

L'intervention précoce : pourquoi et comment ?

Il y a, dans le champ des addictions, une question qui préoccupe nombre de professionnels et qui jusqu'alors, n'a trouvé sa réponse ni dans le registre du soin ni dans celui de la prévention : comment éviter qu'une expérimentation de substances psychoactives ne se transforme en usage problématique et/ou qu'un usage problématique se transforme en dépendance ?

Cette question s'impose au regard des évolutions de notre société. En effet, les plus grandes visibilité et disponibilité des produits participent d'une banalisation de l'offre en direction d'un public plus jeune, tandis que la diffusion des valeurs individualistes, la promotion des sensations, de l'hédonisme accentuent la demande. De plus, l'existence de molécules nouvelles, ainsi qu'une présentation de plus en plus sophistiquée des substances en optimisent les effets, tandis que l'évolution du lien social et de la famille fait régresser les « amortisseurs sociaux » et affaiblit l'accompagnement collectif des expériences d'usages.

Cela augure statistiquement d'un nombre croissant de personnes qui rencontreront des problèmes sociaux, sanitaires ou psychologiques liés à leurs consommations qui nécessiteront que l'on s'en préoccupe avant qu'ils ne prennent une ampleur telle qu'ils en deviennent trop coûteux pour le sujet comme pour le corps social.

S'il est illusoire de vouloir (à tout prix) faire faire l'économie d'un parcours « addictif » à tous les usagers de substances psychoactives, et si l'on sait que tous les usagers de « drogues » ne deviendront pas dépendants, réfléchir à des stratégies permettant au plus grand nombre de s'en dégager est un enjeu de santé publique.

Même si l'on sait que l'expérimentation de substances psychoactives est en train de devenir un passage extrêmement fréquent à l'adolescence, il convient de ne pas minimiser ses conséquences sur la santé et la vie quotidienne de l'usager.

Justement parce que l'on sait tout cela, il est important de ne pas « pathologiser » *a priori* l'expérimentation. À l'adolescence, elle reste une conduite spécifique en ce qu'elle recèle d'expérience, de désir d'appartenance ou de processus d'identification, qui s'atténuera et s'éteindra dès que le jeune adulte trouvera d'autres objets à investir.

C'est dans ce contexte que se développent les stratégies d'intervention précoce. Elles ne se situent ni dans la logique pénale d'un « tout interdire », inadaptée à l'autonomisation de l'adolescent et aux problématiques adultes, ni dans un « laisser-faire » éducatif qui abandonnerait les usagers les plus isolés à leurs difficultés.

Il s'agit de valoriser un accompagnement éducatif centré sur la prise en compte du plaisir/déplaisir et de la recherche de limites, d'un travail sur le sens, sans médicaliser ou « psychopathologiser » trop précocement l'expérience.

Longtemps, les seuls registres d'intervention du champ spécialisé dans les addictions ont été le soin et la prévention. Le soin était dédié à ceux qui souffraient d'une lourde dépendance à un ou plusieurs produit(s) psychotrope(s) et qui souhaitaient « en sortir », la prévention consistant à intervenir en amont de l'usage pour tenter de l'éviter ou d'en amoindrir les effets.

Dans les années quatre-vingt, la réduction des risques a ouvert une nouvelle voie et montré qu'il était possible de s'(e pré)occuper des usagers de drogues avant qu'ils affichent le souhait de ne plus consommer. Dans les années quatre-vingt-dix (après une timide expérience dans les années soixante-dix) l'utilisation des traitements de substitutions a montré que le recours à l'abstinence n'était pas la seule voie à poursuivre et qu'il existait une alternative au « tout ou rien ». La réduction des risques a révélé que « s'occuper de » (*to care*, en anglais) était suivi d'effets positifs quand « soigner » (*to cure*) était prématuré voire inefficace. Les traitements de substitution ont montré que l'approche des addictions n'était pas binaire et qu'il existait une alternative entre consommer trop et ne pas consommer du tout. Ces deux pratiques ont introduit une culture de la nuance, montrant qu'il est possible mais aussi nécessaire d'intervenir avant qu'une question ne devienne un problème.

