations et les ivresses s'intensifient dès les années collège. Tous les jours, des ados – voire des pré-ados – finissent aux urgences pour intoxication éthylique. Les années post-bac sont la période où les consommations extrêmes, paroxystiques, voire « jusqu'à la mort », sont fréquentes. On apprend maintenant à « gérer » les comas éthyliques en soirées et le *binge drinking*, au-delà de sa définition standard, témoigne de ce « goût de l'excès » que portent nos sociétés. Au total, le cerveau des jeunes ayant un mésusage de l'alcool est en souffrance neuronale, fonctionne moins efficacement et plus lentement, et présente des altérations qui semblent se situer sur un *continuum* avec celles observées chez les sujets alcoolo-dépendants.

Plusieurs points paraissent importants à souligner pour conclure :

- Les filles seraient plus vulnérables du point de vue cognitif et cérébral. Selon des auteurs, cette plus grande vulnérabilité pourrait venir de différences constitutionnelles ayant des effets sur le métabolisme de l'alcool (une même quantité d'alcool n'a pas le même effet sur une femme et sur un homme, notamment en raison du volume de distribution ou de facteurs génétiques concernant les enzymes impliquées dans le métabolisme). D'autres auteurs ont suggéré que ces différences pourraient provenir du fait que le cerveau des filles aurait un à deux ans d'avance sur celui des garçons en termes de maturation, ce qui lui conférerait une plus grande susceptibilité aux effets toxiques de l'alcool. Cette hypothèse va néanmoins à l'encontre de l'observation selon laquelle plus la consommation est précoce et plus les altérations cognitives et cérébrales sont importantes.
- Beaucoup d'études sur les jeunes « mésusant » de l'alcool ou alcoolo-dépendants rapportent que les sujets sont plus souvent des fumeurs, des consommateurs de cannabis et parfois également d'autres drogues. Il n'est donc pas exclu que les déficits cognitifs et les dommages cérébraux observés soient aussi dus à la polyconsommation. Néanmoins, d'une part, il faut aussi considérer que cela reflète une réalité clinique dont il faut tenir compte afin d'avoir des résultats plus écologiques ; et d'autre part, certaines études ont spécifiquement mis en évidence des effets chez des adolescents ayant uniquement un abus ou une dépendance à l'alcool.
- Le mésusage de l'alcool à l'adolescence provoque des altérations cognitives et cérébrales quantitativement moins importantes mais qualitativement similaires à celles observées chez les sujets alcoolo-dépendants. Ce fait suggère l'existence d'un *continuum* des troubles liés à l'alcool. Toutefois, en considérant les observations d'une autre façon, plusieurs auteurs ont suggéré que les altérations observées pouvaient être le fait non seulement de l'alcoolisation, mais aussi de l'existence de facteurs individuels préexistants, agissant en tant que facteurs de vulnérabilité, de prédisposition envers l'alcool.



À Genève, l'association de prévention contre le jeu excessif « Rien ne va plus » reçoit près d'un appel par jour en moyenne. Pour aider les jeunes et leur entourage, Niels Weber, psychologue en thérapie familiale et chargé de projet à l'association, propose une vision constructive sur l'utilisation des nouvelles technologies.

Écrans et jeux vidéo : l'envers du jeu

Actal. *Les nouvelles technologies de communication, jeux vidéos, médias numériques ont envahi nos pratiques et modifié nos comportements. À partir de quand parle-t-on d'addiction, de dépendance ?*

Niels Weber. Nous évitons de trop utiliser le terme d'addiction, très catégorisant, ou celui de « cyberdépendance » : la dépendance implique une réaction physiologique à un manque, ce qui ne s'applique pas à ce type de comportement. Je leur préfère les termes d'« usage excessif » et un consensus s'établit actuellement en Suisse autour de l'« hyperconnectivité problématique » : nous considérons que nous sommes tous hyperconnectés aujourd'hui, ce que nous vivons très bien pour la plupart d'entre nous. Mais cette hyperconnectivité peut parfois prendre trop d'importance chez certaines personnes et, alors, devenir problématique.

Selon quels critères déterminez-vous que l'usage des écrans devient « excessif » ?

Il n'y a pas de critère objectif pour déterminer à partir de quand un jeu est excessif. Chaque cas est différent, en fonction du comportement de chacun, de ses loisirs, du contexte. Nous pouvons passer des heures chaque jour devant un écran sans que cela pose problème. Les représentations de cette pratique sont aussi très diverses : des parents peuvent s'inquiéter parce que leur enfant joue une heure par jour et d'autres pensent que tout va bien alors que leur enfant passe 10 heures le samedi devant l'écran. Le seul critère que nous prenons en compte est la souffrance. Il peut s'agir de la souffrance du joueur qui fait la démarche de nous appeler parce qu'il ne veut plus continuer à vivre dans cette consommation de jeux vidéo ou de jeux en ligne ; il s'agit le plus souvent de la souffrance de l'entourage, des parents, conjoints, amis, collègues qui nous appellent parce qu'ils ne parviennent plus à cadrer cette activité et ont besoin d'aide.

Que constatez-vous dans les comportements des jeunes ? Davantage d'isolement, de repli sur soi, d'éloignement du réel ?

Je vois une évolution dans le sens de la complémentarité : pour ces jeunes, la coexistence du numérique et du réel est devenue naturelle, il n'y a plus cette distinction ou opposition entre le virtuel et le réel, et cela ne prend pas non plus la direction d'un isolement. Les jeunes passent du temps en ligne pour entrer en contact et discuter avec les gens qu'ils connaissent, pour ne pas jouer seuls, ou pour jouer seuls et ensuite en parler avec les copains à l'école. Tous les jeunes sont hyperconnectés, de tous les milieux sociaux, les garçons préférant les jeux et les filles les réseaux sociaux. Le but est le même : entrer en contact avec des gens, trouver un environnement qui leur plaise.

On accuse pourtant les nouvelles technologies de tous les maux : elles sont chronophages, incitent à la violence pour certains jeux, isolent, peuvent provoquer manque de sommeil, surpoids...

Le jeune ne va plus en cours, ne répond plus au téléphone, ne voit plus ses amis, n'a plus d'autres activités ? Nous voulons préserver une vision circulaire de la problématique : ce n'est pas forcément parce que l'on joue beaucoup que l'on échoue à l'école. Cela peut être aussi parce que l'on rate son année à l'école que l'on joue beaucoup : le jeune n'y trouve pas de valorisation, ne parvient pas à se faire des amis, ne comprend pas ce qu'on attend de lui, tout ce qui est beaucoup plus simple dans un jeu vidéo qui va alors servir de refuge.

Quant à la violence, nous sommes convaincus que le *stimulus* violent de certains jeux ne déclenche pas de comportement violent chez le joueur mais peut servir d'accélérateur chez celui qui est déjà en situation de fragilité, d'insécurité, de mésestime de soi.

L'utilisation excessive des écrans signifie que quelque chose d'autre ne va pas, qu'il existe d'autres problèmes liés à un mal-être familial, scolaire, professionnel...

Comment alors réduire les problèmes d'usages excessifs ?

Tous les jeunes utilisent les nouvelles technologies et cela n'a pas de sens d'aller à contre-courant; beaucoup vont très bien mais tous ne savent pas comment les utiliser et les dérives sont possibles. On a trop tendance de manière générale à leur faire confiance sur cet usage, en pensant qu'étant nés avec, ils savent comment les utiliser. Par ailleurs, il y a le problème d'une incompréhension générationnelle : les parents qui nous appellent ne comprennent pas ce qui se passe tandis que les jeunes ne font pas forcément l'effort d'expliquer ce qui les intéresse dans leur passion.

Notre travail consiste donc à aider les parents à recadrer cette activité et à leur redonner confiance dans leur capacité parentale à le faire, même s'ils ont d'abord l'impression de ne rien y comprendre et d'être dépassés. Nous aidons les jeunes eux-mêmes à comprendre qu'il est de leur responsabilité d'aller expliquer aux parents ce qui les intéresse. Le but est que tous trouvent ensemble un compromis entre, par exemple, les règles de la maison concernant les heures du repas pris ensemble et les règles du jeu. Nous ne sommes plus dans une dynamique de condamnation d'une utilisation mais dans une approche de co-utilisateurs, consommateurs responsables. Il s'agit de les sensibiliser à cette responsabilité.

Le jeu vidéo devient alors un moyen de rencontre du jeune ?

La question est de comprendre ce que le joueur recherche en investissant le jeu vidéo. Des parents sont venus, par exemple, se plaignant que leur enfant de 14 ans passait trop de temps devant son écran. Lui disait vouloir devenir un grand *e-sportif* et intégrer des équipes de joueurs de jeux vidéo pour gagner sa vie. En fait, il s'est avéré qu'il cherchait la reconnaissance de ses parents, leur fierté de ses talents dans le jeu et de ce qu'il était. Ce qui est vu comme une situation d'addiction par les parents peut ainsi être une situation de non reconnaissance pour le jeune. On conseille alors aux parents de s'intéresser au jeu,

et au jeune de dialoguer avec eux: le jeu devient un point de convergence et non un sujet de dispute. Nous avons créé des groupes thérapeutiques, basés sur le jeu vidéo. Les animateurs jouent avec le jeune, en groupe, puis discutent sur le jeu, et les parents sont invités lors d'une session. Il est important de recréer le dialogue entre eux, et que le jeune puisse leur expliquer les règles du jeu. Ainsi, parmi les jeux qui ont le plus grand succès commercial et sur lesquels les jeunes vont donc le plus investir, parce que tous les copains y jouent, il y a *League of Legends*: c'est un Moba ou arène de bataille en ligne multi-joueurs (*Multiplayer online battle arena*), on y joue en équipe dans laquelle chacun a un rôle bien précis qu'il ne peut quitter au milieu du jeu. Se renseigner sur le fonctionnement et les mécanismes du jeu peut aider à fixer les meilleures règles du fonctionnement familial: si c'est important de ne pas quitter le jeu au milieu, comme d'être présents à table, tous peuvent alors établir ensemble la règle de ne pas commencer une partie avant de passer à table...

Des recherches en neurosciences cognitives établissent les points positifs de l'usage des écrans numériques et notamment des jeux vidéo, comme un meilleur potentiel de navigation spatiale du cerveau, la rapidité de prise de décision...

Certes, le jeu développe des compétences, des réflexes, l'intelligence mais nous sommes passés d'une vision très négative du jeu vidéo, taxé il y a une dizaine d'années d'être à l'origine de comportements très divergents, à un positivisme extrême. Ces études ont tendance à poser des questions du point de vue du jeu; rend-il violent, intelligent? Mon approche est plutôt de se poser la question du point de vue du joueur: qu'est-ce qui fait que ce joueur va investir ce jeu en particulier? Il s'agit à mes yeux de recentrer et centraliser le débat sur le joueur plutôt que sur le jeu.





Pertes et impairs de la prévention ?

Sophie Le Garrec

*Maître d'enseignement et de recherche,
Sociologue Domaine Sociologie, politiques sociales
et travail social, Université de Fribourg (Suisse)*

Nos sociétés définies comme incertaines et marquées du sceau de l'individualisation sont caractérisées par certaines valeurs notables : immédiateté, rapidité, rationalisme et (sur)consommations¹. Répondant pleinement à ces attentes sociétales, les progrès médicaux, fulgurants en quelques décennies, les promesses de guérisons, la rapidité des effets des traitements, etc., ont amené un certain triomphe du discours médical sur l'ensemble des pans de notre quotidien. Les instances de santé publique ont emboîté le pas à cette logique de médicalisation du social avec un discours santéiste pointant des risques pour tout et partout. Cette rhétorique est particulièrement visible dans la prévention primaire et la promotion de la santé – proposée par la plupart des instances nationales de santé publique, en Suisse et en France – qui présupposent que tout être bien-portant est un malade en puissance, ou pire, un dépositaire potentiel de facteurs de risques. Cette (ré)activation d'une vision sanitaire comme lecture du social, et la rationalisation des comportements qui l'accompagne, nous paraissent peu en phase avec la réalité « réelle » des individus.

Nous proposons de développer ici quelques-uns de nos constats visant à réenvisager autrement la prévention notamment en matière d'addictions.

Logiques préventives

L'un des premiers éléments que nous souhaitons soumettre à la critique concerne les logiques sous-jacentes aux discours préventifs. Pour sérier les pratiques « à risque », les instances de santé publique ont le plus souvent recours à l'épidémiologie. La logique épidémiologique présidant à l'analyse des effets d'une consommation ou d'une pratique sur la prévalence de certaines pathologies (évaluer les conséquences médicales et les facteurs de risque) s'est vue convertie comme « argumentaire et outil » d'intervention pour modifier les comportements et les usages catégorisés comme nocifs pour la santé. La transposition de cette focale causaliste² et médicalisée dans le cadre d'actions de prévention auprès des individus ainsi que l'omniprésence d'un scientisme statistique justifiant certains discours

... / ...

¹ Voir à ce propos les différents travaux d'Hartmut Rosa, de Nicole Aubert ou encore d'Alain Ehrenberg.

² Par exemple sur le site Prévention.ch « 90% des malades atteints du cancer du poumon ont fumé pendant des années. » (<http://www.prevention.ch/page1115secondespoureflechir.htm>) ou encore « L'alcool représente la deuxième cause évitable de mortalité par cancer après le tabac en France, selon l'OMS. Souvent nié ou méconnu, son caractère cancérigène est pourtant clairement établi. Il est responsable de 9,5 % des décès par cancer, soit environ 15 000 décès chaque année. » sur le site de l'Agence Nationale du Cancer en France (<http://www.e-cancer.fr/prevention/alcool/espace-grand-public>).

et/ou actions, posent problème de notre point de vue. En effet, ce raisonnement appliqué aux consommations entre pleinement en décalage avec la réalité des consommateurs. Ce n'est pas parce qu'une consommation ou pratique a des effets néfastes sur la santé qu'elle s'inscrit, dans son usage, dans un registre sanitaire.

Dans des travaux antérieurs, nous avons mis en évidence deux référentiels distincts d'appréhension de l'alcool : les normes d'usage et les normes de principe³ ; ces normes fonctionnant pleinement pour les autres substances.

À de rares exceptions près, tout le monde reconnaît la dangerosité des consommations de drogues (légal(e)s ou non). Dans toutes nos enquêtes, les réponses atteignent des scores de plus de 90%. Autrement dit, sur le principe, dans un questionnaire de santé ou une enquête de prévention, nous reconnaissons toutes et tous la dangerosité du tabac, de l'alcool, du cannabis, etc. Ces normes de principe ont pour référentiel la santé dans un modèle global et général. Pour autant, le plus souvent, les usagers de ces substances s'exemptent de ces dangers lorsqu'il s'agit de caractériser leur(s) consommation(s), leur(s) usage(s) réel(s). Les normes d'usage, contrairement aux normes de principe, s'inscrivent dans l'expérience concrète des individus et dans des registres de sens essentiellement sociaux. « Je » sais que le tabac est dangereux pour la santé. Il peut provoquer certains cancers, engendrer une mortalité précoce. Mais si je fume, ce n'est pas par volonté suicidaire ou pour déclarer un cancer de la plèvre.

L'hypertrophie du raisonnement sur les versants sanitaire et moral (ce qui est bien et mal du point de vue des experts) pour convaincre des risques d'une consommation – au-delà de la réalité médicale du discours – et de « faire prendre conscience » ne font pas sens dans la norme d'usage. La connaissance de la dangerosité ou des risques associés à un produit ne suffit pas à dissuader le consommateur d'arrêter ou même de limiter sa consommation. Or, la logique développée dans les campagnes de prévention confond encore ces deux niveaux de référentiels du principe et de l'usage en relayant

comme irrationnelles et non scientifiques les « bonnes raisons » de boire, de fumer, etc., invoquées par les usagers.

Dans plusieurs de nos études, nous avons relevé que l'ivresse est le plus souvent perçue comme dangereuse principalement par les personnes n'ayant jamais bu d'alcool. À l'inverse, plus la consommation est régulière, plus cette pratique d'alcoolisation dans l'excès est jugée comme « normale », peu dangereuse et importante socialement⁴. Ceci démontre des paradoxes latents avec la posture de la prévention. C'est en entrant en consommation que l'alcool perd son statut de produit risqué, c'est-à-dire que la norme d'usage devient le référentiel principal répondant à des besoins sociaux si importants qu'ils minimisent ou supplantent les enjeux de santé.

Le fait d'être dans une consommation ancrée et installée démontre donc de la plus grande complexité pour la prévention à se faire entendre... Surtout si cette dernière continue de penser la logique de consommation comme rationnelle : il suffirait d'énoncer les dangers pour modifier les comportements. Or, le recours aux consommations est résolument irrationnel au regard des normes sanitaires et surtout, répond toujours à une utilité ou une attente sociale (plaisir, oubli, détente, lien, identité collective, etc.).

Enjeux de l'appréhension des risques

Le cumul des risques associé aux consommations, et la dramatisation de certaines conséquences pourtant marginales, amènent la plupart des jeunes rencontrés dans nos recherches à un positionnement des plus distants face aux discours préventifs.

³ Sophie Le Garrec, Christelle Damour, 1997, « Perceptions des alcools et des alcoolisations chez les 25-35 ans : principes de justice et rapports au boire », in *Cahiers scientifiques de l'Ireb*, N°18, janvier.

⁴ Notamment : Sophie Le Garrec, « Rapport de recherche-évaluation de la campagne Soif de... », janvier 2008, mandaté par le canton du Jura.

« *Le mec qui n'a plus de pied, qui n'a plus de langue, qui n'a plus de bouche, qu'a les dents défoncées, etc. je veux bien les croire. Ça doit bien arriver. Mais franchement ça concerne qui ? Combien de personnes ? T'as déjà croisé souvent des gens amputés, sans langue et avec un ampli dans la gorge à cause de la cigarette ?* (rires) » (Raphaël, 20 ans, 2014)

Il est étonnant d'observer combien la désignation des risques dans le discours préventif s'appuie le plus souvent sur une partie seulement de la définition initiale des risques⁵ : tantôt le discours s'axera sur les occurrences des accidents ou des maladies en occultant la gravité des effets ou traumatismes potentiels ; tantôt le discours formulera uniquement une énumération des effets en omettant leurs probabilités.

Ce « tronquage » n'est pas sans répercussion. À la lecture des brochures ou à l'écoute de certains discours, les jeunes constatent que dans leurs usages, ils n'ont jamais ou rarement vécu les effets mentionnés qu'ils devraient pourtant « subir ». Une grande partie des conséquences listées ne concerne qu'une infime minorité de cas tant leur fréquence reste rare. Dans l'appréhension des jeunes, ces énumérations et mises en risque dramatisées de leurs pratiques créent l'effet strictement inverse à l'objectif visé par la prévention : d'une part une invalidation de la parole préventive et d'autre part une validation de leur « bonne gestion ou bonne consommation » du produit.

« *Ils cherchent à nous faire peur en grossissant le truc. Mais il faut nous dire la vérité parce qu'autrement, on les croit plus. Moi, je ne crois plus du tout les trucs dès qu'il y a marqué prévention.* » (Astrid, 17 ans, 2013)

« *Jamais eu de coma éthylique. Jamais eu de problème de troubles mentaux. Jamais eu de problème de déscolarisation. Jamais eu de problème avec ma famille. Jamais eu de problèmes de violence ou de trucs motivationnels. Rien. Par contre, j'ai pris du plaisir, j'ai découvert des sensations, j'ai partagé des supers moments avec*

d'autres potes. (...) Ils mentent pour nous faire peur donc, je ne les crois plus. Mais s'ils disent vrai, ça veut dire que je gère très bien ma consommation, que je maîtrise totalement, que je consomme bien. » (Alex, 21 ans, 2013)

Ce discrédit des instances de prévention est d'autant plus dommageable que l'évaluation du risque par les profanes intègre la confiance dans les experts sanitaires. En effet, dans la construction sociale du risque, différents éléments font varier la perception de la dangerosité, la minimisation voir l'occultation du risque⁶. Parmi ces derniers, figurent la légitimité des experts, mais aussi le potentiel (en terme d'occurrences) de gravité d'une pratique ou d'un comportement. Ces deux aspects sont actuellement mis à mal dans nombre d'interventions en matière d'addiction.

On retrouve également ce déphasage dans les discours sanitaires relayés médiatiquement. En invitant des spécialistes (médecins, psychiatres, addictologues, etc.) ne rencontrant dans leur pratique professionnelle que des cas de consommations extrêmes, les discours tenus dans les médias tendent, d'une part à généraliser à l'ensemble des jeunes des descriptions et des situations dans lesquelles la grande majorité des adolescents ne se (re)trouvent absolument pas, et relaiant d'autre part la médicalisation des usages pathologiques à l'ensemble des consommations qui ne le sont pas forcément.

Les discours préventifs conjugués aux multiples reportages médiatiques (presse écrite, radio ou télévisée), en focalisant leurs propos sur les cas les plus graves, ont engendré une perception sur-estimée des usages et consommations « des jeunes »

⁵ « *Le risque est le plus souvent défini comme une incertitude qui caractérise les conséquences négatives d'une action ; l'incertitude étant elle-même explicitée comme ce qui ne peut être déterminé, connu à l'avance.* » In Sophie Le Garrec, « L'entre-deux risque(s). Entre perspective préventive et réalité individuelle », *Journal des socio-anthropologues de l'adolescence et de la jeunesse*, février 2012.

<http://anthropoado.com/le-journal-des-socio-anthropologues-de-l-adolescence-et-de-la-jeunesse-textes-en-ligne/>

⁶ Paul Slovic, 2000, *The Perception of Risk*, London, New York: Earthscan Publications.

engendrant le sentiment que « tous » les jeunes consomment.

Il y a quelques années, nous avons relevé que seuls 17% des personnels scolaires (infirmières scolaires, enseignant-e-s) et 14% des parents évaluaient de manière juste la consommation d'alcool des jeunes de 15 ans. Parmi les personnels scolaires, 40% la pensait deux fois plus importante que ce qu'elle n'était réellement.

Ainsi, à force de répéter et de marteler un discours systématiquement dramatisé et expurgé de tous les atouts positifs des usages perçus par les individus, la prévention a non seulement créé une image erronée de la réalité des consommations des jeunes mais a engendré ces contre-effets dommageables à terme.

Ne plus substituer l'analyse des effets des consommations sur la santé aux causes explicatives des usages, démedicaliser la prévention pour la rapprocher du sens réel des pratiques, sortir d'un idéal sanitaire pour se rapprocher d'une démarche fonctionnelle selon les besoins et les attentes des individus, telles seraient les pistes à suivre au vu de nos résultats d'enquête. Car limiter ou réduire les risques, ce n'est pas énoncer les dangers ou activer les peurs. C'est au contraire essayer de comprendre les significations des usages afin de mieux agir sur les entrées et les maintiens dans certaines consommations à risque... Certaines seulement, car toutes les consommations ne supportent pas en finalité un drame ou une toxicomanie avérée.

Ce dernier aspect est des plus importants car les discours des acteurs de la prévention se focalisent trop souvent sur la petite minorité des jeunes ayant des consommations problématiques et laissent à penser *in fine* que tous les jeunes consomment ainsi. Ce qui n'est de loin pas le cas.

Le lien déve et l'émotion au cœur de précoce



À Bruxelles, Roland Coenen, psychothérapeute, est le chantre de la Pensée Neurosystémique et Pratique (PNP). S'appuyant sur les neurosciences, il recommande le lien développemental et l'émotion positive en alternative efficace à la coercition et la sanction auprès des jeunes dits « difficiles ».

veloppemental positive l'intervention

Actal. *Plutôt que d'adolescents « difficiles », ou « à risques », vous préférez parler de jeunes « difficiles à aider ».*

Roland Coenen. Si nous avions face à nous des adolescents disant qu'ils en ont assez de la vie qu'ils mènent et de leur galère, assez de prendre des produits et affirmant qu'ils veulent parler et changer, il est évident qu'aucun de nous n'aurions la perception de difficultés, ni le sentiment que ces adolescents sont difficiles parce qu'ils demandent et acceptent d'être aidés.

La difficulté vient du processus de contrainte ou de nécessité d'aide défini par les services sociaux ou les institutions qui assurent le contrôle social, tels que par exemple les juges ou les conseils généraux : vous vous trouvez face à des gens en souffrance qui n'ont pas formulé de demande d'aide et qui perçoivent l'aide comme une contrainte déplaisante ou une menace. Les travailleurs sociaux, les psychiatres ont le sentiment d'être démunis et vont tenter d'imposer un sevrage ou une thérapie non demandés et voués à l'échec. Ils se trouvent alors inévitablement confrontés à un sentiment d'impuissance et l'adolescent est perçu comme rétif, non collaborant et agressif alors qu'il est simplement bloqué et en souffrance.

Vous avez une approche neuro-systémique de la délinquance juvénile : cette souffrance vient, selon vous, d'une mémoire « biologique » de stress précoces et violents que les jeunes ont subis.

Notre hypothèse, dite neurosystémique, s'appuie sur les neurosciences. Elles intègrent les nouvelles données de l'épigénétique. À la différence des mutations qui changent totalement le code génétique, la mutation

épigénétique ne transforme pas la structure de l'ADN cellulaire : un groupement chimique agit sur certains gènes, appelé méthylation, qui va diminuer ou modifier l'activité de la cellule. Une méthylation des gènes se produit dans l'hippocampe, une région qui possède une sorte de « robinet de stress » qui gère le processus de réponses et de régulation du stress et sert à organiser la défense de l'organisme dans le cycle de la peur, notamment. Quand l'organisme subit une agression – un stress, une peur, une information de menace environnante –, l'opération hormonale défensive se met en route : des informations chimiques sont envoyées au « robinet du stress » et les gènes qui le commandent ne le ferment pas, parce que la méthylation a réduit l'expression des informations qui la commandent. En exprimant moins ses gènes, le « robinet du stress » n'exprime plus la consigne de fermeture, ce qui maintient constante la réponse au stress. Cette méthylation forme une mémoire biologique de la violence, de contextes menaçants, mais aussi de traumatismes endurés par les parents à d'autres époques.

Que provoque donc cette « mémoire biologique » chez les enfants ?

Celui qui a connu des violences ou qui est l'enfant de parents ayant connu des violences, qui a évolué dans un environnement menaçant, peut être touché par ce phénomène de méthylation. Il va s'adapter comme s'il vivait en permanence dans un environnement menaçant, avec une grande fragilité à l'angoisse, une vulnérabilité à la dépression et une fragilité à des maladies de type immunitaire ou autre.