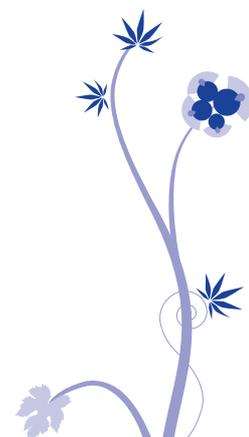
À peu près à la même époque, les travaux de Klingemann et Sobell⁴ ont mis en valeur l'importance des rémissions spontanées, et ce pour tous les produits et tous les âges. Nombre d'usagers ont modifié leur comportement, reprenant le contrôle de leur usage. En montrant combien ce changement se construit tout au long d'un trajet influencé par les représentations sociales de l'usage (plus ou moins stigmatisantes), par une offre de soins existante (plus ou moins adaptée et accessible), dans des contextes environnementaux et de ressources personnelles plus ou moins favorables, ils ont participé à relancer la réflexion sur les politiques publiques.

Aujourd'hui que ces évolutions ont atteint leur maturité, il est temps de les appliquer à d'autres produits que les opiacés, à d'autres urgences que les pathologies infectieuses, à d'autres publics que les usagers de drogues par voie intraveineuse. Loin de conduire à un

Jean-Pierre Couteron
Psychologue clinicien, président de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie (Anit)

Jean-Jacques Santucci
Psychologue clinicien, directeur de l'Association méditerranéenne de prévention et de traitement des addictions (Ampta)

4. *Promoting Self-Change from Addictive Behaviors : Practical Implications for Policy, Prevention, and Treatment*. Springer, septembre 2007.



laisser-faire désabusé, elles permettent d'agir au plus près des problèmes, complétant les autres politiques publiques (restriction de l'offre notamment) par un indispensable travail éducatif qui se fonde sur :

- la prise en compte de l'expertise de l'usager qui est partenaire de la réflexion sur le « traitement »,
- la prise en compte de la dimension communautaire de l'expérience addictive,
- la prise en compte de la notion de compétence : l'expérience addictive est à la fois une solution et un problème.

Les stratégies et la mise en œuvre de l'intervention précoce

À partir de l'expérience clinique et de ces nouveaux savoirs, il est possible de concevoir une stratégie qui s'appuie sur l'idée d'une intervention précoce dont les objectifs sont :

- d'atténuer les conséquences d'usages débutants,
- d'éviter un détour par l'addiction aux usagers problématiques de substances psychoactives,
- de favoriser, en cas de besoin, le recours rapide à une aide.

Ces objectifs, orientés vers les jeunes usagers, sont assortis d'autres objectifs qui s'adressent, eux, aux adultes, familles ou professionnels qui, naturellement, entourent ces jeunes.

En effet, une des caractéristiques de l'intervention précoce est qu'elle tient compte autant des interlocuteurs naturels des consommateurs que des consommateurs eux-mêmes.

Il s'agit, avec ces adultes « référents », de :

- diffuser une culture de la préoccupation des pratiques addictives ;
- les associer à la démarche, à l'action ;
- les renforcer dans leur rôle de référents voire de relais ;
- leur permettre d'être repérés par les jeunes comme « suffisamment » compétents ;
- leur donner les moyens d'être aidants par eux-mêmes ;
- leur fournir les moyens de ne recourir aux « experts » qu'en cas de nécessité.

Ce moment de l'action, collectif, est nécessaire dans la mesure où ces adultes référents, qui sont et resteront les plus proches des jeunes, seront soumis à leurs questions, devront faciliter les changements dans les modes d'usages, et parfois soutenir ou accompagner une démarche vers un dispositif spécialisé.

Il faut alors rendre ces adultes acteurs de l'intervention, cohérents dans leurs attitudes et tenants d'un discours porteur d'évolutions et de changements.

Appréhender les questions sans les dramatiser ni les éluder, savoir trouver le recul suffisant, être reconnu comme un référent « à qui l'on peut parler » sont des conditions pour être un élément constitutif de la démarche d'intervention précoce.

Ce travail, pour être suivi d'effets, doit être soutenu

par l'ensemble de l'institution (école, foyer...) où il se déroule.

Il est en effet préférable qu'il s'inscrive dans un contexte global, qui ne recule pas devant la question des usages de substances psychoactives et la mise en place de certaines mesures (sensibilisation des équipes, écoute des « jeunes », évolution du cadre et des pratiques, adaptation des règles...).

L'institution ne doit pas se défaire de ce problème pour le confier à quelques volontaires, et ainsi s'en débarrasser, mais au contraire l'inclure dans un projet associant tous ses rouages : direction, encadrement, équipes...

Il arrive quelquefois que cette étape suffise à répondre à la demande et que les adultes référents poursuivent seuls, car renforcés dans leurs compétences.

Le schéma d'intervention

L'intervention précoce repose donc sur trois « piliers » : le (jeune) consommateur lui-même, les adultes qui l'entourent, les spécialistes/experts (médecins, psychologues, éducateurs...) du domaine des addictions.

La démarche n'est concevable qu'autour de ces trois entités et déroge en cela quelque peu au schéma traditionnel aidé/aidant, dans la mesure où elle inclut l'« aidé » dans sa construction.

Avec les jeunes consommateurs, comme avec les adultes qui les entourent, il s'agit dans un premier temps de partir de leur vécu, de ce qu'ils savent ou croient savoir.

Il est important, en effet, de partir des sujets, de leurs expériences, de leurs représentations, de leurs savoirs, plutôt que du discours constitué *a priori*, du spécialiste.

Cela est une des notions fondamentales de l'intervention précoce : partir des sujets et non de ce que l'on en croit ou suppose. Il s'agit de leur permettre d'exprimer ce qu'ils savent, pensent et font, afin de reconstruire une pensée, un discours qui tiennent compte de ces savoirs, expériences et représentations.

En effet, ceux-ci peuvent être erronés, les risques minimisés, voire déniés, ignorés, la responsabilité individuelle dissoute dans l'effet de groupe ou dans un certain discours social, choisi par le sujet.

Ce travail préalable, à partir de ce que dit le sujet (*ce qu'il croit, pense, sait et fait*), a pour avantage, tout d'abord, de lui attribuer une valeur (*mon expérience est reconnue*).

Dans un deuxième temps, il permet l'échange et la confrontation des points de vue.

À partir des dires du sujet, le « spécialiste » peut, à ce moment, apporter son savoir, son expérience, il peut tempérer, voire contredire certaines représentations et/ou affirmations. Il peut amener des informations objectives, les comparer avec ce que sait ou croit savoir le sujet, afin d'ajuster croyances et connaissances, le tout dans le respect de son parcours et de ses expériences.

Le spécialiste doit savoir écouter avant d'intervenir et

L'intervention précoce dans les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa)

Avec le décret 92-590 du 29 juin 1992, relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes, les centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) ont dû recentrer leurs missions sur l'accueil, la prise en charge et le soin des toxicomanes délaissant ainsi, sauf à trouver des moyens pour ce faire, un champ de la prévention sur lequel ils avaient pourtant été actifs.

Avec l'avènement des Csapa, créés par le décret 2007-877 du 14 mai 2007*, relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, dont le « cahier des charges » inclut un volet prévention, cet important secteur d'activité doit être réinvesti, d'autant qu'il a pu entre-temps intégrer et bénéficier des évolutions connues depuis 1992. Ainsi sera établi un lien, une cohérence entre les missions essentielles des Csapa, « prise en charge et soins des addictions », et la mission de prévention.

Parmi les (r)évolutions qui ont traversé le dispositif, la réduction des risques et les traitements de substitution, la connaissance des mécanismes de rémission spontanée, la formalisation des actions de prévention, le concept d'addictologie ont participé à la rénovation des pratiques professionnelles. En 2007, on ne peut penser et faire de la prévention sans tenir compte de ces mouvements et de leurs corollaires.