Un enfant qui va bien ne réagira pas trop sévèrement à une punition éducative alors que l'enfant ayant connu ces difficultés développementales réagira à la même punition par une impulsivité plus grande et une réponse forte. Plus sensible et plus réactif que les autres à l'événement douloureux, à la perte d'affection, à la mise à l'écart, à la punition, à la sanction, au règlement autoritaire, il aura une réponse dépressive ou une réponse de consommation parce que ce sera trop douloureux.

Si la contrainte ou la sanction sont des solutions inadaptées, quelles réponses éducatives ou thérapeutiques porter alors ? Faut-il être laxiste avec eux ?

La relation affective est fondamentale, plus satisfaisante que l'application stricte des règlements, qui, avec le chantage au renvoi, entraîne l'escalade des punitions et la persistance des conflits relationnels. Il faut des professionnels de l'émotion positive qui orientent le jeune vers ce qu'il fait de bien, il faut transmettre de l'émotion qui construit, transmettre de l'affection, de la réconciliation, du dialogue. Ces émotions positives liées à l'axe hédogène du cerveau – joie, confort, paix, attachement –, sont essentielles pour favoriser l'optimisme, donner l'envie de se lever, d'affronter la vie et ses difficultés, développer l'adaptation au monde social, l'estime de soi, la confiance.

Non, ce n'est pas le laxisme, ni le retour de mai 68, ni une attaque contre ceux qui donnent une punition de temps à autre. La résolution d'une addiction passe par une diminution très progressive du produit – qu'on appelle utilisation dégressive – activement soutenue par une re-mobilisation et un renforcement des émotions positives dans le cadre d'un lien thérapeutique et éducatif fort et indéfectiblement sécurisé.

L'outil principal est le lien développemental, ce que nous appelons « pensée neurosystémique et pratique » ou PNP, qui tente d'englober les acquis des neurosciences affectives pour expliquer, en intégrant les éléments de la recherche sur les émotions, ce que la psychologie du XX^e siècle expliquait plus par le psychisme, alors qu'il y a des troubles du développement qui ne s'expliquent pas autrement que par un mélange entre la psychologie, la biologie et une partie de la génétique.

Comment avez-vous mis cette approche en pratique avec les mineurs à risques accueillis au centre Tamaris, à Bruxelles, que vous avez dirigé durant plus de dix ans ?

L'approche de l'équipe du Tamaris s'est voulue affective, et non punitive, c'est-à-dire qu'elle se faisait par la fabrication d'un lien développemental avec les jeunes, lien qui leur permet de reconquérir la sécurité et l'apaisement, et d'un lien fort avec les parents,

ce qui permet de limiter les conflits internes à la famille et leur permet de grandir. Dans son entretien hebdomadaire avec le jeune, l'éducateur-référent tente de souligner ce qui est positif, ce qu'il a réussi à faire, ce dont il est fier. Et la tolérance était préférée à la contrainte, comme par exemple pour le cannabis : nous n'effectuons ni fouille ni contrôle d'urine mais nous ne donnions pas de produits et limitations, encadrons la consommation dans les lieux ou en groupe. Nous avons pu montrer qu'il était ainsi possible de contenir les comportements difficiles sans menacer d'exclusion. Pendant plus de dix ans, nous n'avons pas renvoyé un seul adolescent du centre.

Nous pensons aussi que les émotions partagées en famille seront toujours plus efficaces que celles partagées avec un thérapeute ou un éducateur. Le travail passera donc par un travail avec la famille ; aider un parent à comprendre son histoire, l'histoire de ses propres douleurs, de ses propres stratégies de survie, l'histoire de ses violences et de ses comportements éducatifs, permet aux intervenants d'aider ce parent à aider son enfant. Les émotions positives passent par la compréhension et la réconciliation.

Et en termes d'intervention précoce ?

Les grosses pathologies adultes trouvent toutes leurs racines dans l'adolescence et donc agir à ce moment est fondamental en préventif. À partir du moment où nous utilisons l'adolescence pour aller mieux, que la plupart des conflits sont en passe d'être résolus et que l'adolescent a regagné un sentiment fondamental de valeur et des éléments familiaux sur lesquels il peut s'appuyer, il y a beaucoup plus de chances pour qu'il ne soit pas victime d'une addiction plus longue avec des produits plus durs et une consommation d'adulte.

D'autant que ces adolescents seront les adultes et les parents de demain. S'il est retiré d'un milieu familial violent ou carencé, pour être mis dans une institution carencée, ou violente, nous augmentons les risques d'une répétition transgénérationnelle du traumatisme et du placement institutionnel.

Il ne faut pas oublier non plus les enjeux socio-économiques quand on songe au coût médical et

social en termes de journées de prison, d'hospitalisation, des placements d'enfants, les processus de chômage, d'errance. Il y a un enjeu individuel mais aussi collectif.

Comment définissez-vous le rôle de l'éducateur ?

Il est le spécialiste du lien et du lien authentique, de la relation établie grâce à un travail en équipe – l'émotion positive est d'abord un travail d'équipe avant d'être un travail individuel – et il doit faire preuve de ténacité car il faut tenir ! On attend trop souvent que ces jeunes soient guéris avant même d'être soignés et qu'ils laissent leurs problèmes et leurs symptômes sur le trottoir avant d'intégrer les prises en charge. On leur dit qu'ils peuvent entrer dans les centres mais qu'ils n'ont pas le droit d'y boire.

Or, nul n'est guéri avant d'être soigné, nous tenons ce discours depuis 2001, environ.

Cette démarche remet en cause un bon nombre de dogmes et de pratiques.

Des approches affectives, beaucoup plus réparatrices que les approches logiques et rationnelles enseignées par la psychologie du XX^e siècle, nécessitent évidemment de grands changements dans les systèmes d'aides qui n'ont pas été pensés ainsi en France, qui a un lourd héritage en psychanalyse. Les foyers d'hébergements mais aussi les systèmes d'aides en milieu ouvert n'ont pas été dotés du nombre de travailleurs nécessaires et formés, et les bonnes idées ne bénéficient pas des moyens nécessaires à leur application. Cinq éducateurs pour faire tout le boulot dans un foyer ou des foyers qui travaillent avec des groupes de quinze enfants, voilà qui ne permet pas de donner le temps individuel nécessaire à des enfants qui ont besoin d'avoir du temps personnel pour eux-mêmes. Enfin, je constate en France le retour des pratiques consistant à couper les jeunes de leur famille. Or, le travail avec la famille est un axe de développement capital ; nous devons comprendre le passé, comprendre nos histoires, l'explication et la réconciliation apportent un apaisement certain tandis que couper les liens est toujours anxiogène.

Les interventions précoces: une prévention à large spectre

Pierre Arwidson

Directeur des affaires scientifiques, INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé)

L'importance des événements survenus tôt dans la vie pour le développement futur d'une personne est une idée facilement admise. Elle avait été évoquée par le poète anglais William Wordsworth (1770-1850) qui disait que l'enfant est le père de l'homme: « *the child is the father of man* » (Bucher, Tschumi et al. 2013). Cette intuition ancienne est progressivement confirmée par de nombreux travaux scientifiques.



L'influence de David Barker

Le plus connu des chercheurs dans ce champ est David Barker, un médecin épidémiologiste britannique décédé en 2013. Barker avait remarqué sur l'Atlas de mortalité d'Angleterre et du Pays de Galles couvrant les années 1968-1978 que les zones géographiques anglaises comportant des taux importants de mortalité cardiovasculaire dans les années 1970 étaient aussi celle qui avait eu un taux important de mortalité infantile en 1910. Il a aussi étudié, avec des collègues du Dutch Hunger Winter Group, l'impact de la famine d'une partie des Pays-Bas, liée au blocus allemand, au cours de l'hiver 1944-1945. Les femmes hollandaises enceintes pendant cette famine ont eu des enfants qui ont souffert davantage de diabète et de maladies cardiovasculaires dans leur vie adulte. À noter qu'Audrey Hepburn, une des survivantes célèbres de cette famine, qui avait 15 ans à l'époque, a gardé une santé fragile toute sa vie. Barker a donc posé l'hypothèse (l'hypothèse dite « Barker ») d'un impact à long terme de problèmes nutritionnels pendant la vie intra-utérine avec la survenue de maladies cardiovasculaires à l'âge adulte. Plus tard, il a pu confirmer son hypothèse sur une cohorte finlandaise en reliant le petit poids de naissance, la vitesse de croissance dans la petite enfance et la survenue de maladies cardiovasculaires à l'âge adulte (Barker, Osmond et al. 2005). De son travail est né un champ de recherche sur les origines développementales de la santé (*developmental origins of health and diseases* ou DOHaD) qui a maintenant sa société savante, avec une composante francophone, ses conférences internationales annuelles et son journal scientifique (*Charles and Junien* 2012). C'est aussi de ce champ qu'est née l'initiative des 1000 premiers jours, en lien avec

l'OMS, pour attirer l'attention de la communauté internationale sur l'importance de la nutrition dans la petite enfance (www.thousanddays.org). Cette perspective renouvelle en fait complètement la vision de la prévention des maladies non transmissibles qui reposent actuellement sur les données issues du suivi de cohortes d'adultes. Les plus célèbres sont la cohorte de Framingham qui a établi les facteurs de risque dans le domaine cardiovasculaire, les deux grandes cohortes de la Société américaine du cancer (*Cancer Prevention Study I et II*) sur les facteurs de risque de cancer, ou encore celles des médecins anglais de Doll et Peto dans le domaine du tabagisme.

Dunedin et les conséquences du niveau de *self control* sur la santé future

Donc, ce ne sont plus des cohortes d'adultes dont nous avons besoin, mais de cohortes débutant à la naissance ou dans la toute petite enfance. Toutes les observations présentées ci-dessus doivent nous conduire à adopter une approche « vie entière » des déterminants de la santé. La cohorte britannique de naissance 1958, avec un suivi jusqu'à l'âge de 45 ans (Power and Elliott 2006) a ainsi permis montrer un lien entre adversités dans l'enfance et risque de cancer avant 50 ans chez les femmes (Kelly-Irving, Lepage et al. 2013).

C'est cette prise de conscience qui a permis à la France de se doter enfin d'une cohorte de naissance. Portée par un Groupement d'intérêt scientifique dirigé par Henri Léridon de l'INED, elle se nomme Elfe (Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance). Dix-huit mille enfants (environ une naissance sur 40) y ont été inclus en 2011.

L'une des cohortes de naissance les plus célèbres dans ce champ est celle de Dunedin. Cette cohorte comprend 1037 enfants néo-zélandais nés en 1972 et suivis régulièrement depuis. Moffitt et collègues (Moffitt, Arseneault et al. 2011) ont ainsi pu démontrer qu'un faible niveau de *self control* mesuré dans la petite enfance était prédictif d'un abandon de l'école, d'un tabagisme ou de grossesse précoce à l'adolescence (13-18 ans). Ce même faible niveau de *self control* au cours de la petite enfance était prédictif à l'âge adulte (26-32 ans) de la dépendance à une substance psychoactive, mais aussi d'autres problèmes de santé

(syndrome métabolique, maladies respiratoires, parodontales, infections sexuellement transmises), de la situation financière (revenus, existence de dettes) et des démêlés avec la justice. Ce phénomène, indépendant de la situation socio-économique et du niveau de quotient intellectuel, se retrouve dans les suivis d'enfants de mêmes fratries qui partagent donc le même environnement d'éducation.

Les auteurs proposent donc d'investir massivement dans des interventions précoces permettant d'augmenter le *self control* des enfants.

Boivin et Hertzman (Boivin, Hertzman et al. 2012) indiquent : « *les expériences défavorables de l'enfance ne concernent pas seulement les événements dramatiques; les interactions quotidiennes dans la vie de l'enfant sont plus importantes que nous l'avions cru. Les effets les plus néfastes sur le développement sont davantage le résultat d'une exposition chronique à de la maltraitance, à un soutien parental inadéquat et à d'autres formes d'adversité qu'à un événement unique de maltraitance.* »

L'exposition à un stress toxique (National Scientific Council on the Developing Child 2007) pendant l'enfance est donc susceptible d'influencer durablement les mécanismes de gestion des émotions et du stress qui, à leur tour, sont la source d'un grand nombre de comportements au cours de la vie. Cela se produit dans le cadre d'une interaction entre gènes et environnement : tel ou tel gène codant le fonctionnement de certains neuromédiateurs serait exprimé différemment (Caspi, Sugden et al. 2003, Enoch, Steer et al. 2010). Le problème des addictions n'en serait que l'une des conséquences comportementales ultérieures (Enoch 2011).

De l'utilité de l'intervention dès la petite enfance : High/Scope Preschool et nurse family partnership

L'une des interventions précoces les plus célèbres est le programme de prévention High/Scope (Perry) Preschool, qui a mesuré l'impact d'une intervention intensive (apprentissage participatif) sur 123 enfants de 3 à 4 ans de faible QI et faible niveau social dans le milieu des années 60, comparé à un groupe contrôle. Les enfants du groupe action ont bénéficié

d'une intervention de 5 demi-journées par semaine pendant 2 ans (1 adulte pour 5 enfants) et d'une visite à domicile par semaine. Les enfants ont été suivis jusqu'à l'âge de 40 ans (et sont encore suivis). Des bénéficiaires à long terme comprenaient une meilleure réussite scolaire et professionnelle, de meilleurs revenus, moins de problèmes avec la justice, moins de grossesses adolescentes et de dépendance aux aides sociales. Cette intervention intensive permettrait d'économiser 13 dollars pour chaque dollar investi (Nores, Belfield, Barnett, & Schweinhart, 2005).

Une autre intervention précoce très connue est celle développée par David Olds : *nurse family partnership* (NFP). Il s'agit de faire des visites à domicile auprès de futures jeunes mères primipares en difficulté sociale, visites commençant avant la naissance et se poursuivant jusqu'au deux ans de l'enfant (Olds, Eckenrode et al. 1997). Après un suivi de 15 ans, Olds et ses collègues ont démontré que les femmes ayant bénéficié du programme avaient moins souvent été maltraitantes envers leur enfant, mais aussi qu'elles s'étaient mieux insérées socialement que les femmes du groupe contrôle. Ce type de recherche a été reproduit dans plusieurs pays comme en Irlande, via le programme *Preparing for Life*. Sa version française nommée CAPEDP (Saias, Greacen et al. 2013) a inclus 440 femmes françaises d'Ile-de-France et est le premier essai randomisé et contrôlé français d'intervention précoce. À partir de l'expérience acquise avec le projet CAPEDP, l'INPES est en train de mettre en place une intervention nommée PANJO en partenariat avec des puéricultrices des services de protection maternelle et infantile.

SFP et GBG : deux programmes d'intervention précoce en cours en lien avec les consommations de substances

Le programme américain d'aide à la parentalité nommé *Strengthening families program* (SFP) est en cours d'adaptation et d'évaluation dans plusieurs pays d'Europe comme l'Angleterre (Segrott, Gillespie et al. 2014) et la Pologne (Okulicz-Kozaryn and Foxcroft 2012). Ce programme comprend 14 séances avec les familles et leurs enfants et permet d'améliorer la communication intrafamiliale et de réduire l'initiation

de la consommation de substances psychoactives (Spath, Redmond et al. 2001). Le Dr Corinne Roehrig du CODES 06 est en train de réussir l'adaptation de SFP pour les 6-11 ans au contexte français (Roehrig 2013).

La sociologue Catherine Reynaud-Maurupt du Groupe de recherche en vulnérabilité sociale (GRVS), impliquée dans une approche territoriale de santé à Valbonne Sophie Antipolis, est en train d'étudier la possibilité d'appliquer le programme *Good behavior game* (GBG) en développement depuis les années 1960. Il répond tout à fait à la demande de Moffitt d'augmenter le *self control* des enfants (voir *supra*). Ce programme, mis en place par les enseignants de classes primaires, a pour objectif d'améliorer leur capacité à se concentrer et à communiquer en classe par une série de séquences de jeux (Kellam and Anthony 1998). Les enfants ont été suivis jusqu'à 19-21 ans et on a pu constater une réduction de 50% de l'usage de drogues illicites, et de 35% de l'abus et de la dépendance à l'alcool. La réussite scolaire était également meilleure comparativement au groupe contrôle (62% plus de chance d'aller à l'université). Steve Aos, économiste à la Washington State Institute of Public Policy en a démontré l'efficacité économique avec près de 100 dollars économisés pour 1 dollar investi (Aos, Lee et al. 2011).

Conclusion

L'environnement nutritionnel, psychologique et social de l'enfant, que ce soit avant ou après la naissance, a des conséquences à long terme non seulement dans le domaine de la santé, mais aussi dans celui de l'insertion sociale et professionnelle. Ceci a été largement démontré dans plusieurs études et cohortes. Un certain nombre d'interventions précoces commençant avant la naissance ou dans la petite enfance, à domicile, à l'école ou avec les familles, ont montré des effets à long terme qui s'expriment dans de nombreux domaines (scolaire, sanitaire, judiciaire...). Il faut donc poursuivre et amplifier la recherche et le développement d'interventions précoces adaptées à la situation française.

Bibliographie

- Aos, S., S. Lee, E. Drake, A. Pennucci, T. Lkima, M. Miller, L. Anderson, J. Mayfield and M. Burley (2011). *Return on Investment: Evidence-Based Options to Improve Statewide Outcomes*. July 2011 Update. Olympia, WA, USA.
- Barker, D. J. P., C. Osmond, T. J. Forsén, E. Kajantie and J. G. Eriksson (2005). "Trajectories of Growth among Children Who Have Coronary Events as Adults." *New England Journal of Medicine* 353(17): 1802-1809.
- Boivin, M., C. Hertzman and T. B. Canadian Academy of Health Sciences Expert Panel (with Ronald Barr, Alison Fleming, Harriet MacMillan, Candice Odgers, Marla Sokolowski, & Nico Trocme), (2012). *Early Childhood Development: adverse experiences and developmental health*. Ottawa, Royal Society of Canada.
- Bucher, B. S., S. Tschumi and G. D. Simonetti (2013). "Quels facteurs présents pendant l'enfance influencent la pression artérielle de l'adulte?" *Paediatrica* 24(1): 23-25.
- Caspi, A., K. Sugden, T. E. Moffitt, A. Taylor, I. W. Craig, H. Harrington, J. McClay, J. Mill, J. Martin, A. Braithwaite and R. Poulton (2003). "Influence of Life Stress on Depression: Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT Gene." *Science* 301(5631): 386-389.
- Charles, M.-A. and C. Junien (2012). "Les origines développementales de la santé (DOHaD) et l'épigénétique. Une révolution pour la prévention des maladies chroniques de l'adulte." *Questions de santé publique* 18: 1-4.
- Enoch, M. A. (2011). "The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence." *Psychopharmacology* (Berl) 214(1): 17-31.
- Enoch, M. A., C. D. Steer, T. K. Newman, N. Gibson and D. Goldman (2010). "Early life stress, MAOA, and gene-environment interactions predict behavioral disinhibition in children." *Genes Brain Behav* 9(1): 65-74.
- Kellam, S. G. and J. C. Anthony (1998). "Targeting early antecedents to prevent tobacco smoking: Findings from an epidemiologically based randomized field trial." *American Journal of Public Health* 88(10): 1490-1495.
- Kelly-Irving, M., B. Lepage, D. Dedieu, R. Lacey, N. Cable, M. Bartley, D. Blane, P. Grosclaude, T. Lang and C. Delpierre (2013). "Childhood adversity as a risk for cancer: findings from the 1958 British birth cohort study." *BMC Public Health* 13(1): 767.
- Moffitt, T. E., L. Arseneault, D. Belsky, N. Dickson, R. J. Hancox, H. Harrington, R. Houts, R. Poulton, B. W. Roberts, S. Ross, M. R. Sears, W. M. Thomson and A. Caspi (2011). "A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety." *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 108(7): 2693-2698.
- National Scientific Council on the Developing Child (2007). *The Science of Early Childhood Development* <http://www.developingchild.net>.
- Okulicz-Kozaryn, K. and D. R. Foxcroft (2012). "Effectiveness of the Strengthening Families Programme 10-14 in Poland for the prevention of alcohol and drug misuse: protocol for a randomized controlled trial." *BMC Public Health* 12: 319.
- Olds, D. L., J. Eckenrode, C. R. Henderson, Jr., H. Kitzman, J. Powers, R. Cole, K. Sidora, P. Morris, L. M. Pettitt and D. Luckey (1997). "Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial." *JAMA* 278(8): 637-643.
- Power, C. and J. Elliott (2006). "Cohort profile: 1958 British birth cohort (National Child Development Study)." *International Journal of Epidemiology* 35(1): 34-41.
- Roehrig, C. (2013). "[The families support program: a description of the factors influencing program implementation in France]." *Glob Health Promot* 20(2 Suppl): 8-12.
- Saias, T., T. Greacen, F. Tubach, R. Dugravier, E. Marcault, S. Tereno, R. E. Tremblay, A. Guedeny and C. s. group (2013). "Supporting families in challenging contexts: the CAPEDP project." *Glob Health Promot* 20(2 Suppl): 66-70.
- Segrott, J., D. Gillespie, J. Holliday, I. Humphreys, S. Murphy, C. Phillips, H. Reed, H. Rothwell, D. Foxcroft, K. Hood, Z. Roberts, J. Scourfield, C. Thomas and L. Moore (2014). "Preventing substance misuse: study protocol for a randomised controlled trial of the Strengthening Families Programme 10-14 UK (SFP 10-14 UK)." *BMC Public Health* 14: 49.
- Spoth, R. L., C. Redmond and C. Shin (2001). Randomized trial of brief family interventions for general populations: adolescent substance use outcomes 4 years following baseline. *J Consult Clin Psychol*. 69: 627-642.

Expérience “In medias” : le dialogue philosophique, outil de prévention



Nathalie Arbellay

Responsable de formation - Coordinatrice fordd, Groupement Romand d'Études des Addictions (GREA), Lausanne

Est-ce que jouer beaucoup aux jeux vidéo rend dépendant ? Être accessible partout, n'est-ce pas perdre un peu de sa liberté ? Le monde virtuel et le monde réel s'opposent-ils ? Faut-il boire pour être comme les autres ? etc. Approfondir avec les jeunes ces questions, c'est ce que propose le projet *In medias*, au cœur du dialogue.

1. Le projet *In medias*

In medias est un projet de prévention des risques liés aux comportements de consommation excessive (nouveaux médias, réseaux sociaux, alcool, cannabis, etc.). Il repose sur l'animation d'ateliers de dialogue philosophique avec les jeunes (de 7 à 18 ans) et s'adresse à tout intervenant en relation avec eux, spécialistes ou non des addictions (enseignants, médiateurs ou psychologues scolaires, éducateurs, animateurs socio-culturels, infirmières scolaires, formateurs-consultants en promotion et éducation à la santé, etc.). Ce projet est porté en Suisse par le Groupement romand d'études des addictions (GREA), l'association romande des professionnels du champ des addictions.

Les jeunes sont aujourd'hui une cible privilégiée des produits de consommation en tout genre. Certains sont susceptibles d'engendrer une utilisation abusive (internet, réseaux sociaux), d'autres des comportements de consommation excessive (*binge drinking*), voire des dépendances. Face à ces risques, leurs parents ne parviennent pas toujours à remplir

leur rôle protecteur, faute de moyens, ne pouvant être en permanence derrière eux pour les surveiller, ni les empêcher d'entrer en contact avec ces produits. Un fossé communicationnel voire relationnel peut donc facilement se creuser entre le jeune et l'adulte.

Le passage à l'âge adulte s'accompagne souvent de moments de crises, d'expérimentations et de prises de risques. Ceux-ci ne sont ni à dramatiser, ni à banaliser. Il s'agit avant tout de s'interroger sur la manière dont la société accompagne les jeunes vers leur autonomie de décision et de choix. Informer les jeunes sur les dangers des substances et conduites addictives ne suffit cependant pas lorsque ceux-ci sont plus vulnérables que d'autres. La société doit être attentive à offrir de bonnes conditions-cadres qui renforcent les facteurs de protection des plus vulnérables.

En donnant la parole aux jeunes et en mettant l'accent sur le questionnement et l'échange d'idées au moyen du dialogue philosophique, nous participons au renforcement de leur esprit critique, de leur confiance en eux et de leurs capacités à s'interroger et à se positionner. En leur faisant confiance et en étant à l'écoute de ce qu'ils ont à dire, nous travaillons au renforcement de leur estime d'eux-mêmes et de leurs capacités à résister aux influences extérieures. Nous renforçons ainsi leurs facteurs de protection. Nous les prémunissons ainsi contre les dérives d'un comportement de consommation excessive et nous leur fournissons des moyens de se protéger individuellement et collectivement.

Les ateliers de dialogue philosophique travaillent dans cette direction et s'inscrivent dans une démarche globale de promotion de la santé, en soutien actif des messages de prévention dispensés par d'autres partenaires et dans la continuité des démarches initiées auprès des écoles autour de l'Intervention précoce (IP). Il existe encore peu d'outils à disposition des professionnels, dans les institutions fréquentées par les jeunes, pour construire et consolider des représentations collectives sur les addictions. Ces représentations collectives, culturelles, des addictions agissent comme facteurs de protection de la jeunesse et de promotion d'un environnement favorable.

L'enjeu est d'avoir des outils pour pouvoir les encourager. Le dialogue philosophique en est un.

2. Le dialogue philosophique et la prévention

Qu'est-ce que le dialogue philosophique ?

C'est à la fin des années soixante qu'un philosophe américain, Matthew Lipman, décide d'introduire la pratique du dialogue philosophique dans le monde de l'éducation et d'en faire un outil pédagogique destiné aux enfants. Il écrit alors des romans qui intègrent des règles logiques et dans lesquels sont discutés des principes éthiques, métaphysiques, esthétiques et politiques issus de la tradition philosophique. Son intention est de permettre aux enfants, dès le plus jeune âge, de développer leurs habiletés de pensée et de leur apprendre à raisonner avec rigueur, cohérence et originalité.

Le projet *In medias* repose sur la pratique du dialogue philosophique en communauté de recherche. Elle se déroule à l'intérieur d'ateliers de discussion portant sur des thématiques comme l'utilisation excessive des jeux ou des écrans ou l'alcool et la violence. Elle consiste en un exercice intellectuel collectif lors duquel plusieurs jeunes discutent une question en lien avec une problématique addictive qui les intéresse après avoir lu, à tour de rôle, un récit sur l'une d'entre elles. Ils sont accompagnés par un animateur formé à l'outil du dialogue philosophique. Ce dernier est là pour permettre un développement critique et créatif de leurs idées et pour encourager la pratique d'habiletés cognitives, telles que définir, comparer, tracer des inférences, formuler des hypothèses, nécessaires pour distinguer l'expérience réelle et l'expérience virtuelle par exemple. Il garantit également que le déroulement des ateliers soit propice à la prise de parole.