L'intervention précoce constitue l'indispensable

passerelle opératoire entre les missions d'accompagnement et de soins et celles de prévention. En effet, l'intervention précoce « cible » des usagers problématiques, c'est-à-dire pour lesquels eux-mêmes ou un tiers pensent qu'ils courent un risque et que cela nécessite une réponse. Cette stratégie permet d'anticiper le strict cadre de la consultation et le stigmate de la maladie qui sont l'un des premiers obstacles sur le chemin du changement de comportement.

Du fait de leur appartenance au domaine médico-social, les CSST (devenu Csapa) et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD) pratiquent depuis longtemps un travail de proximité, répondant aux demandes et sollicitations dont ils sont l'objet. Dans nombre d'entre eux, leurs équipes sont habituées au travail transdisciplinaire, condition nécessaire à la mise en œuvre des stratégies d'intervention précoce. Ils ont acquis une longue expérience de ce que sont les addictions et des manières de les prendre en charge. De cette expérience est née une expertise par rapport aux usages de substances psychoactives, leurs effets, leurs conséquences, leurs causes.

Deux axes de l'intervention précoce sollicitent particulièrement les pratiques médico-sociales des Csapa : le travail avec l'environnement et l'écosystème de l'utilisateur, et l'adaptation des réponses professionnelles.

Le travail avec l'entourage des usagers est depuis longtemps un axe d'intervention des Csapa. L'implication des équipes dans la politique de la ville, dans la prévention de la délinquance, leur intérêt pour le travail social, que ce soit en milieu professionnel ou en milieu scolaire, la prise en compte des problématiques d'insertion en sont des exemples, les liens avec les personnels de l'Éducation nationale connus.

L'adaptation des réponses professionnelles s'est amorcée dans le cadre de l'addictologie. Les consultations jeunes consommateurs (voir page 54), les pratiques de réduction des risques en Csapa comme celles des CAARUD, la mise en œuvre des traitements de substitution ont contribué à relancer la réflexion sur le seuil d'accès des dispositifs. 

* Ce décret du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie sera suivi d'un second décret en Conseil d'État portant adaptation du Code de la santé publique et du Code de l'action sociale et des familles pour la mise en place des Csapa. Ce dernier texte consiste en un toilettage des codes afin de remplacer les termes « centre de cure ambulatoire en alcoologie » (CCAA) et « centre spécialisé de soins aux toxicomanes » (CSST). Ce projet de décret devrait être examiné par le Conseil d'État prochainement. Enfin, une circulaire accompagnera également la mise en place des Csapa. Sa publication est notamment liée à celle du second décret relatif aux Csapa et est également prévue pour la fin de l'année 2007.

ne pas imposer une vision conformiste et/ou officielle à un sujet qui le plus souvent tient à sa consommation, y trouve un intérêt, d'autant qu'elle ne lui paraît pas problématique ou dangereuse, voire qu'elle constitue une aide dans un moment (plus ou moins long) difficile.

Cet échange est aussi le moment, à partir des questions du spécialiste, d'une évaluation des consommations.

En effet il est important que le jeune consommateur puisse évaluer sa consommation et tenter de déterminer voire d'admettre, si c'est le cas, son caractère abusif ou excessif.

Il est également important qu'à cette occasion, avec le spécialiste, il puisse évoquer les aspects positifs (car il y en a) et les aspects négatifs de sa consommation, cette opération ayant pour but de lui faire prendre conscience de la bivalence de sa conduite qui comporte à la fois des aspects positifs (il ne voit sûrement que ceux-là), mais aussi des aspects négatifs dont il perçoit peut-être les prémices mais qui ne sont pas encore suffisamment prégnants pour prendre le pas sur les intérêts de la consommation.

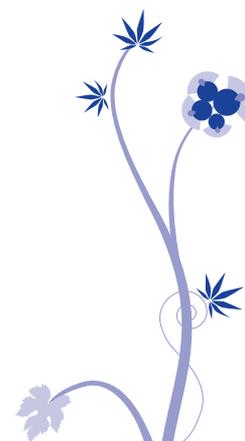
C'est dans la confrontation des questions bienveillantes du spécialiste et des affirmations du sujet que celui-ci peut prendre conscience de ses conduites.