Les ateliers de dialogue philosophique *In medias* visent un double renforcement des compétences des jeunes :

- Renforcement des compétences relationnelles et sociales (l'estime de soi, le respect des autres et de leurs différents points de vue) au moyen d'exercices d'habiletés au dialogue (telles que l'écoute, le respect des règles du dialogue en groupe) afin de

permettre aux jeunes de renouer avec confiance le dialogue avec autrui et réduire les écueils du fossé générationnel adulte-jeune.

- Renforcement des compétences réflexives (le jugement critique, la capacité à prendre des décisions) au moyen des outils de questionnement et de recherche (tels que les questions, hypothèses, arguments, exemples, contre-exemples, etc.) afin de permettre aux jeunes de devenir des acteurs autonomes exerçant un contrôle actif sur leur vie (*empowerment*)¹.

En travaillant avec l'outil du dialogue philosophique, le projet *In medias* vise à renforcer les facteurs de protection des jeunes dans une logique de prévention des comportements addictifs et d'accompagnement sécurisés de leurs premières expérimentations. Il soutient la mise en place d'ateliers discussion qui ont pour objectifs d'apprendre aux jeunes à questionner leurs comportements, mais aussi à co-construire leur réflexion en prenant appui sur les idées émises par les autres, promouvant ainsi le lien social et solidaire (*reliance*)², le respect des différences et la bienveillance.

L'expérience québécoise : prévention de la violence au moyen du dialogue philosophique

En Amérique du Nord, cette pratique a été développée dans le cadre de la prévention de la violence chez les jeunes enfants. L'organisme québécois La Traversée (Rive-Sud) Inc. a développé le programme *Prévention de la violence et Philosophie pour enfants* dont l'implantation a été amorcée en 2001, tout d'abord dans une seule école. Après une première évaluation soulignant son impact significatif sur l'estime de soi et sur la prévention des comportements violents des élèves, le programme a été lancé officiellement en 2005. En 2007, une deuxième évaluation³ a été effectuée de manière à déterminer si le programme a eu un effet significatif en terme de prévention de la violence sur les enfants et s'il convenait de le poursuivre à plus large échelle. Cette évaluation concluait positivement que le programme contribue :

- au développement du raisonnement moral chez les enfants et donc au développement de leur aptitude à prévenir la violence,

- à accroître l'aptitude des enfants à faire des raisonnements abstraits logiquement valides et, ainsi, à accroître leur vigilance épistémologique en les rendant plus nuancés, plus critiques et moins dogmatiques dans leurs jugements.

Elle recommandait donc une poursuite de son implantation dans toutes les écoles primaires de façon régulière, à savoir une fois par semaine. Des chercheurs des Universités de Laval et de UQAM au Québec produisent depuis régulièrement des travaux méthodologiques sur le sujet⁴.

L'expérience suisse : prévention des comportements de consommation excessive au moyen du dialogue philosophique

En Suisse, le projet *In medias* s'appuie sur les points forts de l'expérience québécoise ainsi que sur les données scientifiques récentes qui attestent que le renforcement des compétences relationnelles contribue à réduire les risques de comportements

¹ "La capacité d'un individu à prendre des décisions et à exercer un contrôle sur sa vie personnelle" (Aujoulat & Doumont, 2002, p. 5 cités par Loison Apter, E., 2010, *op. cit.*).

² « Sur le plan de la relation à l'autre, la *reliance*, qui suppose d'abord la reconnaissance de l'altérité et ensuite l'aptitude à se relier à l'autre, est à l'origine des relations affectives, lesquelles contribuent, entre autres choses, à l'apport de sens dans le vie d'une personne » (Lecomte, 2007, p. 14 cités par Loison Apter, E. (2010), Les effets psychothérapeutiques de l'activité philosophique à partir du dialogue philosophique en communauté de recherche selon Matthew Lipman, Master en Relation d'Aide et Intervention Thérapeutique, Dpt de psychologie et de sociologie, Université d'automne de Lisbonne).

³ Cinq-Mars, C. (2005), "Étude sur l'impact du programme: Prévention de la violence et philosophie pour enfant", *La Traversée* (présentation power point du 27 avril 2005). Robert, S., Roussin D., Ratte M. et Guève Th., (2009) "Rapport de recherche sur l'évaluation des effets du programme de Prévention de la violence et philosophie pour enfants sur le développement du raisonnement moral et la prévention de la violence à la commission scolaire Marie-Victorin", CICI/LANCI/UQAM.

⁴ Gagnon, M. et Sasseville, M. (2011), "La communauté de recherche philosophique: applications et enjeux", Québec : *Les Presses de l'Université Laval*.

Gagnon, M. et Sasseville, M. (2009), "Quand l'école prépare à la vie : le cas des habiletés et attitudes critiques pratiquées en communauté de recherche philosophique avec les adolescents", *Childhood and Philosophy*, 4(8), pp. 41-58.

addictifs⁵. Le projet a débuté en 2007 dans le canton de Genève sur l'initiative des associations *Rien ne va plus* (chargée de prévention du jeu excessif) et *proPhilo*, en collaboration avec les Universités de Laval et du Québec (UQAM).

Soucieux de répondre à la demande émise par les professionnels désirant travailler en amont de l'apparition des comportements de risques, le GREA s'est associé, en 2011, avec *Rien ne va plus* et *proPhilo* dans une organisation de projet commune.

Il pilote depuis le projet qui a reçu le soutien de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Nos objectifs sont de développer le dialogue philosophique en Suisse romande, d'élargir et de renforcer le réseau des professionnels concernés (*settings* écoles, foyers, milieux ouverts, insertion, etc.). Nous offrons des formations sur mesure aux professionnels désireux d'animer des ateliers de dialogue et développons des textes et supports didactiques nécessaires à leur animation. Nous apportons également un soutien particulier aux acteurs de terrain désirant monter une action autour du dialogue philosophique, au sein d'établissements scolaires et institutions. *In medias* forme les professionnels et les institutions partenaires à un outil accessible, tant aux spécialistes qu'aux non spécialistes de la prévention. Il leur fournit des éléments clés en main (textes, matériel d'animation, etc.) qui leur permettent d'élargir leurs prestations. Ainsi, depuis 2011, près de 70 intervenants de Suisse romande ont reçu une formation de base au dialogue philosophique⁶. Près de 90 ateliers de dialogue philosophique ont été réalisés. Plus de 900 jeunes et élèves y ont participé. Ces interventions ont remporté un franc succès et de nouveaux projets voient aujourd'hui le jour.

3. In medias : accompagner les jeunes dans leurs premières expériences

De nombreuses écoles et institutions de Suisse romande s'inscrivent déjà dans une démarche IP mais manquent encore d'outils pour agir dans le sens des dispositifs mis en place (procédures), en amont de l'apparition des risques, et travailler sur le développement

des facteurs de protection des jeunes. Notre expérience nous montre que les projets initiés autour du dialogue philosophique impulsent une dynamique communautaire regroupant enseignants, infirmières scolaires, intervenants prévention, médiateurs... autour d'une même démarche. Cette dynamique est favorable à l'implantation des procédures IP développées par les établissements scolaires.

Les ateliers de dialogue philosophiques offrent des espaces de parole, auxquels tant les jeunes que les adultes peuvent participer. Ils impulsent des éléments de réflexions et suscitent des questions qui portent sur tout comportement de consommation excessive et se diffusent hors de leur cadre (au sein des familles, avec les parents, les pairs, etc.). Sans imposer de normes *a priori*, ni leur dire ce qu'ils doivent faire, ils renforcent la capacité des jeunes à prendre des décisions actives et responsables sur leur vie.

Par ce projet, nous espérons encourager une réflexion collective, mais aussi impliquer chaque professionnel, spécialiste ou non de la prévention, que les comportements de consommation des jeunes questionne et interpelle, à nouer un dialogue réflexif avec eux, afin de favoriser leur positionnement critique face à la fascination que les produits de consommation peuvent exercer sur eux et les accompagner dans un comportement de consommation sécurisé.

Contact : n.arbellay@grea.ch

En savoir plus sur le projet :

<http://www.grea.ch/inmedias-au-coeur-du-dialogue>

⁵ Laurens E., Gimenez G. et Barthelemy S (2011), "Internet: de l'usage à l'addiction: analyse textuelle d'entretiens cliniques", *Alcoologie et Addictologie* 33 (3), pp. 227-237.

Loison Apter, E. (2010), *Les effets psychothérapeutiques de l'activité philosophique à partir du dialogue philosophique en communauté de recherche selon Matthew Lipman*, Master en Relation d'Aide et Intervention Thérapeutique, Dpt de psychologie et de sociologie, Université Autonome de Lisbonne.

⁶ Rien Ne Va Plus (2013), Bilan Projet LIVE (Liens Virtuels Excessifs), Genève.

GREa (2013), Rapport d'évaluation des actions In medias menées dans le cadre du projet LIVE, Lausanne.

GREa (2014), Rapport d'évaluation des actions In medias menées dans le cadre du projet genevois « Prévention d'un usage abusif des TIC », Lausanne.

L'addiction à l'épreuve de sa diction : entre le pré, le loup et la rue



Préambule.

Dans les pratiques sociales, éducatives, sanitaires, médicales ou sécuritaires, les termes d'intervention *pré*coce, de *pré*vention¹ ou de *pré*scription, érigés en concepts par ailleurs, indiquent bien l'idée d'un « agir avant » entraînant *pré*disposition, postposition et posture. Venir avant quoi et pourquoi ? Venir entre qui et qui ? Fruit d'un exercice ô combien louable, rationnel et maîtrisé, cette idée s'inscrit aussi dans l'élan d'une certaine domestication de l'espèce humaine, par et pour elle-même, qui, à dessein de contenir, contrôler, manipuler, confiner, enfermer, voire mortifier. Or, adossé à la recherche de plaisir et de liberté, l'appel d'une conduite addictogène se situe aussi dans un espace-temps, sinon en réaction, à la marge de cela. En témoigne la volonté² de prendre de la distance sur son quotidien, de chercher refuge dans un ailleurs difficilement perceptible, de « s'envoyer en l'air », d'échapper à l'ennui³, de se doper⁴, de pallier le stress et l'angoisse, de se (re)connecter à la part sauvage⁵ de son être, de sortir d'un corps social ou de son propre corps⁶, de se sentir exister⁷ et de vivre plus (Le Breton 2004). L'addiction susceptible d'en découler est alors multiforme et traverse, à des niveaux certes différents, toutes les générations. Si elle vient réveiller le loup en soi, elle est aussi là où on ne l'attend pas et occupe généralement un espace « d'invisibilité » sociale. En somme, la recherche de plaisir et d'émancipation qui collent à la base de l'addiction semblent se situer plus proche de la forêt ou de la rue⁸ que du *pré*.

Vincent Artison

Consultant social, Pratique, Recherche et Formation,
Yverdon-les-Bains (Suisse) – vincent.artison@gmx.ch

Un peu comme pour se rassurer soi-même de n'en être pas, il serait tentant de pointer du doigt la personne au look « clochardisant » qui consomme de l'alcool sur la voie publique, celle qui mange de manière compulsive, celle qui roule son « pétard » à l'arrêt de bus, celle qui passe ses nuits devant l'écran de son ordinateur ou l'autre, en col blanc, qui se procure son sachet de « coke » à la sortie du boulot. Une stigmatisation qui ne ferait que renforcer la méfiance, l'exclusion, l'indifférence et l'isolement autour desquels peut se cristalliser l'addiction.

Parallèlement, politiques de marketing à l'appui, le rapport d'achat auquel se livre le consommateur peut aussi s'apparenter à une forme de dépendance pour compenser un manque et chercher du plaisir. Dans une société où le projet politique se résume essentiellement autour de l'action de consommer⁹, il y a lieu de reconnaître que l'exposition à cette forme de dépendance est croissante, le risque de perdre la maîtrise¹⁰ dessus avec.

Dès lors, avec qui et comment la société s'organise-t-elle à dessein de promouvoir la santé¹¹ dans ce contexte ? Quel(s) moyen(s) se crée-t-elle dans ce type d'interaction sociale en vue de mettre des mots sur les maux engendrés par l'addiction ? Le travail social hors murs (TSHM) en Suisse, plus communément appelé travail social de rue sur le plan international¹², constitue, à condition naturellement que les « outils »¹³ soient réunis pour ce faire, une réponse à explorer plus en détail.

... / ...

¹ « Cette volonté de prévenir, de dépister, d'éradiquer à la racine ce qu'on pense être néfaste, en particulier pour la société, le plus tôt possible fait partie là aussi de concept hygiéniste, de concept néodarwiniste sociale dont les racines sont très anciennes. En deux mots, le problème n'est pas de savoir s'il faut aider des enfants et des parents tôt quand ils ont des problèmes. La réponse est évidemment oui, la médecine a pour but de soulager la souffrance. Le problème est de savoir comment et pour quelles raisons et dans quel contexte on les aide. Le problème est de ne pas avoir l'illusion qu'une démarche purement médicale permettra de régler l'ensemble des problèmes qu'on croit avoir détecté et qu'on veut prendre en charge. » Jean Claude Ameisen, *Implications éthiques des avancées conceptuelles en biologie*. Cours mis en ligne sur youtube, à sa 3'21, consulté le 15 décembre 2014 depuis le lien suivant :

<https://www.youtube.com/watch?v=TCeuRJE4Fw>

² Consciente ou inconsciente.

³ De manière précoce et au travers de nombreux espaces de formation, la société a une capacité inouïe d'infliger à ses apprenants (écolier, collégien, étudiant, etc.) un conditionnement de nature mortifère, c'est à dire propice à produire de l'ennui et de la passivité, à « tuer » dans l'œuf une expression fondamentale du vivant, à savoir cette faculté à être, à réagir et à créer.

⁴ Rester dans la « course » et s'aligner sur le modèle dominant de la compétition ou de la performance.

⁵ Dans le sens de la désinhibition.

⁶ Dans le dépassement de soi et l'exploration de ses multiples facettes, en apparence et en conscience modifiées.

⁷ À travers « l'illusion » de se sentir en vie, de vibrer, pour un instant, il y a bien une quête de sens à donner à son existence dans l'affirmation d'un « je » en construction permanente avec son environnement social de proximité et/ou d'éloignement.

⁸ Inklus les espaces électroniques (internet, etc.) où le caractère virtuel semble bien être remis en question.

⁹ L'occupation des espaces dévolus à l'acte d'achat est aussi motivée par la recherche de rencontre ou d'animation.

¹⁰ Cette perte de maîtrise peut être caractérisée par l'achat compulsif qui connaît une croissance significative en Suisse selon une étude consultée le 15 décembre 2014 depuis le lien suivant :

https://www.fr.ch/dsas/files/pdf3/etudemaag_resutats.pdf

¹¹ Au sens premier du terme, dans les traces du concept de « salutogenèse » relatif aux travaux du sociologue de médecine Aaron Antonovsky (1923-1994).

¹² Cf. le réseau international en travail de rue de l'association Dynamo International depuis le lien : www.travailderue.org

¹³ La formation en travail santé-social est présente en Suisse romande. En revanche, l'absence de filières spécifiques au travail social de rue rend sa pratique encore timide et vulnérable, notamment aux yeux de décideurs (rarement expérimentés dans cette pratique) qui s'en arrangent par ailleurs. En effet, l'engagement d'acteur peu qualifié ou non formé engendre des injonctions qui peuvent s'éloigner de l'essence même de la profession, à savoir : le travail avec la communauté de base — sans discrimination aucune —, la présence dans les rues et les milieux de vie des populations, la libre adhésion desdites populations, le respect de leur anonymat, l'émergence de recommandations à visées de transformation sociale ou politique, etc. Il est donc « urgent » d'investir dans la formation, l'évaluation et la recherche. En effet et à titre d'exemple, la tendance à voir le repli (augmentation de présence dans les bureaux, les espaces d'animation ou de réseaux, etc.) de nombreux professionnels en travail de rue - au lieu d'investir le plus gros de leur temps dans la rue et les milieux de vie des personnes qu'ils « visent » à atteindre - est bien actuelle et vient discréditer la nature même de la profession. Il faut par ailleurs saluer la mise sur pied d'un institut international en travail de rue basé à Lisbonne (cf. le lien : <http://swtwinstitute.wix.com/streetworkinstitute>) et l'intérêt pour le travail social de proximité à l'institut d'études sociales de Genève (cf. le lien : http://www.hesge.ch/hets/sites/default/files/formation/documents/plaquette_cas_2012-2013_travailsocialproximite.pdf)

Funambule.

À l'heure où les *pré*occupations sociales, sanitaires et sécuritaires, notamment à l'égard de la jeunesse¹⁴, vont grandissantes, le travail social hors murs connaît une émergence en Suisse romande. Au rôle charnière et inscrit aux confins de multiples domaines¹⁵, il agit à la base de la communauté¹⁶ selon des principes – libre adhésion¹⁷ et confidentialité¹⁸ – et tend à construire du lien social et une relation de confiance, à contribuer à l'émancipation des individus – en priorité ceux en proie à des processus d'exclusion et de précarisation –, à dresser des passerelles avec diverses structures existantes, à faire émerger les questions et problématiques auprès des autorités, à rendre la communauté attentive aux potentialités de chacun de ses membres, à renforcer une cohésion sociale et à insuffler des formes nouvelles de démocratie directe et participative, en particulier dans une cité où cohabitent aussi les « sans voix » (sans papier et sans capacité de vote) et un nombre conséquent de personnes qui boudent les urnes. Le travailleur¹⁹ de rue s'affaire tout particulièrement à tenir compte du milieu naturel dans lequel évoluent les populations qu'il côtoie. Il n'a pas pour fonction d'imposer, d'interdire ou de normaliser un comportement. Sur le mode de la régulation, il est aussi dans ses cordes de favoriser une réalité par des suggestions qui s'appuient sur des objectifs définis (réduction des risques, « empouvoirement », inclusion sociale, etc.). Si sa pratique se formalise²⁰ peu à peu, il n'en reste pas moins qu'elle relève d'un véritable travail d'équilibriste qui met en tension et puise ses ressources dans un espace réflexif²¹ au minimum traversé par des questions éthiques.

Dans la rue (parcs, places publiques, gares, abris bus, parking, toile internet, etc.) et les « mi-lieux » de vie (appartements, quartiers, hall commercial, réseaux sociaux électroniques, entrées de magasins, etc.) de diverses populations, s'informer, s'immerger, écouter, observer, aller vers²², oser, créer du lien, faciliter, accompagner, mettre en lien ou recommander sont autant de verbes qui caractérisent le travail social hors murs (TSHM). Au travers d'une relation personnalisée avec les populations rencontrées et sur le devant de la scène des questions, tendances ou

problématiques sociétales, cela lui confère une capacité à repérer les premiers signes de situations susceptibles de péjorer la qualité de vie des dites populations et, de ce fait, une posture privilégiée pour agir sur la promotion de la santé.

À dessein de souligner la dynamique de la « page blanche »²³ qui colle au travail de rue et sans vouloir cristalliser une représentation – au détriment d'une autre – quant à l'idée qu'il serait donné de s'en faire, il existe néanmoins des « incontournables » de « l'aller vers ». En effet, dans l'action de s'immerger et de se fondre dans la masse – communauté de base –, le TSHM cherche à éviter ou à limiter la surenchère de stigmatisation (les marginaux, les « pauvres », les lascars, les drogués, les « bourgeois », les « noirs », les « yougos », les roms, etc.) qui s'opère sur les publics qu'il côtoie, seuls ou en groupe, et ainsi, fait le pari d'un lien social à construire ou à déconstruire²⁴. Imprégné d'intention, d'attention, d'ouverture, de dialogue mais aussi de conflictualité, ce lien peut aboutir à une confiance, porte d'entrée principale à la possibilité d'un accompagnement de natures individuelle ou collective. Si ce travail d'accompagnement se conçoit généralement dans une certaine planification (rendez-vous, séance de réseau, visite carcérale, etc.), il est aussi essentiel de souligner qu'il s'établit in situ dans la rue ou les milieux de vie des personnes que le TSHM « vise » à atteindre. Le transfert de compétences sociales qui s'opère dans les liens tissés constitue par ailleurs un aspect du travail largement sous-estimé, alors qu'il vient renforcer l'ensemble de la communauté dans sa capacité à entrer en relation, *pré*venir des situations à risque, réguler des conflits ou vivre ensemble.

Pour illustrer ce point, j'évoquerai d'abord le périmètre de la gare²⁵, qui occasionne des rencontres avec toutes sortes de populations, jeunes, jeunes adultes ou adultes (en fonction du mandat institutionnel), qui sont généralement là pour chercher du lien, attendre un train ou un bus, (re)trouver des amis, « draguer », se poser, rompre avec l'ennui et se sentir reconnu. De manière plus marginale, il y a l'envie de fumer un joint entre potes après le boulot, boire une bière ou chercher de quoi consommer (cannabis, coke...),

vendre ou revendre quelque chose, se faire un billet ou davantage, etc. Ces présences permettent autant de faire la connaissance d'usagers *lambda* de la gare que de personnes²⁶, dont certaines en situation d'exil, qui s'adonnent de manière démonstrative à la revente de cocaïne et d'herbe. À l'égard de ces pratiques, et face au désarroi manifeste d'une bonne part des habitants de la ville, j'invite le municipal en charge des questions sociales à partager un temps d'observation et de discussion autour de cette situation. Rapidement, pour palier une certaine forme de « barbarie »²⁷ de la pensée (Morin 2005), il y a lieu de mettre en évidence la complexité qui caractérise ce deal de rue. En effet, l'association de plusieurs thématiques que sont l'addiction, l'économie informelle, la stigmatisation de populations, l'exil ou la politique migratoire, l'ordre public et la santé, pour ne citer que les principales, souligne cette ambiguïté. Une ambiguïté qui rend la tâche ardue dans la formulation des questions immanentes, exercice ô combien nécessaire, à laquelle doit être associée la communauté dans son ensemble, inclus les personnes directement concernées par la consommation ou la (re)vente de produit. Je mets alors sur pied un groupe de travail réunissant divers partenaires en vue de questionner, réfléchir et concevoir l'opérationnalisation d'un processus participatif de type communautaire²⁸.

Autre illustration : dans la rue et en fin de semaine, une rencontre s'établit au milieu d'un groupe d'adultes avec un jeune homme de 16 ans, dont la mère est dépressive et le père a coupé les ponts avec la famille. Livré à lui-même depuis l'âge de 12 ans, il s'embourbe dans la consommation de cannabis ou d'extasy et parle aussi de religion, l'islam, dont il semble ne connaître que le nom. Plutôt réservé, il observe et écoute avec beaucoup d'intérêt. Un lien s'établit et il me confie qu'il a autrefois été doué en course à pied. C'est au travers de cette activité « alibi » que le lien va se renforcer. Il souligne ... / ...

¹⁶ Il s'agit ici de considérer l'ensemble des populations caractérisant la communauté, au sens large du terme, afin de mettre l'accent sur son caractère pluriel, de pallier la stigmatisation qui s'opère sur certains publics et de souligner l'action à visée communautaire du travailleur de rue.

¹⁷ Voir l'étendue de la charte de travail social hors murs, GREA 2005 depuis le lien : <http://www.grea.ch/publications/charte-du-tshm>

¹⁸ Relative au cadre légal en vigueur certes.

¹⁹ L'usage du masculin dans ce présent article vise à alléger le texte et ne se veut aucunement discriminatoire à l'égard des femmes.

²⁰ Élaboration de cahiers des charges, production de rapports d'activités ou de travaux de recherche, rédaction d'articles et activités de la plateforme romande du TSHM.

²¹ Si les rencontres de la plateforme romande du TSHM peuvent s'en apparenter, la nécessité, au sein même des institutions employant des travailleurs de rue, de réfléchir sur le développement (forme et contenu) de ce type d'espace est cruciale pour une profession particulièrement exposée à des situations sensibles (maltraitance, etc.).

²² De manière non intrusive et dans la non-ingérence. Cette fonction « d'aller vers » est centrale dans la profession puisqu'elle détermine la manière dont le mandat se développe à partir de la communauté de base. En résumé, c'est depuis la rue, les quartiers, les halls de magasins, les cages d'escaliers, les appartements, les familles, etc., que l'action du TSHM se déploie, en référence à un cahier des charges et à une ligne institutionnelle qui devrait le soutenir.

²³ Cette expression caractérise le fait de faire de la place (« less is more ») dans le dialogue, être à l'écoute, réserver des plages libres de son planning et de son agenda pour les imprévus dans son activité journalière.

²⁴ Au travers de la posture de tiers maïeutique qui colle à sa fonction, le TSHM crée un espace dans l'échange qui peut parfois remettre en question la nature de la relation que les publics entretiennent entre eux. À titre d'exemple, lorsqu'il prête une attention particulière à une personne qui, pour éviter la rupture d'un lien et/ou l'exclusion d'un groupe, est disposée à payer le prix fort et n'hésite pas à se soumettre à toutes formes de manipulation (« va me chercher une bouteille », « garde mon chien, je reviens dans une heure », etc.), le TSHM opère alors un processus de déconstruction (Derrida 1987) du lien de nature à interroger, dans ce cas, son caractère « toxique ». Il en va de même pour une personne à laquelle on fait subir une forme ou une autre de relation toxique au sein d'une famille, d'un centre social, de l'école, de l'entreprise, de la prison, d'un centre de soin, etc.

²⁵ Les gares en Suisse sont des espaces privés d'utilité publique.

²⁶ « Criminalisées » par un certain nombre des habitants de la ville ou de la Suisse romande.

²⁷ « Nous sommes encore aveugles au problème de la complexité. Les disputes épistémologiques entre Popper, Kuhn, Lakatos, Feyerabend, etc., la passent sous silence. Or cet aveuglement fait partie de notre barbarie. Il nous fait comprendre que nous sommes toujours dans l'ère barbare des idées. Nous sommes toujours dans la préhistoire de l'esprit humain. Seule la pensée complexe nous permettrait de civiliser notre connaissance. ». É. Morin, *Introduction à la pensée complexe*. Paris, Éditions du Seuil, 2005, p. 24.

²⁸ Il est ici fait référence à une démarche qui s'apparente à ce que promeut l'institut Renaudot en France. Cf. le site consulté le 27 janvier depuis le lien suivant : <http://www.institut-renaudot.fr/sommes/la-demarche-communautaire/>

¹⁴ S'agissant de questions transversales à l'ensemble de la communauté, il y a matière à s'interroger : pourquoi la plupart des programmes relatifs aux aides préoccupations place la jeunesse dans « l'œil du viseur » ?

¹⁵ L'éducation (formelle ou informelle), la déviance, la médiation, la santé, la philosophie, la politique, le coaching, la sécurité, la sociologie, la psychologie, l'économie, le développement durable, la culture, l'animation, la criminalité, les médias ou le sport.

ne pas apprécier les adultes qui boivent ou qui fument et reconnaît ne pas être fier de sa consommation, cannabiss tous les jours, *extasy* le week-end seulement. Il a une énergie débordante et regrette le temps où il pouvait courir vite et longtemps. Après quelques mois, il adhère à la proposition de rencontrer un spécialiste dans le traitement des conduites addictives chez les adolescents et un rendez-vous est fixé.

Noctambule.

Lors de présence nocturne proche des milieux festifs (bar, salle de concert, discothèque, habitation privée sur invitation, etc.), dans la rue, le centre-ville ou les quartiers, le TSHM croise du monde et entretient des liens, notamment avec des populations qui apparaissent exclusivement au crépuscule. À condition qu'elle se fasse de manière non intrusive ou qu'elle s'adosse à d'autres démarches d'accompagnement social, individuel ou collectif, la présence du TSHM permet d'aborder la manière la plus courante, pour ne pas dire sociale, d'occuper la nuit ; à savoir la fête, la musique, la recherche d'une conscience modifiée (danse, transe, alcool, psychotropes, etc.), le bruit, la mise à l'épreuve des limites (les siennes et celles relatives au cadre sociétal) et l'introspection existentialiste – la nuit comporte en elle une prédisposition à soulever des questions philosophiques – sur le rapport à la mort ou le sens de la vie par exemple. Avec sa posture de « tiers maïeutique », le TSHM peut avoir une influence positive sur certaines personnes dans leur capacité à (re)trouver du discernement et à éviter de se « fourrer », parfois à leur insu²⁹, dans des conduites nuisibles, telles que l'escalade vers la surconsommation d'alcool (*binge drinking*), la prise du volant en état d'ivresse, la bagarre, etc.

C'est ainsi que, bien souvent seul dans un état de sobriété, j'erre la nuit dans le centre-ville ou les lieux de rassemblement (parking, abri bus, etc.), nourriture (récupération auprès d'un ou deux commerçants en vue d'estomper l'effet de l'alcool) et préservatifs en poche, et observe que les publics qui souffrent d'une mauvaise estime de soi, d'angoisses ou d'un manque de reconnaissance (la société, inclus la famille, l'école, le couple, le lieu de travail, etc.) ont des comportements excessifs à l'égard d'elles-mêmes et d'autrui. Pour eux, consommation rime systématiquement

avec désinhibition et principal moyen d'atteindre un « lâcher prise » face à leur état de souffrance. Des échanges entretenus à ce moment précis m'ont parfois permis de désamorcer des conflits, d'éviter l'escalade de la consommation ou de raccompagner chez elle une personne ayant dépassé ses limites.

Autre temps, autre lieu, autre action... À l'occasion d'un festival étudiant de grande ampleur, je mets sur pied un « staff bienveillant » avec le concours de huit jeunes adultes (rémunérés), habitués des sorties nocturnes de la ville et connus de nombreux publics. Cet accompagnement collectif consiste essentiellement à encadrer la préparation, le suivi sur place (22h à 5h du matin) et le *débriefing* pour une mission centrée sur le désamorçage de petits conflits et l'orientation vers les samaritains de personnes ivres sur le site ou aux alentours. La nette diminution des interventions sanitaires et de service d'ordre a été soulignée au bilan au cours duquel certains d'entre eux ont pu assister et dresser des recommandations utiles au prochain comité d'organisation.

Postambule.

Retranchés dans leur milieu naturel, espace ultime de légitimation ou d'autolégitimation sociale, affectés par le mépris ou l'exclusion (primauté de la compétition ou de l'élitisme), la précarité ou la désolation (plus rien à perdre) adossées à l'absence de projet de vie, certaines personnes sont disposées à rechercher une réalisation de soi dans une « lutte pour la reconnaissance » (Honneth 2000) sans merci et dans les formes les plus extrêmes d'aliénation (trafic en tout genre, intégrisme religieux, proxénétisme, etc.), terrain fertile à une conduite addictive. A la fois refuge et psychotique, cette tendance est persistante, sinon croissante, en l'absence de tiers en capacité de travailler avec tout public, sans discrimination sociale³⁰, sexuelle, religieuse, ethnique ou politique. À visées éducative, sanitaire, sécuritaire³¹ et sociétale, dénuée de toute intention coercitive ou répressive, quelle action en dehors du travail social de rue peut-elle se *prévaloir* de disposer d'un lien privilégié, voire « intime » (Morel Cinq Mars 2013³²), avec ces personnes ?

NB : Les diverses illustrations proposées dans cet article constituent des « arrêts sur image » de situations vécues et, de ce fait, occultent l'avant (l'entrée en lien) et l'après (la culture du lien) qu'elles recouvrent.

²⁹ Le conformisme inhérent au groupe ou au collectif contribue en effet à mettre l'affirmation de soi ou l'expression d'un « je » à rude épreuve.

³⁰ L'origine sociale de la personne est ici sous-entendue.

³¹ À propos du travail social de rue vu sous l'angle des notions de formalisation, de sécurité et d'insécurité, un ouvrage du même auteur est sur le point d'être publié aux éditions Peter Lang. Cf. le lien :

<http://www.peterlang.com/index.cfm?event=cmp.ccc.seitenstruktur.detailseiten&seitenartyp=series&pk=434&cid=367&concordeid=SOST>

³² J. Morel Cinq-Mars. *Du côté de chez soi. Défendre l'intime, défier la transparence*, Paris, Éditions du Seuil, 2013.

En Suisse, des partenariats avec les collectivités pour une meilleure prévention

La Fondation genevoise pour l'animation socioculturelle (FASe) développe les collaborations avec les collectivités locales, avec un objectif : favoriser le bien vivre ensemble, la prévention et la mise en œuvre de l'intervention précoce. À la clé, des conventions tripartites entre la FASe, les associations et les communes. Explications de Christophe Mani, directeur opérationnel de la Fondation.



Actal. *La régionalisation développée par la Fondation vise à favoriser des partenariats entre les autorités, les professionnels, les jeunes. En quoi cela répond-il à un objectif général de prévention ?*

Christophe Mani. Faire face aux multiples problématiques sociales et de santé publique rencontrées aujourd'hui nécessite de développer des partenariats entre tous les acteurs impliqués dans la recherche du bien-être social. L'articulation entre ces acteurs, les professionnels et les autorités communales est aujourd'hui un enjeu déterminant. Or, la force de notre Fondation est d'avoir un regard global sur les problématiques sociales de l'ensemble du territoire genevois et d'y apporter nos contributions, tout en développant, dans le même temps, de nombreuses initiatives locales. Car l'un des atouts de la FASe est de bénéficier d'un dispositif global important, financé par l'État et les communes, qui

s'implique à l'échelle locale : 45 centres de loisirs et maisons de quartier et onze équipes de travailleurs sociaux hors murs développent, sur 41 communes, des actions de types socioéducatif et socioculturel, soit 800 personnes au total. Leur mission : favoriser et entretenir la cohésion sociale sur le canton de Genève.

Pourquoi les collectivités locales vous sollicitent-elles ?

Les communes se sont d'abord mobilisées pour faire face à des problèmes de gestion d'espace public : avant même l'apparition de comportements à risques, elles se trouvent confrontées à des problèmes d'incivilité, de déchets, de nuisances sonores de groupes occupant la voie publique, à des comportements à risques comme la conduite de véhicules en état d'ébriété, à des comportements violents liés à la consommation d'alcool ou de produits. Elles se sont, dans un deuxième temps, mobilisées pour faire face aux situations de ruptures et de difficultés d'insertion professionnelle qui touchent de nombreux jeunes concernés par les problèmes repérés en premier lieu.

La Fondation développe de nombreuses activités pour promouvoir un environnement favorable. Depuis trois ans, chaque travail dans une commune fait l'objet d'une convention tripartite entre la Fondation, la commune et les associations gérant les centres de ce territoire. Fixée chaque année, avec reconduction tacite, la convention a des objectifs et des exemples d'actions qui ne sont pas exhaustifs : ce qui y figure est, avant tout, l'intensification de la prévention. Il peut s'agir de développer des activités auprès des jeunes adultes en rupture, de renforcer l'accueil auprès des enfants de 4-8 ans en dehors des horaires scolaires, de développer une activité l'été... En ce qui concerne les problèmes d'addiction, des communes ont développé ces dernières années des concepts d'intervention précoce, avec le soutien de la Fédération genevoise de prévention de l'alcoolisme (FEGPA) et avec un organisme fédéral de promotion de la santé publique (RADIX).

Comment, concrètement, se mettent en place ces conventions tripartites ?

Nous construisons ensemble des diagnostics locaux partagés, dans une concertation qui est le fondement même de la construction d'une politique locale.

Les autorités de la commune édictent une politique Jeunesse en établissant leurs priorités ; les associations de centres se basent sur leur projet institutionnel ; la FASE apporte les éléments relatifs à son contrat de prestation avec le canton, avec divers objectifs : renforcer les actions en faveur des enfants et jeunes issus de milieu précaire, favoriser la diversité ou encore renforcer la démocratie participative. Ensemble et à partir de ces fondements, ces trois parties définissent des objectifs communs. Les autorités communales interviennent également dans le pilotage des équipes des travailleurs sociaux hors murs.

Les magistrats défendent aussi les budgets relatifs à l'animation socioculturelle auprès des élus communaux.

Un suivi des actions est assuré par l'ensemble des parties. Il n'est pas une commune qui ne se sente pas concernée aujourd'hui par des problèmes de prévention. Tout le monde comprend que tout travail sur le lien social comporte une dimension préventive, puisqu'il vise à empêcher l'apparition des situations critiques naissant de la désinsertion et de l'exclusion.

Constatez-vous, depuis, un nouveau regard sur la prévention ?

Oui, il y a une évolution dans les esprits : il s'agit moins de faire face à des jeunes qui posent problème que d'apporter de l'aide aux jeunes qui ont des problèmes. On constate une dynamique de prévention et d'intervention précoce de plus en plus organisée, s'appuyant sur un catalogue de mesures qui impliquent tous les acteurs concernés. La réflexion se veut désormais de fond, désireuse de répondre à un objectif : favoriser la cohésion sociale, le bien-être, la qualité du bien vivre ensemble. La question posée est de savoir ce qu'il faut mettre en place et développer à l'échelle du territoire concerné pour les favoriser. Il ne s'agit pas d'aborder forcément la situation en termes de « problèmes » mais en termes de « moyens destinés à favoriser le bien vivre ensemble dans une commune, et de ressources des jeunes ».

Et tout le monde travaille ensemble : la mairie, les services sociaux communaux, les policiers de proximité, cantonaux et communaux, qui repèrent des situations particulières, les intervenants de la Fondation...

Quels types d'actions sont ainsi mises en place ?

Les problématiques sont très différentes d'une commune à l'autre. Par exemple, telle commune connaît un problème d'alcoolisation massive à l'occasion de fêtes publiques organisées par les associations sportives, avec les ventes d'alcools forts. Cette commune a interpellé tous les acteurs communaux pour s'interroger sur la responsabilité de chacun, afin d'améliorer une situation que tout le monde déplore. Il s'en est suivi la proposition d'une série de mesures concrètes : l'interdiction de ventes d'alcool fort dans certaines manifestations, l'arrêt de la vente d'alcool à partir d'une certaine heure, l'organisation de retours à la maison par un conducteur abstinent... Autre exemple : la Ville de Genève accorde des réductions sur le prix de la location de salles à l'organisateur d'une fête qui s'engage à prendre des mesures de prévention et de réduction de risques.

Ailleurs, une équipe hors murs mène des actions de sensibilisation en milieu scolaire, avec des policiers, sur les questions de la consommation de cannabis : chacun apporte son point de vue, du côté de la loi et de la santé. Ici, cette petite commune a constitué un groupe local « Prévention jeunesse » réunissant police cantonale, police municipale, intervenants sociaux pour établir un diagnostic de situation et faire le point des actions menées. Là, dans une commune où plusieurs jeunes se sont tragiquement tués en voiture, une action de formation à la conduite des jeunes, dont certains ont eu maille à partir avec la police, a été organisée par les travailleurs sociaux, en lien avec les autorités communales et avec la participation active de la police. Cela finit par un match de foot ou des repas communs. Ailleurs encore, une équipe assure le soir des présences dans les parcs publics auprès de jeunes s'alcoolisant, afin de les sensibiliser à la consommation excessive.

En quoi cette articulation tripartite soutient-elle mieux les jeunes ?

Ces actions sont mises en place avec le soutien et l'aide financière des communes et du canton, mais toujours construites avec les jeunes. Ainsi, la prévention se fait par les pairs : avec « Lâche pas ton pote » et « Intermezzo », ce sont les jeunes qui ont connu des soucis avec la consommation qui deviennent eux-mêmes des acteurs de prévention. Nous les formons et ils sont ainsi complémentaires des professionnels avec leur « parler vrai ». Créer du lien va permettre de favoriser la connaissance, le respect mutuel des gens et, peut-être de réduire ainsi les incivilités. Enfin, nous organisons, avec des spécialistes experts en la question, des campagnes ponctuelles autour de sujets tels que le jeu excessif, Internet et les images sexuelles, les rapports de genres, la violence... La FASE est également sollicitée pour anticiper les évolutions urbaines quand les villes connaissent un agrandissement important de leurs quartiers. Nous sommes sollicités pour réfléchir sur la prévention, grâce à la mise en place de dispositifs d'animation socio-culturelle, le champ idéal pour développer l'intervention précoce. Mais nous ne sommes pas là pour « faire pour », mais pour « faire faire » ou « faire avec », et aider les populations à utiliser leurs propres ressources pour développer des actions.

Le souci de politique sécuritaire des communes peut être contradictoire avec les valeurs que vous défendez. Comment concilier les deux ?

Nous partageons tous la même valeur : le bien commun, le bien vivre ensemble, même si des tensions peuvent parfois exister sur la manière de les atteindre. Il est clair que les intervenants de la Fondation ne sont pas des agents de sécurité, même si notre action peut contribuer à une amélioration de la sécurité sur une commune, notamment par les liens de confiance que nous développons avec les gens, individus ou collectifs.

Certes, des mises au point avec certaines communes sont parfois nécessaires, et nous rappelons que notre rôle n'est pas d'aller dans les quartiers régler des problèmes que la police ne règle pas, avec une intervention sécuritaire. Par contre, nous aidons à développer du lien avec les jeunes, à connaître leurs attentes, à cerner leurs réels besoins et ainsi à travailler plus facilement.

Par exemple, nous favorisons le développement du « Sport pour tous » et du « Danse pour tous » : des salles sont mises à disposition gratuitement par des communes, le soir et le week-end, gérées au départ par les travailleurs sociaux hors murs.

Elles sont un outil permettant de créer du lien avec les jeunes qui ne veulent pas forcément aller dans des clubs de sport compétitifs, qui sont désœuvrés, fument, boivent en quantité. Cela peut déboucher ensuite sur des accompagnements plus individualisés, sur des propositions de petits jobs ou de développement de projets. Selon les idées proposées par les jeunes, le rôle du travailleur social hors les murs va être alors de présenter ces jeunes aux autorités et de leur permettre de développer et défendre un projet qui pourra, par exemple, déboucher sur une convention de prêt de mise à disposition des locaux.

Autant d'actions qui participent de l'intervention précoce dans la mesure où l'on peut repérer les jeunes qui sont dans une situation de plus grande vulnérabilité, sans formation, sans activité, en difficulté avec leurs parents, et ainsi favoriser par la suite un accompagnement plus personnalisé, voire une orientation vers des structures spécialisées, en addictologie ou en réinsertion par le travail.

Qu'est-ce qui vous semble le plus difficile ? La différence des logiques professionnelles ?

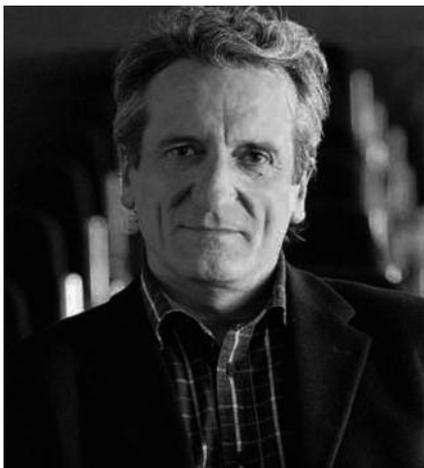
Construire progressivement des logiques communes, bien repérer les apports des uns et des autres et les limites de ces apports, et ce que l'on peut attendre des autres constituent parfois une réelle difficulté. Nous devons faire attention, dans ces rapports de proximité que nous avons avec différents professionnels, à penser à l'intérêt du jeune, et à veiller, par exemple, aux questions de confidentialité : les échanges d'informations sensibles sur des situations peuvent

devenir des enjeux et il nous faut être vigilants.

Par ailleurs, agir sur l'environnement prend du temps alors que les autorités demandent souvent d'agir rapidement, voire dans l'urgence.

Les questions financières sont à prendre en compte aussi, dans un contexte d'austérité publique, pour défendre chaque projet. Et puis, les élus sont élus pour quatre ans, et il faut reprendre le bâton de pèlerin pour fidéliser les partenaires. Sans oublier les difficultés actuelles d'accès au marché de l'emploi, avec des jeunes hors de tout dispositif, qui se retrouvent sans rien à 15 ans et décrochent du système. Nous menons des actions avec nos partenaires pour construire, proposer des actions et dispositifs permettant de « rattraper » ces jeunes, leur redonner confiance en eux, apporter des « coups de pouce » que sont les petits jobs, par exemple.

Enfin, il y a les contradictions ou les paradoxes : le discours actuel vise à développer la prévention pour éviter le *binge drinking*, par exemple, mais on constate en même temps un retour de la publicité pour l'alcool à la télévision et au cinéma, accompagnée de la baisse des taxes liées à l'alcool. Une loi interdit la consommation de cannabis, mais le contexte reste flou et le discours peu clair, ne permettant pas aux jeunes de se repérer.



Dr Jean-Michel Delile

*Directeur du CEID Addiction à Bordeaux,
vice-président de la Fédération Addiction*

Repérage et dépistage: quelques rappels

Cette hésitation est accentuée par une culture professionnelle dominante plus psycho-sociale que médicale qui conduit à mieux se représenter les risques du dépistage (« surveiller et punir ») que les bénéfices (« repérer pour traiter »). Cette crainte d'un *big brother* médical et hygiéniste, masque scientifique du contrôle social et du « grand enfermement » des déviants, a été récemment nourrie et illustrée par les polémiques sur le dépistage précoce des troubles des conduites chez les enfants et les adolescents (Inserm, Expertise Collective 2005).

C'est la raison pour laquelle il nous est apparu indispensable de présenter dans ce numéro d'*Acta* quelques données techniques sur le dépistage et le repérage afin d'aider à mieux s'approprier ces outils efficaces, et donc à mieux les utiliser : plus largement, et toujours dans des conditions rigoureusement respectueuses des personnes et des impératifs éthiques.

Santé publique et clinique individuelle

En médecine curative, le médecin répond à la demande d'un patient qui souffre d'un problème de santé pour lequel il attend du médecin un diagnostic et surtout, par voie de conséquence, un traitement efficace. Lorsque la société est confrontée à un problème de santé publique, a fortiori une maladie infectieuse (exemple récent d'Ébola), la question se pose différemment. Il s'agit de faire un diagnostic de masse, si possible, préalablement à une expression clinique et en l'absence de symptômes allégués par les (futurs) patients. La démarche est donc différente : il faut être proactif, anticiper une plainte et une demande éventuelles. Les outils diagnostiques utilisés sont simples, rapides, nécessairement imparfaits. Ils sont proposés à des personnes non demandeuses

Le traitement des addictions dispose d'outils médicamenteux et socio-psychothérapeutiques d'autant plus efficaces qu'ils sont mis en œuvre précocement dans les parcours de vie. Il est préférable d'agir sans attendre que les dommages secondaires s'accroissent, en suscitant la demande d'aide à un moment où l'addiction est déjà bien installée, en voie de chronicisation, et donc plus difficile à contrôler. Les professionnels doivent s'engager dans des actions de repérage précoce pour identifier le plus tôt possible les personnes présentant des conduites addictives.

Néanmoins, les addictions étant un trouble psycho-comportemental et non infectieux, les pratiques professionnelles, particulièrement pour les drogues illicites, se sont centrées sur le sujet plus que sur la santé publique, et la demande du patient occupe une place centrale, au détriment, peut-être, de préoccupations populationnelles. Enfin, les addictions restant socialement stigmatisées, nombre de patients sont réticents à l'idée d'être identifiés comme tels par leur entourage familial et social, mais aussi parfois par leur médecin-même. Par crainte d'enfermer le sujet dépendant dans un statut potentiellement démobilisateur de « malade chronique », et/ou d'accroître sa stigmatisation sociale, les professionnels hésitent à développer des actions de dépistage.

mais qui appartiennent, par exemple, à des groupes à risques concernant le problème identifié. En effet, il n'est pas possible, dès que le problème de santé publique atteint de fortes prévalences, de soumettre chaque sujet à un examen clinique détaillé, et éventuellement à plusieurs examens complémentaires. Cette procédure serait à la fois trop longue pour être efficace, dans le cas de troubles épidémiques par exemple, et trop coûteuse pour pouvoir raisonnablement espérer être mise en œuvre. Il est donc nécessaire d'adopter des procédures collectives, plus simples et plus rapides, même si elles sont approximatives et associées à un certain taux d'erreur.

Le dépistage : définition et modalités de mise en œuvre

Selon l'OMS, le dépistage identifie de manière présomptive à l'aide de tests, d'examens ou d'autres techniques d'application rapide, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie jusque-là inaperçue. L'objectif est d'améliorer la santé des individus concernés et de leur environnement (épidémies) par un diagnostic précoce des maladies à un stade où elles sont curables, ou quand leurs conséquences peuvent être limitées.

L'OMS préconise qu'un certain nombre de conditions soient rassemblées pour qu'un dépistage soit mis en œuvre. Les 10 principes de l'OMS sont les suivants :

- 1.** La maladie dépistée doit constituer une menace grave pour la santé publique (fréquence de la pathologie, gravité des cas...).
- 2.** Il doit exister un traitement d'efficacité démontrée.
- 3.** Il faut disposer de moyens appropriés de diagnostic et de traitement.
- 4.** La maladie doit être décelable pendant une phase de latence ou au début de la phase clinique.
- 5.** Il existe un examen de dépistage efficace.
- 6.** Il faut que l'épreuve utilisée soit acceptable pour la population.
- 7.** Il faut bien connaître l'histoire naturelle de la maladie.
- 8.** Il faut que le choix des sujets qui recevront un traitement soit opéré selon des critères préétablis.
- 9.** Il faut que le coût de la recherche des cas ne soit pas disproportionné par rapport au coût global des soins médicaux.

10. Il faut assurer la continuité d'actions dans la recherche des cas, et non la considérer comme une opération exécutée « une fois pour toutes ».

Les tests de dépistage doivent faire le partage entre les personnes qui sont probablement atteintes d'une maladie donnée et celles qui en sont exemptes, mais sans poser un diagnostic. Les personnes dont les résultats sont positifs ou douteux sont orientées vers leur médecin pour vérification du diagnostic et, si besoin est, pour la mise en place d'un traitement. Le dépistage est donc une démarche de prévention secondaire¹ qui a pour caractéristiques :

- de ne pas répondre à une demande explicite des populations : le professionnel prend l'initiative de l'examen, clinique ou biologique, de personnes *a priori* en bonne santé car ne présentant pas de signes de la maladie ou, en tout cas, ne signalant pas *a priori* d'éventuels troubles ni même prodromes de troubles ;.
 - de n'être qu'une étape avant le diagnostic de certitude.
- Les outils utilisés ne permettant que de sélectionner en population générale les personnes porteuses d'une affection définie et de les différencier, avec un certain taux d'erreur, des sujets probablement sains. Ils seront ensuite référés aux médecins et soumis à d'autres tests avant que le diagnostic ne soit établi ou récusé.

Hors questions de coûts, l'évaluation d'un test de dépistage se fait essentiellement sur ses capacités de repérage des malades, son aptitude à discriminer les personnes porteuses d'une affection particulière de celles qui ne le sont pas. Ses deux qualités essentielles qui définissent sa validité interne (*accuracy*) sont :

- la sensibilité : capacité du test à identifier les sujets présentant la maladie

- la spécificité : capacité d'identifier les sujets sains

Un test est sensible quand le nombre de faux négatifs (porteurs du trouble mais non dépistés par le test) est faible, il est spécifique quand le nombre de faux positifs (dépistés par le test mais non porteurs du trouble) est faible, l'idéal de sensibilité et de spécificité étant 100 % dans les deux cas (0 % de faux négatifs et 0 % de faux positifs).

¹ Prévention secondaire : elle a pour objectif de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, en réduisant l'évolution et la durée de la maladie. Elle est donc particulièrement concernée, loin de les opposer, par les effets préventifs des traitements : *treatment as prevention* !

Bénéfices et risques du dépistage

L'objectif d'un dépistage est d'identifier précocement les sujets malades pour les traiter et par là-même obtenir, grâce au traitement engagé, une guérison ou, à tout le moins, une augmentation de l'espérance de vie et, quoi qu'il en soit, une amélioration de la qualité de vie du patient.

Risques

Dans le domaine des addictions, le dépistage doit particulièrement tenir compte des inconvénients et des dimensions psycho-sociales, parfois négatives, qu'il peut comporter :

- **Stigmatisation et autodépréciation** : les mises au ban de la société de malades, dans les léproseries, sanatoriums ou autres « asiles » (sans aller jusqu'aux « sidatoriums ») rappellent que parfois, l'intention de protéger la société peut amener à des politiques d'exclusion qui se font au détriment des patients. Plus « banalement », sans exclusion effective, ces dépistages risquent, pour des pathologies très stigmatisées, d'entraîner des problèmes familiaux, professionnels ou sociaux. La confidentialité doit être absolue.

- **Les prophéties auto-réalisatrices** : les patients « étiquetés » positifs par le test de dépistage vivent et « se vivent » déjà comme malades et en souffrent au plan psychologique, même s'ils ne présentent aucun signe clinique de la maladie. La qualité de vie de ces sujets peut s'en trouver considérablement diminuée. Si le bénéfice attendu du fait de la précocité de la prise en charge n'est pas supérieur aux risques du dépistage, il convient de revoir sa mise en application.