C'est justement dans l'espace créé entre les certitudes du jeune (*je fume et ça n'est pas grave*) et les questions du spécialiste (*tu fumes, ça n'est peut-être pas grave mais qu'est-ce que ça fait, qu'est-ce que tu y trouves ?*) quant aux avantages et aux inconvénients de la consommation que se loge l'efficacité de l'intervention précoce.

C'est à l'endroit de la confrontation de la certitude et du doute que se constitue le *modus operandi* de l'intervention précoce, à savoir : la prise de conscience propice au déclenchement du désir de changement.

C'est dans le refus de savoir du spécialiste, dans l'espace qu'il laisse au sujet pour faire part de ce qu'il est et fait que s'inaugure ce mouvement de changement qui ne saurait s'opérer sans que le sujet en soit un acteur consentant et participatif.

L'intervention précoce n'existe pas sans que le sujet prenne part à la démarche, en ce sens qu'il est maître du choix. Face aux diagnostics co-établis et partagés, aux



questionnements du spécialiste, il choisit de continuer, de stabiliser, de ralentir, ou de cesser sa consommation, ce qu'il peut encore faire dans la mesure où il n'est pas dépendant.

C'est donc aussi un travail sur la motivation que suscite l'intervention précoce. Là encore, la démarche s'avère active voire incitative, dans la mesure où la dépendance ne lui oppose pas encore un frein. Il est encore temps, et c'est là une des qualités de l'intervention précoce, de déclencher un processus de diminution et/ou d'arrêt de la consommation qui ne soit pas empêché par les souffrances de la dépendance physique ou psychique.

L'obstacle que constitue la dépendance, en ce qu'elle contraint le sujet à persister dans un comportement d'usage, n'est pas encore érigé en un symptôme auquel le sujet tient et dont il serait psychiquement trop coûteux

de se défaire. Cette moindre prégnance de la magie chimique rend moins inaccessible l'idée d'y renoncer.

Conclusion

L'intervention précoce se situe donc entre la prévention et le soin.

Parce qu'elle est destinée à ceux qui usent de substances psychoactives sans en être dépendants, elle n'est plus tout à fait de la prévention (c'est trop tard), mais elle n'est pas encore du soin (c'est trop tôt).

Parce qu'elle est située à la croisée des chemins de ces deux registres (auquel il faut ajouter la réduction des risques) et y puise son efficacité, elle nécessite une posture particulière qui combine discours et attitudes préventives (information, travail sur les représentations, mobilisation de relais et de référents...), incitation au

Le repérage précoce de l'alcoolisation excessive et les interventions brèves

L'abus d'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable en France, avec 45 000 décès annuels. Pendant très longtemps, les pouvoirs publics et les professionnels ne se sont préoccupés en priorité que des patients alcoolo-dépendants, au détriment des consommateurs à risque non dépendants, pourtant beaucoup plus nombreux et plus concernés par la surmortalité prématurée. La consommation à faible risque est définie par l'Organisation mondiale de la santé comme :

- pas plus de 21 verres/semaine pour les hommes et pas plus de 14 verres/semaine pour les femmes ;
- pas plus de 4 verres par occasion ;
- pas d'alcool dans certaines circonstances (grossesse, conduite automobile, métiers ou sports dangereux, certaines pathologies, prise de certains médicaments) ;
- un jour sans alcool/semaine.

Au-dessus de ces seuils, on parle de consommation à risque quand il n'y a pas de symptôme, de consommation nocive quand il y a un ou plusieurs symptômes sans alcoolo-dépendance.

Le repérage précoce de l'alcoo-

lisation excessive peut se faire à partir de la consommation déclarée d'alcool et/ou de questionnaires validés tels l'Audit (*Alcohol Use Disorders Identification Test*, dix questions) et le Face (Formule pour apprécier la consommation en entretien, cinq questions). Si une consommation à risque/nocive est repérée, le soignant peut alors assurer une intervention brève. Celle-ci est destinée à aider le consommateur excessif – donc non dépendant – à revenir, s'il est volontaire, à une consommation à faible risque (en dessous des seuils de l'OMS). Elle peut être répétée autant que de besoin au cours de l'accompagnement.