- **Les erreurs** : il est essentiel de diminuer les taux de faux positifs. Au-delà de l'effet traumatisant d'une présomption (erronée en l'espèce) de maladie, cette révélation peut parfois déclencher des réactions désespérées, le sujet se croyant « perdu » : épisode dépressif, gestes auto-agressifs, « aventures thérapeutiques », problèmes familiaux et relationnels... De son côté, un résultat faussement négatif, peut à l'inverse entraîner un sentiment de fausse sécurité : le sujet est rassuré à tort et se croyant à l'abri de la pathologie, il peut négliger les actions de prévention.

Bénéfices

Dans toutes les études et quelles que soient les pathologies considérées, les sujets dépistés ont une meilleure survie que les autres. Certes, une partie de ces écarts peut s'expliquer par des biais d'avance au diagnostic (*lead time bias*) ou de sélection des cas de meilleur pronostic (*length time bias*), néanmoins les études de survie (indépendamment de toute évaluation de dépistage) indiquent de façon incontestable que la survie des patients est d'autant meilleure que le diagnostic a été porté plus vite. De ce fait, en diagnostiquant plus tôt grâce au dépistage précoce, on peut légitimement penser que la survie et la qualité de vie pourraient être encore améliorées.

De même, les principes de l'OMS mentionnés plus haut assurent un rapport bénéfices/risques très favorable aux actions de dépistage collectif des pathologies ainsi définies. Ils permettent de dépasser les réserves évoquées en centrant ces actions sur des pathologies sévères, pour lesquelles on dispose d'outils diagnostiques et de traitements efficaces et disponibles, et d'autant plus curables qu'elles sont traitées précocement, comme c'est le cas des pathologies chroniques en général et des addictions en particulier.

Dépistage et repérage précoces

Si les notions de dépistage et de repérage sont voisines et se superposent (elles ont d'ailleurs le même équivalent en Anglais, *screening*), le « repérage » renvoie plus usuellement à une dimension individuelle (repérer chez un patient qui vient consulter une problématique ou une pathologie qu'il n'aborde pas nécessairement, car elle est encore indécélable, ou indicible, ou déniée...) alors que le terme « dépistage » renvoie à une approche populationnelle et de santé publique (identifier dans une population les personnes à plus haut risque de présenter la pathologie problématique individuellement, mais aussi collectivement). Un élément de confusion supplémentaire est le fait que les outils de dépistage ou de repérage sont habituellement les mêmes, qu'il s'agisse de tests biologiques (comme une sérologie VHC par TROD ou par prise de sang) ou de tests

déclaratifs (comme l'AUDIT pour les usages problématiques d'alcool ou le CAST pour le cannabis). C'est leur diffusion qui distingue dépistage et repérage : le dépistage est administré collectivement à toute une population concernée, le repérage à un seul consultant qui consulte éventuellement pour un autre problème que celui repéré.

S'inscrivant dans une logique de prise en charge individuelle et nécessitant pour tout test déclaratif non seulement un accord, mais de surcroît une réelle adhésion du patient (sincérité des réponses), le repérage des conduites addictives ne pose pas de problèmes éthiques notables autres que l'impérieuse nécessité d'accompagner psychologiquement l'annonce des résultats et d'être en mesure de proposer immédiatement un accompagnement, voire un traitement adaptés.

Dans le domaine des addictions, il est intéressant de comparer les actions de dépistage VHC et celles de repérage précoce de consommations problématiques. La logique de dépistage de l'hépatite chronique C chez les usagers de drogues a pour fondement de traiter avec une efficacité de près de 100 %. Elle bénéficie aux patients concernés, mais aussi collectivement d'un point de vue de santé publique, car en traitant les patients porteurs, on réduit la transmission du virus et on prévient sa diffusion : *treatment as prevention* (Rapport Dhumeaux, 2014). La logique de repérage se retrouve dans les actions de type RPIB, pour des conduites addictives à haute prévalence mais sous-repérées (alcool, tabac, cannabis...) chez les consultants en médecine générale. Ce repérage aide les usagers concernés à réaliser que leur usage de substances est problématique. Cette prise de conscience, authentifiée par un examen et le discours professionnels, renforcée par une intervention brève, est favorable à l'émergence d'une motivation au changement et, le cas échéant, à une demande d'accompagnement et de soins. Les bénéfices personnels (pour le patient et son environnement immédiat) sont dans ce cas primordiaux, plus que des enjeux populationnels.

Dans tous les cas, la condition essentielle de l'efficacité et de l'utilité du dépistage ou du repérage seront la qualité et la disponibilité de l'accompagnement ultérieur.

Conclusion

Il est évident, au regard des critères de l'OMS, que la question des addictions légitime et même impose le développement d'actions de repérage : il s'agit bien d'un grave problème de santé publique, il existe des tests de dépistage valides et simples d'emploi, il existe des traitements efficaces et accessibles.

Toutes les études montrent par ailleurs, comme l'illustre ce numéro d'*Acta*, que le repérage des patients, en amont de leur demande, le plus tôt possible dans leur parcours, permet de mettre en œuvre des interventions précoces et adaptées qui améliorent leur état de santé et leur qualité de vie.

Les risques de stigmatisation ou d'effets négatifs liés au dépistage peuvent être efficacement contrôlés par le respect des principes OMS.

Au total et comme nous écrivions il y a quelques mois « En avant les TROD ! », nous pouvons maintenant sans réserve aucune proclamer : « En avant le RPIB ! »

CJC Martinique : aller au plus près des usagers



Proximité, réactivité, non stigmatisation : les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) en Martinique ont reçu près de 300 personnes en 2013, jeunes et membres de l'entourage. Entre prévention et soins, à l'hôpital ou en établissements scolaires, où la demande est en augmentation, selon Nancy Bertrand, psychologue.

Acta. *Dans quelles conditions et dans quel cadre rencontrez-vous les jeunes ?*

Nancy Bertrand. Les CJC sont rattachées au CSAPA dont la particularité sur le territoire de la Martinique est de proposer un CSAPA réservé aux adolescents, intégré au pôle de pédopsychiatrie de l'Établissement public de santé mentale (EPDSM) du département. Les consultations mises en place depuis 2005 se tiennent au sein des centres médico-psychologiques (CMP) de l'hôpital, répartis sur tout le département afin d'être au plus près du public. Il y a ainsi quatre CJC : à Fort-de-France, sur la commune du Lamentin pour tout le secteur sud, sur la commune de Saint-Pierre et sur le secteur Nord Atlantique, au Robert. Ce CSAPA Adolescents bénéficie de cinq postes de psychologues, dont un temps plein au Lamentin que j'occupe. Mes quatre collègues, à mi-temps, proposent une journée de consultation par semaine auprès des CMP. Le reste de notre temps de travail se déroule en établissements scolaires, au sein des dix Points Ecoute mis en place depuis plus de dix ans maintenant, destinés aux jeunes de 12 à environ 20 ans.

L'objectif des CJC est d'agir dès les premiers stades de la consommation. Comment se déroule la prise en charge et l'accueil des adolescents ?

Dans les CMP, nous fonctionnons sur rendez-vous et à heures fixes, ce qui n'empêche pas une certaine souplesse si nécessaire. Nous essayons de traiter la demande dans la semaine même de l'appel, le secrétariat proposant aussitôt une date de rendez-vous dont le délai d'attente ne dépasse pas les quinze jours, dans l'idéal : la demande est souvent teintée d'urgence, venant le plus souvent de parents inquiets après la découverte d'une consommation, souvent ponctuelle, qu'ils associent à un premier pas vers la toxicomanie. La consommation est parfois connue

depuis longtemps, mais elle se trouvera pointée car aggravée et/ou accompagnée de l'apparition de perturbations dans la sphère scolaire, familiale et/ou sociale, avec souvent une agressivité mise en avant. Les jeunes sont rarement demandeurs de cette consultation et réticents, il faut donc saisir l'instant où le parent ou le tiers aura réussi à obtenir leur « accord » pour s'y rendre. Il s'agit aussi de ménager les inquiétudes du jeune pour qui un rendez-vous avec un psychologue est souvent associé aux représentations de maladie, voire de folie. Plus globalement, l'objectif des premiers échanges est d'instaurer une alliance avec le jeune, ou si vous voulez, une confiance, qui permettra une libération de la parole, premier pas vers la demande.

Et en établissements scolaires, comment s'opère le « repérage » ?

Les adolescents qui expriment le besoin d'évoquer leurs difficultés sans en référer à leurs parents et/ou qui n'ont pas toujours les moyens de se déplacer en CMP ont inspiré à l'équipe l'idée de proposer des consultations avancées. Les établissements scolaires semblaient parfaitement y répondre. Les jeunes sont le plus souvent repérés par l'infirmière scolaire, interlocuteur privilégié du fait de ses nombreuses occasions d'échange avec les élèves : la qualité de son regard nous est précieuse pour détecter les situations relevant de la consultation avec un psychologue. Ces situations sont diversifiées et notre action s'élargit à une prévention des conduites à risques qui est également moins stigmatisante. On sait que, par ailleurs, une consommation n'est pas toujours apparente. Ce sera à la faveur de ruptures dans d'autres conduites qu'une fragilité sera supposée et si possible évaluée.

Suivez-vous un protocole, une méthodologie pour la consultation ?

Non, nous n'avons pas de questionnaire type, stéréotypé, qui donnerait un côté « mécanique » à l'entretien en le déshumanisant : les parcours, les questionnements, les difficultés sont chaque fois différents, propres à chaque jeune et à chaque famille

et ne sont pas transposables. Chaque cheminement dans une prise en charge est unique et il faut être vrai avec les adolescents qui doivent se sentir écoutés et compris.

La première étape va consister à se poser pour évaluer la situation dans son ensemble, à travers, d'une part, plusieurs entretiens avec le jeune seul. Même quand il s'agit de consommation, on va d'abord s'intéresser au jeune dans sa globalité, ne pas se focaliser sur cette question en particulier, chercher à savoir ce qu'il est, comment il vit, quels sont ses ressentis, difficultés, ressources, relever les zones de souffrance, de fragilité, ce qui permet à terme d'avoir des leviers pour agir dans sa conduite de consommation.

D'autre part, cette évaluation passe également par des temps d'échange avec les parents ou le tiers seuls, et des temps de synthèse. Le but est de faire lien, de confronter pour les délimiter et décloisonner les différentes demandes, du jeune, des parents, de l'éducateur, afin d'entendre les attentes de chacun et ainsi de pouvoir répondre à tous.

Quel résultat cherchez-vous à atteindre lors d'une consultation avec un jeune ?

Les objectifs peuvent être multiples, dans nombre de situations. Pour donner un exemple, avant de pouvoir envisager un arrêt de la consommation, une première étape peut être de réussir la mise en place d'un cadre à la consommation. Si le jeune nous apprend qu'il fume du cannabis dès le matin, au lycée, on relèvera les préjudices portés à sa scolarité ; s'il fume en pleine rue sous les abris bus, les risques encourus sur un plan juridique. Notre travail visera à faire délaissier certaines occurrences de consommation pour ne faire persister que celles qui portent le moins de préjudices possible.

Les échanges sont aussi l'occasion d'apprécier les connaissances du jeune sur les produits consommés, leurs répercussions sur la santé notamment, pour les recadrer si nécessaire.

La condition première à tout cela est de rendre possible une alliance avec le jeune, la bonne distance qui lui permettra d'envisager le changement sans se renier. Ce lien est aussi à établir avec le tiers, appui incontournable pour un changement et garant d'une prise en charge pérenne.

À quelles difficultés vous heurtez-vous le plus souvent lors de ces rencontres ?

Pour certains adolescents, c'est la difficulté à faire retour sur soi, sur son vécu et ses ressentis. Pour d'autres, ce sera la difficulté d'assurer une continuité dans le soin. Pour d'autres encore, on se retrouvera dans une opposition marquée, ou de non investissement face à cet espace de parole qui leur est offert. Le risque est alors de déboucher sur une rupture de prise en charge.

Et quelle orientation ensuite est le plus souvent envisagée ?

Le mode de prise en charge dit « intégratif », parce que rattaché à un service hospitalier spécialisé, offre l'avantage de pouvoir déployer en un même lieu des moyens supplémentaires quand cela s'avère nécessaire : une consultation médicale parallèle avec un médecin pédopsychiatre de l'institution lorsque, par exemple, des éléments évoquent un trouble thymique, et des activités thérapeutiques lorsqu'une rupture sociale se produit du fait de l'aggravation des troubles. La plupart du temps, lorsque cela se justifie et est possible, c'est un suivi ambulatoire qui se met en place avec le jeune et sa famille. Le partenariat avec les institutions socio-éducatives du département est régulier.

Quelle évolution constatez-vous dans les conduites addictives des jeunes ?

D'une année sur l'autre, le produit à l'origine de la demande reste majoritairement le cannabis. Par ailleurs, nous observons une tendance à l'augmentation des demandes pour les addictions sans substance, telles les cyberaddictions.

Intervision mon amour

Dr Philippe Stéphan, Médecin Chef, Privat Docent, Maître d'enseignement et de recherche



L'apprentissage de la consommation de substances psychoactives est une des particularités de l'adolescence. Elle est à la fois un passage pour l'adolescent afin d'intégrer le monde adulte, mais aussi un moyen de transgression. De ce fait, la société accompagne ce processus en l'encadrant par des lois qui régissent les consommations.

Or, la rencontre individuelle avec les produits amène certains jeunes fragilisés par cette période de changements à développer des problématiques relevant de la psychopathologie et pouvant entraver sérieusement leur avenir. Une bonne coordination des différents partenaires des aspects éducatifs, légaux et médico-sociaux de l'adolescence est importante afin de définir une politique d'intervention auprès de ces jeunes. Celle-ci passe par une suffisamment bonne connaissance des enjeux de la consommation de substances à l'adolescence et par une capacité à repérer le plus précocement possible les individus à risque.

Il ne s'agit pas, pour chaque professionnel, d'être un addictologue émérite pour se préoccuper avec discernement de la consommation de substances des jeunes à laquelle il a à faire face ; cependant, chaque professionnel tient une place particulière dans la dynamique du jeune, que ce soit sur le plan de sa fonction ou sur celle, plus obscure, du lien psychoaffectif. L'intrication de ces aspects relationnels, combinée aux représentations personnelles concernant les consommations de substances et aux mouvements contre-transférentiels vis-à-vis de l'adolescent, brouille souvent les cartes de l'évaluation de la situation du jeune consommateur. Ainsi, il n'est pas aisé d'établir avec justesse le type de consommation d'un adolescent. Se repérer entre les catégorisations (pourtant assez simplistes) *consommation récréative, mésusage, abus* ou *dépendance* n'est pas si facile et demande, sans doute, davantage une approche globale du

¹ Article du Dr Gierski et du Pr. Naassila p. 11

fonctionnement de l'adolescent que des compétences très spécifiques dans le domaine des dépendances. L'enjeu est pourtant de taille car les efforts, les mesures et les approches alloués à l'accompagnement de ces jeunes sont différents en fonction de la relation du jeune consommateur à sa conduite.

Dépendance à la vie à l'amour

Reprenons brièvement et succinctement quelques grandes thématiques de l'adolescence qui donnent un éclairage général sur la problématique de consommation à cet âge :

1. Les aspects développementaux du cerveau étant traités dans un autre article de cette revue¹, je rappellerai simplement qu'ils participent à initier une recherche de sensations nouvelles que peut procurer toute substance psychoactive. Celle-ci peut dès lors agir comme un agent explorateur du cerveau, des idées et des émotions, ou devenir une forme d'automédication, voire d'anesthésiant, face à un vécu psychique douloureux.

2. Mais c'est du côté de la nécessaire acquisition d'une autonomie désirée autant que redoutée qu'il faut penser la question de la dépendance. L'espèce humaine, afin de subvenir aux besoins du petit et face à son extrême dépendance, construit une relation psychoaffective dont le pouvoir de dépendance n'est jusqu'à présent pas égalé. L'adolescence est le théâtre de la séparation où l'individu va devoir se dégager de la dépendance psychoaffective de son environnement (en général sa famille) pour établir de nouvelles relations dont les aspects psychoaffectifs seront toujours très présents. Ce passage est risqué, comme l'atteste malheureusement la mortalité par accidents et suicides de cette tranche d'âge. Les angoisses des adultes – et donc par transmission, celles, le plus souvent déniées, des adolescents – bousculent le sentiment de continuité et de confiance entre les générations. La tentation de transposer sur une substance, un jeu vidéo ou tout autre conduite une relation de type dépendance afin de se dégager de celle des adultes est forte, d'autant plus que la confiance en soi pour s'engager vers l'autre fait défaut.

3. Dans le même temps, l'accessibilité à la sexualité change la donne relationnelle. Désormais, les regards sont emprunts de jugements, de désirs et de connaissance du secret si bien gardé jusque-là par le monde adulte, à savoir les éprouvés de la jouissance dont l'intensité vient faire effraction dans le psychisme de l'enfant. Face à cela, la société s'est vue devoir réagir en mettant en place une substance dominante qui vient réguler dans certaines circonstances, et perturber dans d'autres, les relations interpersonnelles. L'individu doit alors apprendre, à partir de l'adolescence, à apprivoiser la consommation de la substance élue (dans nos contrées : l'alcool) alors que les autres vont lui être interdites et sont souvent diabolisées. L'enjeu est pour une part culturel, notamment dans le choix de la substance dominante. L'adolescence représentant une période d'opposition voire de rébellion face à la culture établie, il est logique qu'une forme de transgression imprègne les consommations et vienne alors menacer les adultes et leur société.

On le voit bien, la question de la consommation de substances à l'adolescence, et les réponses à y apporter, ne peuvent pas être univoques et guidées par l'évidence, alors même qu'elles touchent de plein fouet les professionnels travaillant avec les jeunes. Le constat d'une impression d'impuissance face aux comportements de certains adolescents a vite émergé ; la découverte d'une consommation venant très souvent paralyser une situation, quand elle n'entraîne pas un motif de rupture (scolaire le plus souvent, éducative parfois).

Intervision pour le meilleur et pour le pire

C'est dans ce contexte complexe que l'intervision, pratique initiée par les psychanalystes de la polyclinique de Berlin en 1920, puis reprise et développée par Balint et d'autres sous de multiples formes, nous est apparue comme un outil pertinent dans cette thématique. En effet, le lien entre une institution accueillant des adolescents et un service supposé détenir un savoir spécifique peut revêtir de multiples facettes. Une manière de procéder, rassurante mais relativement éloignée du fonctionnement adolescent, est la mise en place de protocoles régissant, à la manière d'une banque, un catalogue

de prestations et de collaborations codifiées qui assurent cohésion et cohérence au sein d'une institution.

Un autre type de collaboration – qui suscite actuellement un certain engouement – est l'intervention directe par une équipe dite mobile. Là aussi, et même s'il peut exister certaines situations pour lesquelles une intervention en urgence s'avère nécessaire (et pour lesquels l'effort consenti par l'éducateur pour se déplacer est souvent un moteur de la relation), le mode de collaboration suppose une hiérarchisation plus ou moins avouée des savoirs. De plus, l'intervenant externe amène symboliquement une forme de disqualification de l'éducateur au sein de son foyer, répétant le plus souvent le sentiment d'impuissance éprouvé par les parents du jeune en détresse. Le recours à l'aide externe peut alors devenir une forme de décharge de la responsabilité de l'éducateur face aux difficultés des jeunes et donner l'impression que les adolescents actuels seraient plus « psychiatriques » qu'auparavant, autre variante plus *soft* (quoique plus aliénante) d'allégations traditionnelles telles que « *la nouvelle génération met en péril la société !* ».

Le travail d'intervision est d'une toute autre nature, et souvent difficile à mettre en place. Dans le cas des consommations de substances, il est encore plus périlleux. Instaurer un travail d'intervention auprès d'individus, d'équipes ou d'institutions nécessite la plupart du temps un long processus. La finalité en est la mise en place d'un espace régulier d'échanges pouvant prendre différentes directions, mais en lien avec la dynamique propre aux questionnements que soulève la consommation de substances psycho-actives à l'adolescence chez les participants à l'intervision. Il suppose une forme d'engagement de l'éducateur à se mettre en mouvement sur des pentes menaçantes. Le succès de l'intervention va donc dépendre de la confiance que les participants (internes comme externes) vont être capables de construire. Il va s'agir de repérer, nommer, élaborer les menaces que soulève la mise en place de ce nouvel espace. Certaines de ces menaces sont bien connues, comme la peur d'organiser des conflits au sein de l'institution liés à une libéralisation de la parole ou, au contraire, de servir à un immobilisme dû au rejet de l'inconnu et à une rigidification programmée de la pensée.

Elles font partie des enjeux institutionnels classiques. Dans le cas d'une intervention interdisciplinaire telle que pratiquée par le programme DÉPART du canton de Vaud en lien avec la problématique de consommation de substances à l'adolescence, certaines de ces menaces méritent d'être explicitées afin de mieux comprendre les ressorts en jeu lors de cette thématique. Tout d'abord, il nous faut insister sur les fonctions et les rôles qu'endosse l'éducateur auprès du jeune. Il est indéniable que le passage de l'adolescence peut s'envisager sur le plan éducatif comme le passage d'une éducation familiale, régie par des règles, à une éducation sociétale, régie par des lois. L'éducateur incarne les deux aspects auprès des adolescents dont il s'occupe. Il sera doublement attaqué par les transgressions des adolescents. La consommation de substances va non seulement menacer l'autorité, mais réveiller de nombreux fantasmes et angoisses chez les adultes, si ce n'est quelques souvenirs plus ou moins bien digérés. Elle vient également menacer une autre fonction importante de l'éducateur, qu'il considère le plus souvent comme l'essence de son travail : la mise en place d'un lien. La consommation de substances perturbe la qualité du lien, voire menace, tel un amant, la relation entre un jeune et son éducateur. Dans ces espaces d'intervision, les réflexions échangées porteuses de représentations différentes (ou même opposées aux certitudes fondées parfois sur le seul ressenti affectif) peuvent être perçues comme violentes, provocatrices et irresponsables.

Intervision mon amour

• Cohésion plutôt que cohérence

Le réflexe devant une menace sur les valeurs des individus ou d'une institution est fréquemment un renforcement de la cohérence et de la cohésion du groupe. Si cette attitude est efficace devant un danger – à l'instar du fonctionnement d'une armée en temps de guerre où l'individu dans sa singularité disparaît (une des fonctions de l'uniforme) au profit du groupe – il en va tout autrement lorsqu'il s'agit de problématiques d'adolescents. En effet, dans ce cas, c'est l'adolescent qui se trouve en danger et non le groupe d'adultes. La plupart de ces jeunes consommateurs sont face à une impasse identificatoire et en mal de repères.

Il est primordial d'offrir une diversité de personnalités avec leurs imperfections et, par là-même, leurs incohérences, afin de représenter une respiration à l'erreur. Par contre, la cohésion, le soutien face aux difficultés du collègue dans une situation délicate, la tolérance des affects soulevés dans les interventions sont au service de la mise en place de repères solides pour le psychisme du jeune.

• **Approche différenciée**

La difficulté principale dans ces situations est l'apparente impasse que constitue la nécessité d'être à la fois dans le lien et dans une prise de distance. Une trop grande relativité nous fait perdre quelque chose de la relation en lien avec l'émotionnel et ne fonctionner que sur ce registre nous entraîne vers la dérive de la fusion. Il est vrai que, plus un jeune met en place des relations indifférenciées (« *tous dans le même sac, je vais m'en sortir seul*»), plus travailler « à corps perdu » est un passage obligé pour rencontrer celui-ci. L'éducateur se trouve alors au risque de la fusion. C'est dans ces situations que l'intervision est indispensable afin de faire vivre l'incohérence à travers le récit à l'autre.

• **Ténacité**

Enfin, l'expérience clinique montre que c'est la ténacité de l'éducateur à porter la demande d'aide à la place d'un jeune, qui la refuse car il en a trop besoin, qui infléchit des trajectoires parfois mal engagées (« *c'est ce dont l'adolescent a besoin le plus qui le menace* », Philippe Jeammet). Cette continuité dans l'accompagnement d'un questionnement, d'une démarche d'ordre thérapeutique, n'est souvent pas aisée et se trouve soutenue notamment par sa mise en sens lors du travail d'intervision. Les attaques du lien thérapeutique sont souvent compliquées à gérer par les éducateurs car elles réveillent (chez l'adolescent comme chez l'éducateur) le questionnement au premier lien avec son lot de vécus personnels tant sur le plan de la douleur du manque, que sur celui du plaisir secret du maternage.

Intervision mon amour

Les méandres du processus d'adolescence rencontrent parfois, pour de multiples raisons, la question de la consommation de substances, avec la difficulté de pouvoir en définir une fonction précise, un degré de gravité et une conduite de prise en charge adéquate et reproductible. Ceci en partie parce que le lien entre adulte et adolescence est une co-construction permanente, une histoire d'amour impossible car prise dans la nécessaire séparation en vue de l'individuation. Les dispositifs d'accueil et d'accompagnement de ceux dont ce passage ne se fait pas sans heurts doivent tenir compte de ces paradoxes. L'intervision, avec la mise en récit comme un discours décalé de l'acte, une pensée d'une tonalité affective différée de la relation directe et adressée à un autre-tiers, comporte tous les outils pour permettre un encadrement raisonnable auprès des jeunes pris dans des consommations potentiellement problématiques.

Dans le dédale des outils, évaluer les consommations des adolescents



Ivana Obradovic, Directrice adjointe de l'OFDT
(Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies)

La consommation de substances psychoactives à l'adolescence constitue une préoccupation centrale des familles et des intervenants éducatifs, sociaux et médicaux. À 17 ans, neuf jeunes sur dix ont déjà bu de l'alcool (91 %), près de sept sur dix ont déjà fumé une cigarette (68 %) et quatre sur dix du cannabis (41 %) (Spilka et al., 2012). Si une tendance générale à la baisse des consommations se fait jour depuis une dizaine d'années, l'usage régulier de tabac et d'alcool connaît un regain parmi les adolescents : à 17 ans, près d'un jeune sur trois fume des cigarettes tous les jours (31,5%) et un sur dix boit de l'alcool régulièrement (10,5 %). En outre, près de 7 % des jeunes déclarent avoir consommé du cannabis au moins dix fois dans le

dernier mois (6,5 %) (Spilka et al., 2012). Malgré l'inflexion des niveaux d'usage, la France compte toujours parmi les pays européens où la consommation de ce produit culmine (Spilka, Le Nézet, 2013).

Si, dans la majorité des cas, ces pratiques restent limitées, dans le temps comme dans les quantités, une proportion non négligeable d'adolescents s'adonne à des consommations excessives susceptibles d'affecter leur scolarité, leur développement, voire, à plus long terme, leur santé et leurs capacités cognitives. Comment effectuer un repérage de l'usage nocif, afin de faciliter l'orientation thérapeutique et l'accès aux soins des jeunes patients en difficulté avec un produit ? Une multitude d'outils d'évaluation des consommations existent, dont certains ont été validés en population adolescente.

Combien d'adolescents qui consomment de manière problématique ?

Les données les plus récentes de l'OFDT témoignent de plusieurs tendances de consommation de substances psychoactives à l'adolescence : premières consommations relativement précoces, recrudescence du tabagisme régulier, ampleur des pratiques d'alcoolisation ponctuelle importante, persistance d'une consommation de cannabis significative, essor des polyconsommations. Parmi les jeunes de 17 ans, 18 % de ceux qui consomment du cannabis (au moins une fois dans l'année) présentent un risque élevé d'usage problématique, au sens du CAST (Cannabis Abuse Screening Test) (Beck et Legleye, 2008). Dans l'ensemble de la population de cet âge, un jeune sur vingt présenterait ainsi une dépendance au cannabis, soit environ 39 000 adolescents de 17 ans (Spilka et al., 2014). Si l'usage problématique de cannabis est aujourd'hui quantifié sur le plan épidémiologique, il n'en va pas de même d'autres substances, comme

l'alcool ou le tabac, où la prévalence des problèmes jugés sérieux n'est pas précisément évaluée, pour les classes d'âge les plus jeunes, sur la base d'un outil de repérage validé.

Adolescence, substances psychoactives et société

Hormis pour le tabac, les consommations adolescentes tendent à diminuer à l'âge adulte. Avec la fin des études, l'accès au premier emploi, l'installation en couple, l'arrivée du premier enfant, les niveaux d'usage d'alcool et de cannabis baissent de manière significative (Richard et al., 2013 ; Beck et al., 2013). Dans ce sens, on peut considérer les usages de produits psychoactifs comme des expériences enchâssées dans un contexte social et correspondant à un stade de la vie, qui peuvent se comprendre comme des tentatives d'ajustement à un environnement donné (familial, amical, éducatif, social), à un âge où le corps et l'esprit connaissent de profonds changements (voir l'ouvrage *Adolescences*, récemment paru chez Belin). Dans ce contexte, on peut analyser les consommations de produits psychoactifs comme des pratiques "relationnelles", c'est-à-dire comme une modalité de "rencontre d'une personne, d'un produit donné, à un moment donné", (Olievenstein, 1997). Néanmoins, une partie des jeunes qui cumulent usages à risque ponctuel important et désocialisation, voire des usages réguliers à risque de survenue de maladie chronique à moyen terme ou à long terme, peuvent être considérés comme étant en situation d'usage problématique: en effet, repérer les situations problématiques va au-delà de la notion de dépendance. Selon les résultats d'enquêtes, l'usage problématique de drogues concerne surtout des personnes jeunes, nettement plus souvent les hommes que les femmes.

Quels outils de repérage des usages problématiques ?

L'utilité d'un repérage précoce de l'usage problématique de produits par les médecins de première ligne est largement reconnue. Celui-ci peut se faire lors d'un entretien clinique (focalisé sur la fréquence et la quantité d'usage, la perte de contrôle et les conséquences médico-psycho-sociales) ou à l'aide

d'outils spécifiques de repérage, facilement utilisables en médecine de premier recours.

Il existe de nombreux questionnaires s'intéressant à la consommation de produits chez l'adolescent, certains destinés au repérage ou au dépistage, qui permettent, le cas échéant, de guider l'orientation, d'autres à l'évaluation et au diagnostic. Pour le cannabis, une revue de la littérature internationale sur « l'usage problématique » de ce produit a recensé l'ensemble des outils disponibles (Obradovic, 2013), détaillés dans un Guide pratique des principaux outils de repérage, accessible en ligne sur le site de l'OFDT¹. Ce travail montre qu'en matière de repérage, la première question, qui est aussi la plus simple à introduire, est celle de la fréquence de consommation. Les autres questions pertinentes concernent, par exemple, l'usage le matin ou le fait d'avoir reçu des remarques de l'entourage. Pour certains produits, comme le cannabis, des questions plus spécifiques permettent de repérer des situations d'usage problématique: problèmes de mémoire et de concentration, recherche d'un état second, etc.

S'il existe des échelles diagnostiques performantes dérivées des classifications du DSM (Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux) et de la CIM (Classification internationale des maladies), elles s'avèrent généralement complexes à utiliser par un personnel non qualifié et difficilement mises en œuvre comme outil d'orientation lors de consultations (car parfois fastidieuses à remplir). C'est pourquoi de nombreux tests courts de repérage ont vu le jour, comme par exemple l'ALAC (ALcohol Advisory Council), qui porte sur l'ensemble des produits psychoactifs, l'ADOSPA (ADOLescents et Substances PsychoActives), traduction du CRAFFT américain (Car Relax, Alone, Forget, Family, Friends, Trouble), validé pour l'alcool et les drogues illicites. S'agissant du cannabis, le Cannabis Abuse Screening Test (CAST) est un des tests de repérage des mésusages du cannabis les plus utilisés en Europe, à la fois dans les enquêtes épidémiologiques en population jeune et dans la pratique clinique développée dans les « Consultations Jeunes Consommateurs ».

... / ...

¹ <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxiot9.pdf>

Il a pour objectif de fournir une description et une estimation des usages problématiques dans les enquêtes épidémiologiques en population générale (Spilka et al., 2014). Conçu à partir des principaux critères de détermination de l'abus et de l'usage nocif issus des diagnostics du DSM IV et de la CIM 10, il comporte six questions, qui permettent d'évaluer la survenue des événements suivants au cours des 12 derniers mois : l'usage avant midi (c'est-à-dire hors contexte festif), l'usage solitaire, les troubles de la mémoire, les remarques de l'entourage à propos de la consommation, l'échec des tentatives d'arrêt ou de réduction de l'usage et les problèmes liés à la consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, etc.). Ainsi, face à un ou plusieurs symptômes évocateurs d'un usage problématique (perte de mémoire, de motivation ou d'énergie, détresse psychologique, troubles respiratoires, troubles du sommeil, problèmes relationnels, familiaux ou scolaires, etc.), l'entretien clinique peut être guidé par le recours à ce type de questionnaire standardisé, bref et facile à administrer. Outre le CAST, le SDS (Severity of Dependence Scale) et le CUDIT (Cannabis Use Disorders Identification Test) ont également été validés pour repérer un usage nocif de cannabis, même si ces deux dernières n'ont pas été validées dans un contexte français.

Quels groupes de patients le repérage précoce doit-il cibler ?

Une approche de prévention possible consiste à repérer une consommation à risque ou problématique chez tous les patients à partir de l'adolescence. Si une telle approche n'est pas réalisable ou trop coûteuse, il est possible de limiter le repérage aux groupes à haut risque (particulièrement vulnérables aux effets négatifs d'un produit) ou à des situations particulières. De tels groupes pourraient inclure différents sous-groupes d'adolescents à risque (échec scolaire, relations familiales difficiles; jeunes filles en âge de procréer, par exemple); les patients atteints de troubles psychiques (dépression, anxiété, psychose, comportement suicidaire, personnalité antisociale), surtout s'ils prennent des médicaments psychotropes;

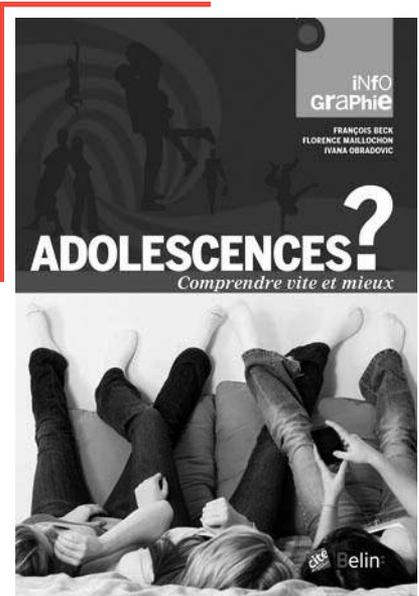
les jeunes atteints de troubles respiratoires ou du sommeil, déclarant des bagarres répétées, des problèmes avec la justice ou un accident récent.

Comment justifier et mettre en œuvre le repérage ?

La littérature scientifique recommande d'aborder la question des produits en privilégiant une entrée par les modes de vie, c'est-à-dire une approche globale du patient, qui interroge en premier lieu les habitudes de vie en général avant d'évoquer la consommation en tant que telle. Les questions peuvent par exemple être intégrées dans un questionnaire de santé général ou une discussion autour du style de vie du patient. La littérature suggère aussi de privilégier différents contextes de questionnement: interrogation systématique de tous les adolescents qui viennent pour la première fois en consultation, ciblage des jeunes qui sollicitent un certificat d'aptitude sportive ou une vaccination, questionnement en cas de problèmes qui pourraient être liés à une consommation de produits (problèmes respiratoires, accident de la route, problèmes judiciaires, etc.). Cependant, la demande étant rarement spontanée chez les patients mineurs, le clinicien pourra être amené à déjouer les résistances du sujet, car bien souvent, le jeune consommateur nie la dangerosité de son usage. Quand l'usager n'est pas *a priori* demandeur, le professionnel de santé doit veiller à ne pas porter de jugement sur le patient, le style du thérapeute étant un puissant déterminant du changement de comportement du patient (INSERM 2014). L'aider à évaluer son niveau de consommation peut faciliter une prise de conscience et soutenir sa motivation éventuelle à un changement de comportement (diminution ou arrêt). De nombreuses études ont démontré que la position du soignant doit tenir compte de l'attente exprimée par le patient et de sa disposition au changement (Miller et Rose, 2009; Rogers, 2009). L'instauration d'une relation de confiance est donc une condition nécessaire de la prise en charge et de la réussite du changement. Les stratégies relationnelles, centrées à la fois sur les préoccupations du patient et sur l'objectif d'un changement de comportement, ont fait leurs preuves dans ce domaine.

Bibliographie

- Beck F., Legleye S. (2008) « Measuring cannabis related problems and dependence at the population level » in Rödner Sznitman S., Olsson B., Room R., (eds.), *A Cannabis reader: global issues and local experiences*, Volume 2. EMCDDA monograph, European Monitoring Center on Drug and Drug Addiction (EMCDDA), 29-57.
- Beck F., Guignard R., Richard J.-B., Obradovic I., Spilka S., Legleye S. Usages de drogues illicites chez les 15-30 ans, in Beck F., Richard J.-B., *Les comportements de santé des jeunes*, St Denis, Éditions Inpes, 2013, 112-140.
- INSERM (2014) *Conduites addictives chez les adolescents – Usages, prévention et accompagnement*, Éditions Inserm.
- Miller W.R. et Rose G.S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *The American Psychologist* 64(6), p. 527-537
- Obradovic I., « Revue de littérature sur l'usage problématique de cannabis », Note de synthèse, OFDT, 2013.
- Olievenstein C., *Il n'y a pas de drogués heureux*, Robert Laffont, 1997.
- Richard J.-B., Spilka S., Beck F., « Les consommations de boissons alcoolisées parmi les 15-30 ans ». In Beck F., Richard J.-B. (dir.) *Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010*, INPES, Saint-Denis: 86-108, 2013.
- Rogers C. (2009). *Psychothérapie et relations humaines. Théorie de la thérapie centrée sur la personne*, ESF Editeur, Thiron
- Spilka S., Le Nézet O., Tovar M.-L., « Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011 », *Tendances*, n° 79, OFDT, 2012 .
- Spilka S., Le Nézet O., « Alcool, tabac et cannabis durant les “ années lycée ” ». *Tendances*, n°89, OFDT, 2013.
- Spilka S., Janssen E., Legleye S., « Détection des usages problématiques de cannabis : le Cannabis Abuse Screening Test (CAST) », Note de synthèse, OFDT, 2014.



À lire *Adolescences ? Comprendre vite et mieux*

François Beck, Florence Maillouchon et Ivana Obradovic, Belin, : septembre 2014

Quelles problématiques rencontrent les adolescents d'aujourd'hui ? Comment se construisent-ils au regard des nouvelles données de notre société ?

Déblayant les idées reçues, cet ouvrage entièrement dédié à l'adolescence fait le point sur l'évolution des comportements, des postures, des perceptions, en abordant les thèmes de la sociabilité, la scolarité, les loisirs, la culture, la santé physique et psychique, le sommeil, le rapport au corps, l'alimentation, la sexualité, la violence, la consommation de substances psychoactives... Illustré par les grandes enquêtes européennes et des données sociologiques, l'ouvrage dresse un portrait objectif de nos « Ados ».

La DEP-ADO comme élément du processus de repérage, d'intervention brève et d'orientation vers le traitement : expérience québécoise et française

Joël Tremblay, Ph.D., professeur agrégé,

Université du Québec à Trois-Rivières,

directeur scientifique du RISQ

Philippe Michaud, M.D., addictologue,

Institut de promotion de la prévention secondaire

en addictologie (IPPSA) et Centre Victor-Segalen,

Clichy-la-Garenne

Natacha Brunelle, Ph.D., professeure titulaire,

Université du Québec à Trois-Rivières

Nadine Blanchette-Martin, M. Serv. Soc.,

agente de recherche, Service de recherche CRDQ/CRDCA

Dorothée Lécallier, M.D., addictologue,

IPPSA et Clinique des Épinettes, Paris

De nombreuses recherches ont mis en évidence l'efficacité des stratégies de repérage, d'intervention brève et d'orientation vers les traitements (acronyme anglais « SBIRT » pour *Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment*) auprès des adultes ayant des difficultés avec l'alcool ou les drogues (Babor, 2007; Bernstein, 2007; Moyer, 2002). Dans cette foulée, de multiples organismes en recommandent l'utilisation (ASAM, 1997; Moyer, 2013; SAMHSA, 2015) et plusieurs guides de mise en œuvre de cette pratique clinique sont disponibles (par exemple, Massachusetts Department of Public Health, 2012; NIAAA, 2005; CCSA-CCLT, 2012). Cependant, peu d'études documentent l'efficacité de telles stratégies auprès des adolescents aux prises avec un usage abusif de substances psychoactives (SPA), et celles existantes apportent des conclusions pour le moment trop partielles (Mitchell, 2013; Moyer, 2013). Certains résultats de recherche vont tout de même dans le sens attendu, c'est-à-dire une plus grande réduction de la consommation de cannabis (auto-rapportée) chez les jeunes bénéficiant d'une intervention brève en comparaison à un groupe contrôle (Patnode, 2014).

Ces données encourageantes, combinées aux résultats positifs récurrents observés auprès des adultes, à la forte prévalence des troubles liés à l'usage des substances constatés chez les jeunes et à la nécessité d'intervenir le plus tôt possible dans le processus d'usage abusif des substances chez les jeunes, ont probablement poussé des organismes tel que l'Association américaine de pédiatrie à recommander à ses membres de dépister tous les jeunes qui les consultent quant à l'usage potentiellement abusif de SPA et d'intervenir en conséquence (Levy & Kokotailo, 2011).

L'expérience québécoise

Dans le même esprit, depuis bientôt quinze années, le Québec a voulu améliorer sa capacité à identifier et à orienter vers les traitements les jeunes abusant de SPA. Pour ce faire, le Ministère de la santé et des services sociaux a engagé deux actions structurantes : il a tout d'abord financé le développement d'un test de repérage et d'évaluation brève de comportements d'usage de SPA et de ses conséquences. Le RISQ a ainsi développé la DEP-ADO (Landry, 2004), un test composé de 23 questions portant sur la fréquence d'usage des SPA, la présence de comportements à risques et les conséquences de cet usage des SPA. Le score total permet de classer la gravité de la consommation d'alcool et de drogues en trois niveaux : feu vert (usage à faible risque), feu jaune (usage à risque) et feu rouge (usage problématique), permettant respectivement d'orienter un jeune vers des services généraux de soin (feu jaune) ou des services spécialisés (feu rouge). De plus, des scores

¹ Équipe de recherche : Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec. www.risqtoxico.ca

au sein de trois sous-échelles permettent de classer l'adolescent en fonction de normes quant à son usage d'alcool/cannabis, d'usage d'autres drogues et des conséquences. La DEP-ADO est maintenant utilisée sur l'ensemble du territoire québécois. Son utilisation aux fins d'orienter un jeune vers des services généraux ou spécialisés en addiction est maintenant la norme au Québec. Ce processus de SBIRT est cependant rapidement apparu comme insuffisant, tout particulièrement pour l'orientation vers les traitements spécialisés. Les équipes cliniques ont constaté que les jeunes et leur famille devaient souvent faire face à une offre multiple de soins en addiction (plusieurs services résidentiels, services externes) sans savoir vers lesquels il serait préférable de se diriger. C'est pourquoi les services québécois en addiction se sont dotés de guichets centralisés afin d'accueillir les jeunes identifiés comme étant feux rouges par le processus de SBIRT en vue de les orienter vers le service spécialisé adéquat (par exemple, service résidentiel spécialisé de court ou plus long terme ou encore service ambulatoire).

Une étude récente a permis d'évaluer la qualité de mise en œuvre, de même que l'efficacité de l'ensemble de ce processus combiné de SBIRT et de guichet centralisé d'évaluation spécialisée (Tremblay et al., 2014). Près de 200 personnes (cliniciens, directeurs, jeunes, parents) issues de six régions du Québec et de multiples établissements (scolaires, protection de la jeunesse/jeunes contrevenants, centres de santé et de services sociaux, centres de réadaptation en dépendance/addiction, services résidentiels pour jeunes toxicomanes) ont été interviewés quant aux éléments favorisant ou non un meilleur accès aux services et ce, à toutes les étapes, en partant du premier contact fait dans les services scolaires ou de soins généraux de santé jusqu'au début, par exemple, d'un traitement spécialisé résidentiel. En parallèle, des données ont été recueillies concernant le parcours dans les services auprès de tous les jeunes (n=1510) logeant une demande d'aide dans les guichets uniques centralisés pendant une période de 12 mois. De l'ensemble de ces informations émergent une série de pistes d'action qui peuvent être perçues comme des conditions d'efficacité de l'ensemble du processus de SBIRT, avec un accent porté sur l'élément d'orientation vers le traitement.

Il est d'abord ressorti de façon forte la nécessité de poursuivre, voire d'intensifier les efforts de dépistage, d'intervention brève et d'orientation auprès des jeunes issus des divers milieux d'intervention et ce, à l'aide de tests structurés tels que la DEP-ADO, ou encore un test plus court comme l'ADOSPA (Bernard, 2005) pour tous les jeunes orientés. Du même souffle, la primauté du jugement clinique, par opposition à une application stricte de l'interprétation des scores, est accentuée : en fait, trop de jeunes sous-déclarent leur usage de SPA, ce qui entraîne le besoin de nuancer le sens d'un score à un questionnaire. Ce processus ne peut toutefois être soutenu par les intervenants des services scolaires et généraux de santé sans qu'une formation continue leur soit dispensée de la part des services spécialisés en addiction et ce, en continu. Un effort de formation isolé dans le temps s'estompé quant à son impact, à l'intérieur d'un délai court : près du tiers des personnes formées ont changé d'emploi ou de fonction une année plus tard. Le fort roulement de personnels au sein des établissements dicte donc cette nécessité de constance dans la formation. Les thématiques des séminaires concernent tout d'abord l'utilisation de tests tels que la DEP-ADO mais aussi l'intervention avec un fort accent sur les stratégies motivationnelles pertinentes dans ce contexte. De plus, ce processus de SBIRT s'améliore grandement lorsqu'il est effectué par du personnel dédié à cette tâche, facilitant un lien de confiance et une ouverture des jeunes envers l'intervenant.

De façon plus structurelle, l'établissement de protocoles d'entente au sein des institutions ou entre elles clarifient les moments, stratégies et rôles de chacun quant à l'orientation, l'intervention ainsi que les engagements de chacun. Les protocoles spécifient également les moyens, moments et contenus des communications entre partenaires. Ainsi, en cas de rupture du processus de soin, les partenaires peuvent retourner au protocole et revoir ce qui a été déficient ou encore amender le protocole en fonction des réalités cliniques et institutionnelles mouvantes. Quant aux protocoles intra-établissement, la rédaction de procédures à suivre est apparue très productive au sein des écoles, en cas d'intoxication, de possession ou de vente de SPA à l'école. Sans ces stratégies,

l'intervention devient plus aléatoire, conditionnée par le stress du moment, les craintes et incertitudes des intervenants quant à leurs devoirs conjugués aux droits des jeunes (par exemple comment doit être faite une fouille, exclusion temporaire de l'école ou non, manière de contacter les parents, rencontre cliniques obligatoires, durée, contexte, etc.).

Une des difficultés rencontrées dans ce processus de SBIRT est de s'assurer que le jeune se rende vers le service vers lequel il a été orienté. Une stratégie constamment rapportée comme favorable concerne les activités de préparation et d'accompagnement du jeune vers les nouveaux services. À titre d'exemple on retrouve une présentation détaillée des services vers lesquels un jeune est dirigé, une rencontre avec l'intervenant du service spécialisé au sein du milieu à l'origine de l'orientation ou tout accompagnement du jeune par l'intervenant de première ligne vers le service auquel il est fait recours.

Le processus de SBIRT est également tributaire de la gamme de services disponibles dans une région : en fait, il est bon d'identifier des jeunes ayant des problèmes avec les SPA, mais encore faut-il avoir des services à leur offrir. Les participants ont identifié deux lacunes dans l'offre québécoise de services auprès des jeunes. Il manque un programme visant les jeunes « feu jaune » ou ayant un usage à risque, du type de celui utilisé auprès des adultes ayant des difficultés avec l'alcool – Alcochoix+ (Simoneau, 2004) : à quoi bon repérer les jeunes « feu jaune » si nous n'avons pas d'intervention à leur offrir. Il manque également, pour les jeunes « feu rouge » ou ayant un usage problématique, la présence de services intermédiaires, c'est-à-dire des services ambulatoires intensifs (4 heures et plus d'intervention par semaine, ou au moins trois interventions hebdomadaires différentes, et ce, pendant au moins quatre semaines en continu). Pour le moment, les jeunes n'ont accès qu'à des services spécialisés en mode ambulatoire non intensif (une rencontre par semaine ou toutes les deux semaines) ou, à l'opposé, des services résidentiels d'une durée de six semaines ou plus.

Plusieurs autres éléments émergent de cette étude mais pourraient se résumer à travers quatre principes directeurs favorisant l'efficacité des services de SBIRT :

- 1) la proximité et la constance dans la présence des intervenants dédiés à la détection dans le milieu de vie des jeunes,
- 2) la proximité géographique des services vers lesquels les jeunes sont orientés,
- 3) le côtoiement personnalisé entre les intervenants des services généraux et ceux des services spécialisés,
- 4) la rapidité d'accès et la simplicité des procédures lors d'une orientation vers des services.

L'expérience française

En France, l'utilisation de la DEP-ADO a commencé après la recherche d'un consensus francophone sur les outils validés disponibles dans notre langue pour le repérage des consommations à risque chez les jeunes, travail réalisé en 2006 (Ghazi et al., 2007). Pour appliquer le concept de prévention secondaire aux adolescents, développé en France pour les adultes dans le cadre d'une étude internationale (Heather et al., 2006), il convenait de disposer d'un questionnaire intégrant l'ensemble des SPA et d'un mode d'intervention qui permit au professionnel d'aider le jeune à réaliser un changement positif pour la santé, que ce soit la réduction de sa consommation, l'utilisation à moindre risque ou un recours à une structure de soin. L'approche de l'entretien motivationnel (EM) (Miller & Rollnick, 2013) est particulièrement adaptée pour la rencontre avec un adolescent, du fait qu'elle s'appuie sur le développement de la motivation et de la capacité au changement du jeune en mettant l'accent sur son autonomie (Naar-King & Suarez, 2011). Se fondant donc sur les acquis de ces deux approches de repérage et d'intervention, l'application du repérage précoce et de l'intervention brève sur la consommation à risque d'alcool (RPIB) telle qu'elle avait été développée pour les adultes fait donc place à l'approche SBIRT telle qu'évoquée plus haut, puisque la préoccupation de l'orientation vers le traitement apparaît avec la DEP-ADO.

La première recherche-action réalisée par l'IPPSA dans ce domaine a été une étude randomisée contrôlée auprès de collégiens et de lycéens, dont le critère de jugement principal était la fréquentation des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) de proximité après intervention d'information traditionnelle en classe ou après repérage par la DEP-ADO (Lécallier

et al., 2011). Il est apparu que malgré le bon accueil réservé à l'usage de la DEP-ADO par les infirmières et médecins scolaires (IMS), d'une part, et par les adolescents concernés, d'autre part, les interventions auprès des « feux jaunes » et « feux rouges » n'a pas augmenté le nombre de consultations en CSAPA, mais a augmenté par contre de façon très significative le recours secondaire aux IMS. Un panel (*focus group*) réalisé au décours de ce premier travail a montré que le lien entre professionnels du soin exerçant dans les établissements scolaires et CJC était ténu et que celles-ci étaient vécues comme peu accessibles ; et que, malgré la facilité d'utilisation de la DEP-ADO, celle-ci n'était pas vécue comme indispensable pour le travail de repérage, ce d'autant qu'elle n'était pas connue des interlocuteurs des CJC (Lécallier, in Hadj-Slimane, Lécallier, Michaud, 2009). Les interventions brèves motivationnelles étaient elles plébiscitées, malgré un vécu d'apprentissage et d'intégration dans la routine difficiles.

De ce fait, les efforts ont porté dans les actions suivantes sur le lien entre IMS et consultants des CJC, sur l'amélioration du savoir-faire en EM, et sur le caractère durable de l'utilisation de la DEP-ADO et des interventions brèves motivationnelles. Un premier travail a porté sur la place de la supervision dans l'acquisition de l'esprit et des savoir-faire de l'EM, qui a été démontrée (Michaud et al., 2015) ; un deuxième sur l'intérêt des formations conjointes IMS-CJC et sur la dynamique donnée par une communauté virtuelle de pratique ouverte aux deux groupes professionnels (Michaud, Lécallier, Hadj-Slimane, 2015). Ce dernier a validé l'importance de la connaissance mutuelle offerte par la formation et a permis de renforcer la place de l'EM dans une vingtaine de CJC, où il reçoit progressivement plus d'intérêt. Par contre, la communauté de pratique a été insuffisamment prolongée pour qu'il soit possible de déterminer si elle pourrait servir de support au renforcement escompté d'une pratique durable du repérage par la DEP-ADO et de l'EM.