Ces interventions brèves ont fait la preuve de leur efficacité — constatée par une baisse moyenne de la consommation d'alcool — à court et à moyen termes (entre 6 mois et 5 ans), à l'étranger comme en France. Ces interventions brèves reposent sur les composantes suivantes : s'adresser aux buveurs excessifs et viser en priorité la réduction de la consommation d'alcool, et non pas l'abstinence ; leur faire percevoir les bonnes raisons et les bénéfices de modifier leur comportement de consommation ; fonder l'attitude sur l'empathie, l'absence

de jugement et sur le respect de la responsabilité du consommateur vis-à-vis de son comportement. Sur un plan économique, les études réalisées font apparaître que le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) présentent un bon rapport coût/efficacité et que leur coût est compensé par les gains potentiels de réduction des coûts médicaux liés à la réduction des dommages alcoolo-induits.

De nombreux soignants peuvent être amenés à rencontrer des consommateurs à risque :

- les médecins généralistes qui voient chaque année en consultation près des trois quarts de la population française. 30 % des personnes qui consultent en médecine de ville ont une consommation d'alcool qui dépasse les niveaux de risques définis par l'OMS. Les patients estiment que les médecins généralistes sont légitimes et compétents pour aborder les problèmes d'alcool,
- les médecins spécialistes (notamment les médecins du travail),
- mais aussi les urgentistes, les infirmiers, les sages-femmes, etc.

Ces soignants sont souvent insuffisamment formés, manquent de temps ou ne connaissent pas

Benoît Fleury
Gastro-entérologue, praticien hospitalier, Elsa, CHU de Bordeaux, vice-président de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

changement (évaluation des consommations, travail sur la motivation...) et intentions et disponibilité « soignante » quand cela est nécessaire.

De l'intervention précoce peut émerger la conscience d'un comportement, celle de ses causes et de ses inconvénients, naître le désir d'aller mieux et/ou de se « soigner ».

Là où la prévention s'arrête, l'intervention précoce favorise et fait lien avec l'engagement dans une démarche thérapeutique, qu'elle soit brève ou non. En effet, toutes les consommations ne nécessitent pas une démarche longue. Parfois il suffit de quelques rencontres pour que les consommations diminuent, se stabilisent et/ou s'arrêtent.

D'autres fois, par contre, lorsque la consommation a pour fonction de calmer, d'apaiser une profonde douleur

psychique, plusieurs mois peuvent s'avérer nécessaires pour que le changement s'opère et soit durable. C'est pour cette raison qu'il est important que ces interventions soient faites avec ou en lien avec des soignants à même de relayer les demandes de soins.

Enfin, cette stratégie, développée ici à destination des jeunes consommateurs, peut tout à fait être modélisée pour des publics plus âgés dont les consommations ne sont « que » problématiques et ne donnent pas encore lieu à une dépendance.

L'intervention précoce ne s'adresse donc pas à une tranche d'âges — les jeunes —, mais plutôt à un public dont le mode de consommation (et ce quel que soit le produit) rend possible la réduction des conséquences, l'atténuation des effets néfastes et l'engagement dans une démarche de changement.

l'enjeu majeur que représente ce problème de santé publique.

Ce projet de RPIB est la déclinaison française d'un programme de l'OMS de lutte contre les alcoolisations excessives. Il a été initié en France par l'équipe de « Boire moins, c'est mieux » (BMCM) de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa), avec le soutien de l'État, de l'assurance maladie, de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES), du conseil régional d'Ile-de-France et d'autres partenaires associatifs comme la Ligue contre le cancer.