À l'heure actuelle, trois axes de recherche devraient être ouverts, dont un en collaboration entre Français et Québécois :

1) *celui d'une dynamique interne à l'éducation nationale (EN) et aux CJC pour la dissémination des*

pratiques de repérage par la DEP-ADO et d'interventions motivationnelles, en assurant l'acquisition des capacités cliniques, puis des capacités de formation par des volontaires de ces deux milieux professionnels; cet aspect est en cours dans la région Rhône-Alpes, où sept binômes EN-CJC sont en cours de formation avant dissémination à l'ensemble des professionnels de leurs secteurs dans trois départements de la région;

2) *celui de la création de normes de réponse à la DEP-ADO, pour les adolescents français, afin de disposer de références pour les feedbacks normatifs*, éléments essentiels des interventions brèves auprès des adolescents consommateurs à risques ou à problèmes (Walker, in Naar-King & Suarez, 2011) et pour son utilisation en autoévaluation sur bornes interactives ou sur Internet ; cette recherche tarde à trouver des financements, les enjeux étant jusqu'à ce jour insuffisamment compris des financeurs publics français ;

3) *celui de la validation de la DEP-ADO pour les jeunes adultes de 19-25 ans*, qui permettrait d'utiliser de façon valide ce questionnaire simple et intégratif de l'ensemble des risques liés aux SPA dans des tranches d'âge à la problématique voisine des 13-18 pour lesquels elle a été conçue ; c'est un projet de collaboration entre le RISQ et l'IPPSA.

Au total la situation française aboutit à des conclusions proches de celles issues des premières années d'expérience au Québec, quoique l'utilisation de la DEP-ADO y demeure plus expérimentale et moins intégrée dans les pratiques des institutions. La description des pratiques gagnerait à atteindre en France la précision qu'on s'efforce d'obtenir au Québec pour assurer leur ajustement à la diversité des besoins d'aide des jeunes. Le souhait exprimé par la Fédération Addiction de voir les CJC s'intégrer durablement dans la perspective des interventions précoces devrait les amener à prendre la mesure de l'utilité d'outils partagés entre elles et leurs correspondants de l'EN qui sont en première ligne pour l'immense majorité des jeunes en risque avec les SPA. Nous espérons que les dynamiques de formation conjointes, telles qu'elles ont été expérimentées, s'étendront un jour à tout le pays.

Retrouvez le DEP-ADO sur le site www.intervenir-addictions.fr, rubrique Les outils et supports, dans les questionnaires de repérage.

Bibliographie

- ASAM. (1997). *Public Policy Statement on Screening for Addiction in Primary Care Settings*. Chevy Chase, MD American Society of Addiction Medicine.
- Babor, T. F., McRee, B. G., Kassebaum, P. A., Grimaldi, P. L., Ahmed, K., & Bray, J. (2007). Screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT): Toward a public health approach to the management of substance abuse. *Substance Abuse*, 28(3), 7-30. doi: 10.1300/J465v28n03_03
- Bernard, M., Bolognini, M., Plancherel, B., Chinnet, L., Laget, J., Stephan, P., & Halfon, O. (2005). French validity of two substance-use screening tests among adolescents: A comparison of the CRAFFT and DEP-ADO. *Journal of Substance Use*, 10(6), 386-395. doi: 10.1080/14659890412331333050
- Bernstein, E., Bernstein, J., Feldman, J., Fernandez, W., Hagan, M., Mitchell, P., . . . Owens, P. (2007). An evidence-based alcohol screening, brief intervention and referral to treatment (SBIRT) curriculum for emergency department (ED) providers improves skills and utilization. *Substance Abuse*, 28(4), 79-92. doi: 10.1300/J465v28n04_01
- CCSA-CCLT. (2012). *Dépistage, intervention brève et aiguillage pour l'alcool: un guide clinique*. Repéré à <http://www.sbir-diba.ca/docs/default-document-library/2012-screening-brief-intervention-and-referral-clinical-guide-fr.pdf?sfvrsn=6>
- Ghazi, A., Bolognini M., Chinnet L., Landry M., Narring F., . . . Michaud P. (2007). Substances psychoactives chez les jeunes. Outils de repérage et d'évaluation des consommations disponibles en français. *Alcoologie et Addictologie*, 29(2), 131-142.
- Heath, M. D. o. P. (2012). *SBIRT: A Step-By-Step Guide for Screening and Intervening for Unhealthy Alcohol and Other Drug Use*. Massachusetts: Bureau of Substance Abuse Services, Massachusetts Department of Public Health.
- Heather N., Ed. (2006) *WHO collaborative project on identification and management of alcohol-related problems in primary health care. Report on phase IV : Development of country-wide strategies for implementing early identification and brief interventions in primary health care.* (France : pp 131-144) (consulté le 5 mars 2015)
http://www.who.int/substance_abuse/publications/identification_management_alcoholproblems_phaseiv.pdf
- Landry, M., Tremblay, J., Guyon, L., Bergeron, J., & Brunelle, N. (2004). La grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (DEP-ADO): développement et qualités métriques. *Drogues, Santé, et Société*, 3(1), 18-35.
- Lécallier D., Hadj-Slimane F., Landry M., Bristol-Gauzy P., Cordoliani C., Michaud P. (2012) Repérer, orienter, conseiller les adolescents consommateurs de substances psychoactives (ROC-ADO). Étude prospective randomisée contrôlée auprès de 2120 adolescents. *Presse Med.* 41, e411–e419.
- Lécallier D. Résultats qualitatifs de l'étude ROC-ADO. Dans Hadj-Slimane, F., Lécallier, D., Michaud, P. (2009) <http://www.ippsa.fr/wp-content/uploads/2011/07/Rapport-ROC-ADO.pdf> (pp54-62) (consulté le 5 mars 2015)
- Levy, S. J. L., & Kokotailo, P. K. (2011). Substance Use Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Pediatricians. *Pediatrics*, 128(5), 10.
- Michaud P., Lécallier L., Hadj-Slimane F. (2015). *Prévention secondaire des dommages liés aux substances psycho-actives chez les jeunes Français. Drogues, Santé et Société* (sous presse).
- Michaud P., Lécallier D., Hadj-Slimane F., Lemerdy T., Aubague S., Lancrenon S. (2015). Supervision to enhance skills in motivational interviewing among school health professionals: A randomized controlled trial. *Soumis pour publication*.
- Miller W. R. & Rollnick S. (2013). *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement* (deuxième édition française). Dunod-InterEditions, Paris.
- Mitchell, S. G., Gryczynski, J., O'Grady, K. E., & Schwartz, R. P. (2013). SBIRT for adolescent drug and alcohol use: Current status and future directions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(5), 463-472. doi: 10.1016/j.jsat.2012.11.005
- Moyer, A., Finney, J. W., Swearingen, C. E., & Vergun, P. (2002). Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97(3), 279-292.
- Moyer, V., A. (2013). Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 2015(document récupéré le 26 février), 11 pages.
- Naar-King, S. & Suarez, M., (2011) *L'entretien motivationnel avec les adolescents et les jeunes adultes*. Dunod-InterEditions, Paris.
- NIAAA. (2005). *Helping Patients Who Drink Too Much: A Clinician's Guide*. Updated 2005 Edition (Vol. NIH Publication No. 07-3769) U.S. Department of Health & Human Services, NIH, NIAAA.
- Patnode, C. D., O'Connor, E., Rowland, M., Burda, B. U., Perdue, L. A., & Whitlock, E. P. (2014). Primary Care Behavioral Interventions to Prevent or Reduce Illicit Drug and Nonmedical Pharmaceutical Use in Children and Adolescents: A Systematic Evidence Review for the U.S. *Preventive Services Task Force Evidence Synthesis* No. 106 (Vol. No. 106, pp. 75). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services.
- SAMHSA. (2015). *SBIRT: Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment. Opportunities for Implementation and Points for Consideration*. Washington, DC: SAMSHA-HRSA.
- Simoneau, H., Landry, M., & Tremblay, J. (2004). *Alcochoix+. Un guide pour choisir et atteindre vos objectifs*. Montréal, Québec, Canada: MSSS, RISO.
- Tremblay, J., Brunelle, N., Blanchette-Martin, N., Landry, M., L'Espérance, N., Laventure, M., Ferland, F., Jacob, S., Demers-Lessard, G., & Savard, A.-C. (2014). Évaluation des Mécanismes d'accès jeunesse en toxicomanie (MAJT) (202 pp.). Québec, Canada: Fonds de recherche société et culture – Québec.
- Walker D. (2011). *Cannabis*. Dans Naar-King, S. & Suarez, M., (2011) *L'entretien motivationnel avec les adolescents et les jeunes adultes*. Dunod-InterEditions, Paris, pp.120-131.

Manuel PAACT: contenu et contexte d'utilisation pour les professionnels



Muriel Lascaux, *Psychologue clinicienne au CSAPA Pierre Nicole, Paris 5^e, Docteur en psychologie, ATER IED de l'Université Paris 8, Laboratoire de Psychopathologie et de Neuropsychologie.*
muriellascaux@hotmail.com

Jean-Pierre Couteron

Psychologue clinicien, CSAPA Le Trait d'Union (92), Oppedia, Président de la Fédération Addiction

Le manuel PAACT (Processus d'Accompagnement et d'Alliance pour le Changement Thérapeutique), paru en juin 2014, est destiné en premier lieu aux professionnels qui interviennent dans les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC), mais également aux personnels qui sont sollicités dans la réponse d'intervention précoce et à ceux du premier recours.

L'ouvrage formalise notamment le processus d'alliance qui se tisse entre le professionnel et le jeune et décrit l'accompagnement au changement qui se met en place auprès de ce public spécifique.

PAACT, s'accorder ?

Le sigle PAACT traduit l'idée que, comme dans un pacte, les deux parties s'accordent sur les raisons de leur rencontre et l'objectif thérapeutique à atteindre. Au travers de changements de son comportement, notamment vis-à-vis de l'usage de drogue, l'adolescent va relancer son processus d'individuation et aller vers un mieux-être.

Pourquoi un manuel d'accompagnement pour les jeunes usagers ?

Un des problèmes posés par l'usage de substances psychoactives chez les jeunes est l'écart entre le nombre de jeunes potentiellement concernés par une aide, et ceux qui rencontrent des interlocuteurs en situation de les aider. Tout usage n'est pas synonyme d'entrée dans l'addiction mais la diversification des expériences d'usage, l'intensification de certaines dont les Ivresses, justifiant de mieux y répondre et ce, autrement qu'en attendant une rencontre rendue inévitable par une urgence médicale ou des problèmes légaux ou réglementaires. Dans cette visée, divers propositions ont été développées :

- mobilisation des médecins généralistes sur la mission de repérage précoce, notamment lors des demandes de certificat pour la pratique des sports ;
- formation des acteurs de la santé scolaire et de la médecine du travail, avec des outils et des stratégies de prévention secondaire, comme le propose l'IPPSA en lien avec la Fédération Addiction ;
- enfin, l'intervention précoce, telle qu'elle se déploie en 2015 à travers une nouvelle phase de mobilisation des professionnels des Consultations Jeunes Consommateurs, a vocation à compléter et améliorer

¹ Voir sur ce point le dossier Consultations Jeunes Consommateurs sur www.federationaddiction.fr

cette rencontre avec des usagers en début de trajet¹. Mais si aller vers les adolescents s'impose, si identifier celles et ceux qui sont les plus en situation de vulnérabilité et d'expérimentation est légitime, il était aussi utile de faire le point sur l'évolution des pratiques professionnelles des cliniciens travaillant dans les CJC. Comment se fait la rencontre avec ce public difficile à appréhender, jeune et non demandeur spontanément de soins ? Une recherche initiée par la MILDECA en 2005 afin d'évaluer l'intérêt de déployer en Europe et en France une thérapie spécifique pour un usage intensif de cannabis chez des adolescents, la Thérapie Familiale Multi dimensionnelle (MDFT), en a apporté l'opportunité (Rigter, 2010). Cette recherche a montré l'intérêt de cette thérapie, mais elle a aussi mis en lumière l'intérêt de mieux formaliser et superviser les pratiques cliniques « standards » qui avaient servi de point de comparaison. Ainsi formalisés, les résultats étaient proches, pour une partie des jeunes consommateurs, de ceux de la thérapie MDFT, et avec des moyens plus classiques et plus disponibles. Ce manuel est le prolongement et la concrétisation clinique, en termes d'application sur le terrain, de ce travail de recherche scientifique sur l'évaluation des psychothérapies pour des adolescents présentant une addiction au cannabis (Lascaux & al. 2011; Lascaux, 2012).

Une double proposition a été faite : soutenir la diffusion régionale de la MDFT et mettre à disposition de tous les acquis de la formalisation et de sa supervision par le biais d'un manuel détaillant le travail clinique formalisé. C'est l'origine du PAACT.

À qui s'adresse-t-il et comment l'utiliser ?

Tel qu'il a été rédigé, ce manuel simple et rapide à lire est destiné aux professionnels des CJC en priorité. Il a pour but de leur faire partager un socle commun de pratiques, afin de faire exister ce nouvel espace de rencontre autour des expériences d'usage dont on sait la place prise chez les jeunes dans les années collégiennes et lycéennes, dans leur vie étudiante et lors des débuts de leur vie professionnelle.

Il doit contribuer à la mise en cohérence des CJC, en complément du guide vert de la Fédération Addiction²,

et alors que la communication de l'INPES sur ce dispositif est lancée. Loin d'imposer une bonne façon de faire, il permet à chacun de construire et créer sa pratique avec un référentiel issu des pratiques communes de professionnels de CJC.

Enfin, il peut être proposé aux partenaires, afin de faciliter leur travail d'orientation vers la CJC quand il est nécessaire.

Quelle est son originalité ?

L'originalité du manuel réside dans sa proposition descriptive et pratique du travail d'alliance avec l'adolescent usager et de l'accompagnement aux changements de son comportement d'usage pour aller vers un mieux-être. Le PAACT offre un déroulement méthodologique et formalisé de l'intervention du professionnel avec un public jeune, le plus souvent non demandeur d'aide et qui vient sous injonction d'un tiers (parents, justice...).

Le PAACT se déroule sur 4 à 5 mois, durée qui varie en fonction de la situation. Des rencontres sont programmées toutes les semaines au démarrage du processus et peuvent s'étaler dans le temps au décours du suivi. L'adolescent étant quasi systématiquement accompagné par ses parents inquiets, un soutien à la parentalité est prévu et des entretiens de bilan peuvent être programmés. Cet accompagnement s'organise autour de deux phases qui s'achève par un bilan : d'abord la construction de l'alliance et une première évaluation de l'usage ; puis un accompagnement au changement au travers de l'aide à l'auto-évaluation de la gestion des usages. Comment le PAACT formalise-t-il le travail d'alliance ? La formalisation du travail d'alliance se traduit en quatre étapes de reformulation.

1^{ère} étape – reformuler les divergences d'opinion parents-adolescent afin de favoriser des conditions favorables à la construction d'alliance avec le jeune.

Les tensions de départ peuvent empêcher l'alliance au point de rendre le processus impossible. Classiquement, l'adolescent et son parent font appel à l'expertise du professionnel pour des raisons opposées : l'un pour être dégagé d'une intervention jugée abusive ; l'autre, pour dire les dangers de l'usage et le faire arrêter. Cet effet symétrique

² *Pratiques professionnelles dans les Consultations Jeunes Consommateurs*, Collection Pratique(s), avril 2012

« d'enfumage émotif » est stérile. Sortir de cette demande des parents, biaisée et partielle, et susciter une adhésion propre à l'adolescent lui-même est le premier travail du professionnel. Il s'agit d'acter leur divergence d'opinion et de les voir séparément.

2^e étape – établir une nouvelle cible thérapeutique plus acceptable pour l'adolescent en remettant la recherche de mieux-être au centre de l'échange.

Le motif de la rencontre est le comportement d'usage ; il est ce pour quoi l'adolescent a partiellement accepté l'injonction de venir à la CJC. Il ne s'agit pas de le confronter directement à la consommation et ses conséquences : cela risque de renforcer des attitudes de fuite et d'agressivité, l'éloignant de tout accompagnement. Mais il reste toutefois la porte d'entrée de l'échange. Le reformuler comme moyen choisi par l'adolescent d'accéder à un mieux-être, tout en soulignant l'importance de ne pas dépendre pour cela de la seule consommation, fait que cet usage ne représente plus une cible à supprimer, mais un moyen trop exclusif qu'il faut faire évoluer.

Ceci amorce le passage de la demande extrinsèque à des préoccupations plus intrinsèques propres à l'adolescent (Phan & Lascaux, 2009).

3^e étape – identifier les préoccupations de l'adolescent pour proposer une reformulation des raisons de venir qui fait sens pour lui.

Dans les échanges, les parents focalisent sur leur peur de l'avenir tandis que l'adolescent s'intéresse prioritairement à son refus de souffrir au présent. Ils ne se rencontrent pas et ont le sentiment douloureux de ne pas se comprendre. Pour se dégager de ces discours empreints d'anxiété et contre-productifs, le thérapeute adopte une position basse favorisant une relation symétrique et sereine. Cette approche permet à l'adolescent de laisser le thérapeute accéder à son monde et aux bénéfices de la consommation (Couteron, 2006). Le thérapeute reformulera les effets contradictoires de la consommation, entre ce qu'elle apporte et ce qu'elle empêche (Miller & Rolnick, 2013), tout en prenant en compte ses envies, ses ressentis et les difficultés rencontrées. Cela permettra d'explicitier les raisons de venir faisant sens pour lui.

4^e étape – reformuler l'ambivalence quant aux bénéfices de la consommation, renforcer les divergences entre ses objectifs de vie et sa situation actuelle pour suggérer le changement.

Le travail préalable associé à une mise en lumière des capacités de l'adolescent éloigne la menace d'une relation d'emprise et ouvre sur l'ambivalence dans le but d'acquiescer plus d'autonomie. L'adolescent parle davantage de ses préoccupations personnelles qu'il tente de maîtriser par la consommation.

La reconnaissance de l'efficacité partielle de la consommation amène à un sentiment d'insatisfaction lié à l'inadéquation de ses objectifs de vie avec l'usage et à envisager un changement de comportement (Lascaux & Couteron, 2010).

Ce passage d'une attitude passive à une position plus pro-active est en elle-même un objectif de la prise en charge.

Comment le PAACT formalise-t-il le travail d'accompagnement aux changements ?

Dans la continuité de la construction de l'alliance, l'accompagnement aux changements considère le comportement d'usage comme « la porte d'entrée » du monde de l'adolescent. En effet, le comportement lui sert à manifester une émotion qu'il ne peut exprimer par les mots (Jeammet & Bochereau, 2007). Or pour évoluer, être modifié, ce comportement doit être parlé, pensé, représenté. Et puisque l'adolescent disqualifie l'adulte dans sa capacité à porter un jugement sur ses actes, il va lui être proposé de tenir ce rôle au travers d'un travail d'aide à l'autoévaluation de la gestion de ses usages (Couteron, 2001). Cette phase sollicite le processus d'individuation qu'un usage régulier de substance a pu suspendre.

1^{ère} étape – description de l'usage pour planter le décor, obtenir une représentation mentale – voire écrite – de son mode de vie et de ses limites.

Le travail de mise en représentation du quotidien de l'adolescent passe par une description orale, voire écrite, de l'ensemble de ses usages (carnet ou planning des consommations). À partir de ce matériel seront interrogés le rythme, les circonstances, la visibilité de la consommation, mais aussi les limites

internes et externes respectées par l'adolescent quant à celle-ci. L'objectif est d'obtenir un matériel concret et distancié permettant un envahissement moins direct de l'angoisse et servant d'outil de médiation facilitant l'échange. Ce processus de transformation de l'éprouvé sensoriel indicible en activité de représentation aboutit à une mise en image et une mise en mot. La représentation devient un savoir et donc un « objet » d'échange que l'on peut penser, manipuler, transformer (Gutton, 2005).

2^e étape – importance des bénéfiques de la consommation afin de nommer les vécus émotionnels et de dépasser les fonctionnalités du produit.

La description dresse un décor quotidien qui va progressivement être animé par les effets recherchés dans le produit. Il s'agit d'explorer les fonctionnalités de l'usage, voire les conflits latents : simple expérience de plaisir, anesthésiant, ou encore régulateur de troubles. Les usages qui relèvent de la simple habitude vont être différenciés de ceux qui semblent indispensables. Les effets négatifs qui impactent les sphères scolaires, sociales et familiales vont être actualisés car souvent déniés ou relativisés par l'adolescent. Le thérapeute avance donc avec la double préoccupation d'augmenter le regard critique de l'usager sur la place substitutive de l'usage au regard de ce qui serait un travail d'individuation, et de rendre gérable les manques ou frustrations ressentis au fur et à mesure qu'il se dégage des usages pour éviter une rupture de l'alliance. Il va aussi renforcer les compétences et ressources qui contribuent à l'autonomisation de l'adolescent.

3^e étape – dynamisation de l'expérimentation des changements pour déconstruire la solution produit et reconstruire d'autres choses.

L'adolescent va alterner entre des phases de vulnérabilité et des phases d'ajustement. Chaque changement apporte son lot de bénéfiques et de difficultés dans l'acquisition de l'autonomie. En effet, expérimenter le changement est une épreuve pour un adolescent qui doit se risquer à faire autrement avec toute l'angoisse de l'incertitude que cela comporte. Le planning de consommations aide l'adolescent à imaginer plus facilement les épreuves : parce qu'il pourra passer par la représentation de l'action, en plus de la

représentation du décor, il va oser s'éloigner du simple agir/décharge. Cependant, il est important de hiérarchiser les objectifs pour commencer par des réussites puis analyser les échecs. Le sentiment d'efficacité personnelle qu'il en retire commence à relativiser la solution addiction comme moyen d'échapper à l'inconfort interne (Morel & Couteron, 2008). Progressivement, l'adolescent s'approprie celui qu'il est et qu'il devient dans ce temps de réaménagement psychique.

Pourquoi ne pas exclure les parents de la prise en charge ?

Ne pas exclure les parents est essentiel. D'une part, ce sont eux qui portent la demande et qui représentent des modèles identificatoires pour leur adolescent. D'autre part, face aux débordements d'angoisses des parents, l'adolescent va finalement se montrer soulagé de ne plus être seul réceptacle. Les parents doivent se sentir soutenus et accompagnés face aux difficultés qu'ils rencontrent avec leur adolescent, afin de pouvoir soutenir à leur tour le suivi en étant garant de la venue du jeune en consultation. Cela permet également au thérapeute de les aider à manifester leur intérêt autrement que par un trop-plein d'inquiétudes.

Lors de la rencontre avec les parents seuls, le thérapeute accuse réception de leurs craintes, angoisses, et tente de les comprendre : « *vos inquiétudes sont légitimes et vous avez très bien fait de venir ici avec lui* ». Puis il écoute leur récit, non pas pour pointer les dysfonctionnements, mais au contraire pour faire ressortir les éléments positifs : « *si il est là aujourd'hui, c'est qu'il vous écoute et qu'il respecte en partie votre autorité* ». Enfin, il échange et reprend avec eux les représentations erronées induites par l'intensité des tensions familiales qui les conduisent à des pratiques contre-productives (ex : « *fini la liberté, maintenant c'est nous qui décidons !* »).

Les interventions du thérapeute sont ici plus psychopédagogiques. L'objectif est de renforcer les parents en tant que facteur de protection, ce qui leur permet d'accompagner au mieux la construction identitaire de leur adolescent (Baer, 2002).

Bibliographie

- Baer, J. (2002). Is family cohesion a risk or protective factor during adolescent development. *Journal of marriage and the family*, 64 : 668-675.
- Couteron, JP. (2001). Accueil d'usagers de cannabis: intérêt d'une autoévaluation. *Interventions*, 18 (2), 40-44.
- Couteron, JP. (2006). Conduite à tenir avec un fumeur de cannabis. In : Reynaud M. (dir.) *Traité d'addictologie* (p. 520-524). Paris : Flammarion médecine sciences.
- Gutton, Ph. L'adolescence entre subjectivation et dépendance. In: *Joyce Aïn (dir.) Dépendances, paradoxes de notre société ?* (p. 105-116). Erès : 2005.
- Jeammet, P., & Bochereau, D. (2007). *La souffrance des adolescents. Quand les troubles s'aggravent: signaux d'alerte et prise en charge*. Paris, France: Editions La Découverte.
- Lascaux M., Couteron JP., Phan O. (2014). *Manuel PAACT. Processus d'Accompagnement et d'Alliance pour le Changement Thérapeutique*. Paris : Fédération Addictions.
- Lascaux M. (201.2) Intérêt de la formalisation d'une thérapie individuelle pour des adolescents présentant un abus ou une dépendance au cannabis, sous la direction du Professeur S. Ionescu. Université Paris 8.)
- Lascaux M, Bastard N, Bonnaire C, et Phan O. (2011). INCANT - Une comparaison de deux modèles thérapeutiques formalisés. *Alcoologie et Addictologie*. 32(3) 209-219.
- Lascaux, M. & Couteron, JP. (2010). Alliance thérapeutique. Dans A. Morel, JP. Couteron et P. Fouilland (Dir.). *L'aide-mémoire d'addictologie* (p.268-276). Paris : Dunod.
- Phan, O., & Lascaux, M. (2009). L'entretien motivationnel chez l'adolescent présentant des conduites addictives. *Annales Médico-Psychologiques*, 167 (7), 523-528.
- Miller W, & Rollnick S. (2013). *L'Entretien motivationnel, aider la personne à s'engager dans le changement* (2^e édition). Paris : Inter Editions.
- Morel, A., & Couteron, J. (2008). *Les conduites addictives*. Paris, France: Dunod.
- Rigter H., Pelc I., Tossman P., Phan O., Grichting E., Hendriks V., & Rowe C. (2010). INCANT: a transnational randomized trial of multidimensional family therapy versus treatment as usual for adolescents with cannabis use disorder. *BioMedical Center Psychiatry* 9 : 10-28.



Obtenir le Manuel PAACT

Né de la collaboration de Muriel Lascaux, Jean-Pierre Couteron et Olivier Phan, le manuel PAACT est téléchargeable librement au format PDF sur le site de la Fédération Addiction, rubrique Espace documentaire > Productions de la Fédération > Guides, référentiels et autres publications. Si vous préférez une version imprimée, vous pouvez la commander sur le site via le formulaire en ligne dans l'Espace documentaire.

Plaidoyer pour la prise en charge des adolescents



Isabelle Philippe, coordinatrice de la Plateforme ados GREA, pédopsychiatre et thérapeute systémicienne, Lausanne

Le 5 novembre 2009 a lieu en Suisse, à Yverdon, une assemblée peu ordinaire. Pour la première fois, dans le cadre du GREA et de sa nouvelle « plateforme adolescents » se réunissent des professionnels qui vont réfléchir sur le thème de la consommation et des adolescents. Deux ténors du travail avec les adolescents sont là pour les inspirer : Jean-Paul Gaillard avec sa réflexion sur les mutants, et Roch Tremblay, pionnier créatif du travail avec les adolescents au Québec. Six ans plus tard, le GREA édite *Adolescences, aux risques de l'addiction*, manuel de réflexion et d'action à l'usage des professionnels, fruit d'un long travail d'élaboration des réflexions de cette fameuse journée. L'article qui suit s'inspire en grande partie de cette élaboration collective.

Expérience de terrain et vision interdisciplinaire

Comment travailler avec des adolescents qui consomment ou qui semblent perdus derrière leurs écrans ? Y a-t-il une pratique spécifique ? Formée comme pédopsychiatre et ayant fait un détour dans l'addictologie, je me suis demandée comment recevoir ces adolescents dans une institution taillée pour les adultes. Ou, s'il était possible de prendre en soin dans un contexte pédopsychiatrique des adolescents qui semblaient captifs de leur consommation. Ainsi est née l'idée de créer une plate-forme adolescents dans le cadre du GREA (Groupement Romand d'Étude des Addictions) dans le but de fonder une pratique addictologique spécifique dans le domaine de l'adolescence basée sur une expérience de terrain, dans un esprit interdisciplinaire.

Notre premier constat a été que les centres d'addictologie ont développé une expertise dans la prise en charge et le traitement des adultes, et

qu'ils utilisent souvent celle-ci par défaut pour les adolescents qui fréquentent ces mêmes centres. Par ailleurs, les professionnels de l'adolescence, tant dans les domaines socio-pédagogiques que pédo-psychiatriques, sont souvent démunis face aux consommations de substances des jeunes dont ils s'occupent. Il existe même encore ce postulat que tant que l'adolescent consomme, un travail intrapsychique ou psychopédagogique avec lui n'est pas possible.

L'adolescence est une période de la vie où se jouent de grands remaniements autant physiques que psychiques. De manière isomorphe, cette pratique spécifique de l'addictologie dans le domaine de l'adolescence vient remettre en question les usages, les conceptions des uns comme des autres. Ainsi, le travail sous contrainte, la non exclusion, la nécessité d'inclure la famille, la considération d'une période adolescente s'étendant au delà de l'âge légalement défini sont les principaux sujets de controverse. Ce questionnement s'appuie sur un cadre théorique et pratique clair dont les principaux tenants sont, dans le domaine de l'addiction, l'intervention précoce et les stades du changement, dans le domaine médical, l'approche bio-psycho-sociale et dans le domaine psychologique, les théories de l'attachement et la systémique. Une vision interdisciplinaire nous a semblé dès le départ essentielle pour aborder cette problématique complexe. Au départ de cette réflexion il y a eu le tandem éducateur-pédopsychiatre qui a créé la Plateforme dans l'idée de dépasser les clivages professionnels, les chasses gardées, la hiérarchisation des compétences, dans l'idée d'un enrichissement mutuel. Professionnels se frottant régulièrement au contact des adolescents, peut-être avons-nous entamé un mouvement analogue à ce que décrit J.P. Gaillard à propos de adolescents « mutants », et sommes-nous passés d'une autorité de type paternel à une autorité sur soi, afin de tenter de redéfinir un cadre de travail qui soit plus efficient, et plus gratifiant aussi. Ainsi, on constate dans la pratique que la limite entre l'éducatif et le thérapeutique n'est pas toujours claire et que, sans vouloir mélanger les rôles, certains outils des uns sont utilisables par les autres, et *vice-versa*.

L'adolescence ne se termine pas à 18 ans

La question de l'âge est une autre limite qui nous a semblé utile de remettre en question. Si l'abaissement de l'âge de la majorité est certainement une avancée importante dans la responsabilisation des jeunes et leur prise en compte effective par les autres acteurs de la société, il nous pose concrètement la difficulté à la fois du continuum de la prise en charge et de la pertinence des moyens. Le développement des neurosciences semble mettre en évidence que les processus de maturation cérébrale à l'œuvre pendant la période adolescente ne s'arrêtent pas à 18 ans. La maturation du cortex préfrontal, siège des fonctions exécutives, de la planification, de la hiérarchisation des priorités, du contrôle des impulsions de l'anticipation des conséquences de ses actes, n'est probablement formé et opérationnel que vers l'âge de 25 ans (Giedd, 2011). Il existe donc le risque qu'il soit demandé à de jeunes adultes un comportement et des tâches pour lesquelles ils ne sont pas neurologiquement outillés, et celui de rompre artificiellement un suivi dont la pertinence réside dans des spécificités adolescentes. Ainsi, de jeunes adultes non demandeurs et au comportement pas suffisamment bruyant se perdent dans la nature sans aucun soutien imposé possible. Ainsi des adolescents tout frais se trouvent plongés dans un service de psychiatrie adulte. Ainsi, de modestes fumeurs de joints entrent dans la jungle des vieux héroïnomanes et alcooliques déchu. Ainsi, les liens patiemment tissés sont rompus. Ainsi, alors qu'il faudrait pouvoir travailler avec le temps, c'est l'urgence qui préside avant que soit passé l'âge fatidique. Nous plaidons pour une prise en charge des 14 (12) - 25 ans et pour un référentiel métier adapté à cet âge-là.

Attention à la stigmatisation !

La plupart des adolescents d'aujourd'hui consomme sans trop de modération des écrans et s'essaie à différents produits. Le danger serait d'étiqueter trop vite leur comportement d'addictif, de court-circuiter les étapes de compréhension et de mise en perspective. Ce n'est qu'une minorité d'entre eux

dont le comportement est réellement problématique et dangereux.

Les adolescents qui glissent vers une consommation problématique de substances ou d'écrans ont une « bonne raison » de le faire. Remettre en contexte leur consommation, ne pas isoler le symptôme, savoir en considérer ses effets positifs permet de pouvoir travailler plus efficacement et durablement. Souvent, ces adolescents ont une problématique liée à un schéma d'attachement déficitaire, à des vécus traumatiques, à un manque de référence et de cadre. Nous avons cherché à développer un savoir-faire et un savoir-être qui permettent aux soignants, éducateurs, travailleurs sociaux de ne pas se limiter à des constats accablants, de pouvoir travailler avec des jeunes qui souvent ne considèrent pas leur consommation comme problématique.

Afin de soutenir les adolescents dans l'acquisition d'un développement et d'un épanouissement suffisant pour ne plus avoir besoin de recourir de manière addictive à ces consommations, trois axes importants se sont dégagés de notre réflexion : le travail avec la famille, l'utilisation de la contrainte et l'évitement de l'exclusion.

Le travail avec la famille

À l'adolescence d'un de ses membres, c'est toute la famille qui entre en adolescence. Les changements majeurs qu'elle vit vont faire caisse de résonance à ses malaises, aux problématiques de chacun, réveiller les fantômes du passé et donner le vertige d'un futur incertain. L'équilibre qui aurait pu se maintenir jusque-là est brisé et appelle des remaniements pour se renouveler. Dans la plupart des familles, les ressources sont suffisantes pour faire face à ces bouleversements et soutenir l'adolescent qui y préside. Parfois la famille est débordée, dépassée, l'adolescent est en détresse, le manifeste par des consommations et c'est à ce moment-là qu'une aide extérieure peut émerger. La systémique nous permet d'avoir une réflexion sur l'aide et de ne pas tomber dans les nombreux pièges qu'elle pourrait receler.

Piège numéro un : l'adolescent est assimilé au problème, et en étant le problème, comment ne pas perdre confiance en soi, se sentir rejeté et exclu ?

Piège numéro 2 : l'aidant se substitue à la famille. Il oublie que celle-ci, malgré ses très grandes difficultés, a malgré tout des ressources. Elle n'a pas seulement une histoire et un comportement qui peut paraître fautif, elle a aussi des compétences. Comment être à l'écoute aussi de ses souffrances à elle, la rendre partenaire et responsable ? Travailler avec la famille nous permettra entre autres d'évoluer, entre la fusion familiale et la rupture, vers une relation négociée et supportable. Un des modèles proposés pour travailler avec la famille est celle de la thérapie scindée de Guy Ausloos qui permet à un intervenant de se centrer sur la famille, et à l'autre sur l'adolescent. Souvent dans un premier temps la famille est peu disposée à collaborer activement. La conviction de l'aidant, le respect qu'il va accorder à la famille et à ses difficultés, la garantie d'un cadre suffisamment protecteur pour chacun vont permettre d'entrer dans ce processus.

Oser travailler avec la contrainte

Dans les services d'addictologie adulte, il est le plus souvent souhaité que la demande d'aide émerge de l'intéressé lui-même. Comment alors entrer en contact avec tous ces adolescents qui sont encore en phase de lune de miel avec le produit ? Comment éviter de les retrouver englués dans leur consommation quelques années plus tard ? Ne rêve-t-on pas d'avoir pu rencontrer une fois nos « vieux » consommateurs chroniques au moment de leurs début, quand une intervention aurait pu permettre de passer une étape plutôt que d'adopter un mode de vie ? Pour pouvoir toucher la population adolescente, il faut pouvoir prendre en compte la demande des parents, des juges, de l'entourage socio-éducatif, donc oser travailler avec la contrainte. Si les recherches montrent que le caractère contraint ou non est sans influence sur celui-ci en termes d'efficacité (Nielsen, Beyrison, Croquette Krokro 2011), cela ne dispense pas d'une réflexion éthique et communicationnelle afin de définir une manière de faire respectueuse pour chacun et qui porte ses fruits. Hardy et ses collaborateurs (2001) posent les prérequis d'une telle intervention : le rapport de pouvoir doit être

rendu explicite, les enjeux doivent être précisés pour permettre au jeune de se positionner face à la contrainte, les attentes de l'autorité doivent être spécifiées en termes positifs. Ainsi, l'intervenant pourra élaborer avec l'adolescent un projet qui réponde à ses attentes sans le placer devant la contrainte de devoir désirer arrêter ses consommations.

L'exclusion n'a jamais de valeur éducative

La consommation met les adolescents dans une situation paradoxale face à une aide potentielle. Ils devraient demander de l'aide à ces mêmes adultes dont ils veulent se démarquer, ils devraient parler librement d'un comportement interdit, et ils se font exclure des lieux potentiellement soutenant. L'exclusion est une forme de chantage qui n'a jamais de valeur éducative (Coenen 2001). Elle est parfois nécessaire pour protéger l'institution et ses membres, mais il est rare et souvent contreproductif de penser qu'elle puisse être une leçon fructueuse. L'exclusion met à mal le lien et démontre les fragilités d'attachement qui sont souvent à l'œuvre. Ce constat interpelle les adultes et particulièrement les professionnels de l'éducation et de la psychiatrie ; il est impératif de développer des stratégies qui permettent de continuer à travailler avec les adolescents et leur symptôme de consommation, et ainsi d'éviter que certains suivent une carrière de « renvoyés professionnels ». Ce serait le meilleur et plus sûr moyen de les « accompagner » vers la délinquance.

Pour travailler avec des adolescents, il faut les aimer.

Pas tant dans l'idée qu'il va pouvoir se tisser une accroche affective avec chacun, mais plutôt que c'est un âge et une problématique pour laquelle on ait du plaisir. Il n'est pas toujours simple d'avoir envie d'entrer en résonance avec un monde qui nous est maintenant révolu, de se frotter à une tribu aux émotions souvent mal dégrossies, de risquer la remise en question personnelle, de tenter la plus grande sincérité possible. Mais c'est tout simplement passionnant !

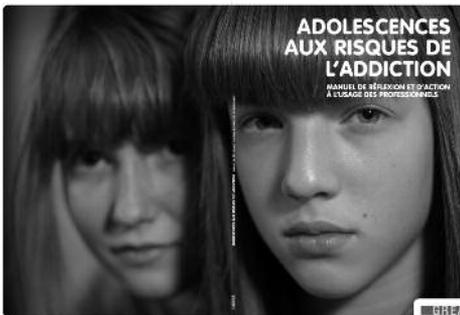
Merci à tous les membres de la PF Adolescents et particulièrement à Patrice Charpentier qui a créé et coordonné la PF avec moi pendant 7 ans. Merci au GREA, et particulièrement à Isabelle Girod et Frédéric Richter, qui a cru en nous et nous a soutenus efficacement tout au long de ce processus de réflexion et d'élaboration. Merci à mes patients avec qui j'apprends chaque jour. Merci à mon compagnon Phil qui supporte mes questionnements ados au quotidien et merci à mes enfants Charlotte et Gaspard, vieux ados/jeunes adultes avec qui j'ai vécu une étape formidable.

12 idées pour intervenants en risque d'essoufflement

1. Attention à ne pas rester focalisé sur les problèmes de consommation, prendre en compte la globalité de la personne
2. Au delà des problèmes il y a toujours des ressources, des compétences, un potentiel de changement
3. Se fixer des objectifs réalistes permet de réduire le sentiment d'impuissance
4. Une personne n'est jamais seule au monde avec sa problématique : elle existe dans un contexte, des ressources extérieures, avec lesquelles il est important de travailler
5. Au cours de l'adolescence, le cadre et les limites sont évolutives et se négocient
6. Travailler avec une personne volontaire c'est l'idéal, travailler sur mandat est parfois nécessaire
7. Au centre de notre travail, il y a le lien et les émotions
8. À trop viser l'abstinence, on risque de se perdre en chemin
9. Attention aux diagnostics qui immobilisent : les pathologies sont rarement fixées à l'adolescence
10. Prendre des risques c'est se confronter à la réalité et ses limites, c'est grandir
11. Les premières ressources des enfants et adolescents restent leurs parents, même en cas de conflit majeur
12. Pour travailler avec les adolescents, il faut les aimer

Bibliographie

- *Adolescences, aux risques de l'addiction Manuel de réflexion et d'action à l'usage des professionnels*, collectif, GREA 2015
- Giedd, J. N. (2011). « Maturation du cerveau adolescent », In : R. E. Tremblay, R. G. Barr, R. DeV. Peters & M. Boivin (eds), *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. Montréal, Québec
- Gaillard, J.-P. (2009). *Enfants et adolescents en mutation. Mode d'emploi pour les parents, éducateurs, enseignants et thérapeutes*. Issy-les-Moulineaux, France : ESF éditeurs
- Delage M. (2013). *La vie des émotions et l'attachement dans la famille*. Paris : Odile Jacob
- Pierrehumbert B. (2003). *Le premier lien. Théorie de l'attachement*. Paris : Odile Jacob
- Ausloos, G. *La compétence des familles* (2012), France : Éres
- Ausloos, G. (1985). Vers un fonctionnement systémique de l'institution. *Thérapie familiale*, 6(3), p. 235-242.
- Hardy, G., Bellens, M., Defays, C., De Hesselle, C., Gerrekens, H., & Muller, F. (2001). *S'il te plaît, ne m'aide pas ! L'aide sous injonction administrative ou judiciaire*. Ramonville Saint-Agne, France : Éres.
- Nielsen, P., Beytrison, P., & Croquette Krokak, M. (2011). Les thérapies ordonnées par la justice pour les adolescents surconsommateurs de substances psychoactives: réflexions et expériences dans un débat d'actualité. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 46. P. 85-95
- Coenen R., Gaillard J-P., Friehe-Bungert F., Hardy G. et all. (2010). Les symptômes interdits . Manifeste pour le changement. Repéré : à <http://www.roland-coenen.com>
- Coenen, R., (2004). *Éduquer sans punir : une anthropologie de l'adolescence à risques*. Toulouse, France : Éres



La Fédération en action(s)

Des formations à l'intervention précoce en 2015

En 2015, la Fédération Addiction met en œuvre, en lien avec les ARS, **22 sessions de formation** régionale ou inter-régionale à l'intervention précoce. Leur objectif : permettre aux professionnels de Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) de s'approprier une culture commune et une méthodologie de l'intervention précoce. Une attention particulière sera portée sur le développement d'un environnement attentif et favorable à la prévention et au repérage des conduites addictives chez les jeunes. De nombreuses sessions sont déjà planifiées pour le premier semestre (dates disponibles sur www.federationaddiction.fr).

Ce sont les ARS qui transmettent les inscriptions et les informations nécessaires aux CJC de leur territoire.

Partenariats des CJC : une base en ligne et des supports pratiques

Parce que la pratique partenariale est un pilier fort de l'intervention précoce, la Fédération Addiction valorise depuis fin 2014 les actions de partenariats des CJC dans une base d'expériences en ligne, accessible sur son site www.federationaddiction.fr dans la rubrique **Espace documentaire > Base d'expériences**. Vous y trouverez par exemple des actions de sensibilisation, de formation ou encore de soutien auprès de tous les partenaires en lien avec les jeunes. La base est mise à jour régulièrement : si vous êtes CJC, n'hésitez pas à proposer vos actions !

En complément de cette base, la Fédération éditera en 2015 **des supports pratiques sur les partenariats** entre les CJC et les différents milieux ou institutions dans lesquels évoluent les jeunes (Éducation Nationale, dispositifs jeunesse, PJJ, CFA, etc.).

Dans ce cadre, des groupes d'échanges et de partage d'expériences sont organisés au premier semestre.

Une campagne de promotion des Consultations Jeunes Consommateurs

La campagne de communication Consultations Jeunes Consommateurs, pilotée par l'INPES et dont la Fédération Addiction est partie prenante, a été lancée en janvier sur une durée d'un mois et a bénéficié d'un

large relais médiatique (télévision, internet, réseaux sociaux, radio...). Cette campagne avait pour objectif de mieux faire connaître les CJC auprès du grand public (jeunes, parents, entourage...) tout en sensibilisant sur les consommations et pratiques à risque des jeunes (alcool, cannabis, jeux vidéo). Elle a notamment consisté en la diffusion de **trois spots de sensibilisation** ainsi que des documents de communication pour faire connaître les CJC (brochures, affiches, cartes de visite, logo et charte graphique spécifique).

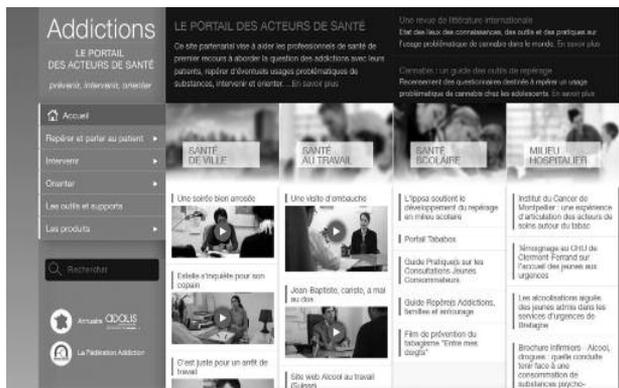
Les retombées de cette campagne seront connues prochainement, mais les premiers retours s'avèrent déjà très positifs.

Un projet « Jeunes et tabac »

Produit le plus consommé par les jeunes et hautement addictif, le tabac représente un enjeu de santé publique majeur. En partenariat avec le Respadd et avec le soutien de l'INCa (Institut National Du Cancer), la Fédération Addiction mène un projet visant à améliorer la prise en compte et la prise en charge du tabac en CJC. Un questionnaire, diffusé en 2014 à l'ensemble des CJC, a cherché à évaluer le niveau d'intégration du tabac dans les pratiques professionnelles, le niveau de satisfaction concernant la prise en charge, les outils utilisés ou encore les besoins pour améliorer les pratiques. Des entretiens qualitatifs (en cours) viennent compléter ce questionnaire afin d'identifier les freins, leviers et principes d'actions utiles à la pratique professionnelle. L'ensemble sera capitalisé dans un document pratique en 2015.

Enquête OFDT sur les publics et pratiques professionnelles des CJC

Avec près de 5400 questionnaire retournés, cette enquête, visant à mieux connaître le public reçu et les pratiques professionnelles développées en CJC, a été un vrai succès. Les résultats de ce premier volet de l'enquête seront publiés par l'OFDT dans le courant du premier trimestre 2015 (collection Tendances). Un deuxième volet de l'enquête, plus léger, est prévu au cours de l'année.



Sensibiliser les professionnels de santé de premier recours : mise en ligne de www.intervenir-addictions.fr

La Fédération Addiction et MG Addictions, avec le soutien et l'expertise de partenaires institutionnels et associatifs, ont élaboré un site web qui regroupe leurs expériences et pratiques :

www.intervenir-addictions.fr

Ce site a pour objectif d'aider ces professionnels de santé non spécialisés en addictologie à :

- aborder la question des addictions avec les personnes qu'ils rencontrent ;
- repérer un usage problématique de substance psychoactive ;
- intervenir et orienter la personne en fonction de sa situation et de ses besoins.

Il met à disposition :

- 10 mises en situation filmées et commentées : 7 en santé de ville, 2 en santé au travail et 1 en santé scolaire ;
- des conseils de posture professionnelle ;
- des ressources téléchargeables : questionnaires standardisés de repérage, documents d'aide à la pratique, documentation scientifique, plaquettes d'information pour les patients ;
- des outils pour mieux orienter la personne accompagnée.

www.intervenir-addictions.fr a été créé dans le cadre d'un projet soutenu par la Direction Générale de la Santé et la MILDECA et réalisé en partenariat avec l'OFDT, l'INPES, l'IPPSA, le Respadd, Adalis, le GREA (Suisse) et le RISQ (Québec).

AgendaFormations

À partir d'un tronc commun, comme « la formation de base en addictologie », le catalogue national propose des thématiques modernisées chaque année. Le nombre de place pour chaque session est limité, ne tardez pas à vous inscrire aux sessions qui vous intéressent.

Contactez Valérie Sallandre : v.sallandre@federationaddiction.fr.

Tous les détails de nos formations sur www.federationaddiction.fr, rubrique Formations nationales.

Programme 2015

28-29 avril et 9 juin 2015 - *La prévention en CSAPA*

Du 19 au 21 mai - *Animation du groupe de parole*

3 juin, 24 juin, 9 sept, 7 oct, 4 nov et 2 déc - *Atelier clinique : approche systémique en addictologie*

18 et 19 juin 2015 - *L'Entretien Motivationnel Niveau 2*

10 et 11 septembre - *Alcool et addiction : rencontre et questionnements*

Du 14 au 18 septembre - *Formation de base en addictologie*

Du 21 au 25 septembre - *Formation RDR et usages de substances psychoactives*

28 et 29 septembre - *Psycho-traumatismes et addictions*

5 et 6 octobre 2015 - *Place des traitements médicamenteux dans la prise en charge des addictions*

8 et 9 octobre - *Démarche d'évaluation dans les CSAPA et CAARUD*

Du 12 au 14 octobre - *Monde du travail : Usages de substances psychoactives et pratiques addictives*

Du 19 au 21 octobre - *Éclairages de la psychanalyse dans la prise en charge des addictions*

22 et 23 octobre - *Initiation et pratique de l'outil ASI (Addiction Severity Index)*

Du 18 au 20 novembre - *Phénomène des dépendances, du jeu de hasard et d'argent et des jeux vidéo*

26 et 27 novembre 2015 - *Parcours de soin : la place du soin résidentiel*

7 et 8 décembre - *Les produits psychoactifs et les outils de réduction des risques*

Du 9 au 11 décembre - *Histoire(s) de genre ou les femmes dans tous leurs « états »*

Dates à venir - *Parentalité et périnatalité : ces mères «veilleuses» et leurs enfants au temps des addictions*

Dates à venir - *Soins obligés : quelles questions ? quelles pratiques ?*

Actabonnement

Je souhaite (*mettre des croix dans les cases correspondantes à votre demande*):

M'abonner pour les deux prochains numéros d'Actal au tarif préférentiel de 10€

Commander les numéros parus (dans la limite des stocks disponibles) n°10 n°12 n°13

Total : 6€ x nb total d'exemplaires, soit€

Coordonnées où vous souhaitez recevoir Actal : nom prénom

adresse

Tél email.....

Joindre votre règlement à l'ordre de la Fédération Addiction, 9 rue des Bluets 75011 Paris - Tel : 01 43 43 72 38 - Fax : 01 43 66 28 38

date..... signature

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser par écrit à la fédération. SIRET 529 049 421 000 17- Code APE 9499Z- Association loi 1901

Fédération
addiction

• PRÉVENIR • RÉDUIRE LES RISQUES • SOIGNER



5^{ÈMES} JOURNÉES NATIONALES



Addictions, aux marges de nos mondes ?

Bousculer les représentations - Déployer les missions - Rapprocher les actions

LILLE

4-5 JUIN 2015

GRAND PALAIS

Le défi de l'intervention précoce

Édito *L'air du temps et l'intervention précoce* – Jean-Félix Savary **01**

L'Intervention Précoce, agir plus tôt, agir moins seul – Christophe Kurdi / Jean-Pierre Couteron **04**

Le contexte

Développement du cerveau et conduites à risques : l'adolescence, une période charnière – Dr Fabien Gierski/Pr Mickael Naassila **11**

Écrans et jeux vidéo : l'envers du jeu – Interview Niels Weber **14**

Pertes et impairs de la prévention ? – Sophie Le Garrec **17**

Le lien développemental et l'émotion positive au cœur de l'intervention précoce – Interview Roland Coenen **20**

Les interventions précoces : une prévention à large spectre – Pierre Arwidson **24**

Les pratiques

Le travail communautaire

Expérience « In medias » : le dialogue philosophique, outil de prévention – Nathalie Arbella **28**

L'addiction à l'épreuve de sa diction : entre le pré, le loup et la rue – Vincent Artison **32**

En Suisse, des partenariats avec les collectivités pour une meilleure prévention – Interview Christophe Mani **37**

Le repérage

Repérage et dépistage : quelques rappels – Jean-Michel Delile **41**

CJC Martinique : aller au plus près des usagers – Interview Nancy Bertrand **45**

Intervision mon amour – Philippe Stephan **48**

L'évaluation

Dans le dédale des outils : évaluer les consommations des adolescents – Ivana Obradovic **52**

La DEP-ADO comme élément du processus de repérage, d'intervention brève et d'orientation vers le traitement : expérience québécoise et français – Joël Tremblay / Philippe Michaud / Natacha Brunelle / Nadine Blanchette-Martin / Dorothee Lécallier **56**

La prise en charge

Manuel PAACT : contenu et contexte d'utilisation pour les professionnels – Jean-Pierre Couteron / Muriel Lascaux **61**

Plaidoyer pour la prise en charge des adolescents Isabelle Philippe **66**

La Fédération en action(s) **70**