Après un premier bilan d'expériences variées dans différentes régions (Aquitaine, Bourgogne, Bretagne, Champagne-Ardenne, Ile-de-France et Rhône-Alpes¹), la Direction générale de la santé a mis en place, en 2006², une stratégie de diffusion nationale du RPIB en matière d'alcool auprès des médecins généralistes, avec un financement spécifique dans

cinq régions volontaires (Aquitaine, Bretagne, Centre, Ile-de-France et Midi-Pyrénées). Les formations des médecins généralistes se font soit en soirée, par un binôme médecin généraliste/alcoologue, soit sous la forme d'une visite au cabinet du médecin généraliste par un médecin addictologue (visite confraternelle – Aquitaine — resapsad@wanadoo.fr), une animatrice de prévention (Bretagne — comite29@anpaa.asso.fr), ou par une déléguée santé prévention (Aquitaine — reseau.agir33@wanadoo.fr). Ces formations peuvent, dans certains cas, entrer dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) avec acquisition de crédits, comme dans le cadre du projet porté par le département EPP-FMC du groupe Huveaux-France³ cofinancé par l'Institut national du cancer et la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

Des évaluations ont déjà été réalisées par quelques équipes : évaluation de la faisabilité du RPIB chez les médecins généralistes et chez les médecins du travail, évaluation pratique du RPIB chez les médecins généralistes un an après

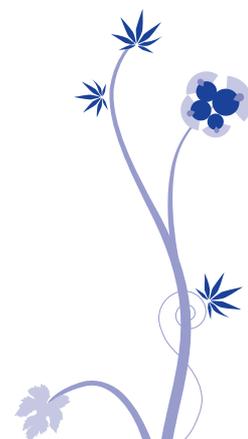
leur formation (resapsad@wanadoo.fr); évaluation à moyen terme de l'impact des interventions brèves sur la consommation des buveurs excessifs (reseau.agir33@wanadoo.fr et reseau.alcool.savoie@ch-chambery.fr). Par ailleurs, l'Observatoire français des drogues et toxicomanies a mis en place un registre national, actualisé en continu, des formateurs (www.ofdt.fr/rpib), ainsi qu'une évaluation nationale sur le nombre de médecins généralistes formés, sur les caractéristiques des formations dispensées et sur l'évolution des perceptions « alcool » et des pratiques RPIB des médecins généralistes formés.

Les perspectives comportent la diffusion de cette stratégie auprès d'un maximum de médecins généralistes en France, mais également aux autres médecins, et à tout soignant susceptible de rencontrer des buveurs à risque, ainsi que lors des formations initiales des soignants. Son extension à l'abus d'autres substances psychoactives (tabac, cannabis) est en cours d'expérimentation par certaines équipes, notamment dans le cadre de réseaux de santé en addictologie. 

1. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxcdk4.pdf>; <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxmmm3.pdf>.

2. Circulaire n° DGS/SD6B/2006/449 du 12 octobre 2006 relative à la diffusion de la formation au repérage précoce et à l'intervention brève en alcoologie.

3. <http://www.egora.fr/efmc/epp/rpib/rpibbis.asp>.



L'intervention précoce en ce qu'elle permet, à un moment où cela est encore possible, d'influer sur le parcours des usagers de substances psychoactives, quel que soit leur âge, constitue donc une stratégie à même d'éviter aux personnes le passage par une addiction douloureuse et extrêmement coûteuse, physiquement, psychologiquement et socialement.

Elle est aussi une stratégie qui répond au mieux à la complexité de la question du statut des usages de substances psychoactives et de la position sociale qu'il est possible d'adopter face à ceux-ci.

En tenant compte du sujet et de son expérience, elle ne condamne ni n'exclut, en interrogeant les consommations et en proposant des alternatives à ceux qui en ont besoin, elle ne s'en tient pas au simple constat et à l'inéluctable d'un problème face auquel on ne pourrait rien faire.

Ce faisant, et à l'instar de la réduction des risques, elle constitue une option particulièrement intéressante et symboliquement significative, entre la tentation d'une réponse répressive qui exclurait la dimension subjective et celle d'une approche uniquement thérapeutique qui nierait les règles sociales et collectives. 

Intervention précoce à partir des « consultations jeunes consommateurs »

Jean-Pierre Couteron

Psychologue clinicien, président de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie (Anit)

Jean-Jacques Santucci

Psychologue clinicien, directeur de l'Association méditerranéenne de prévention et de traitement des addictions (Ampta)

Pour apporter une réponse aux jeunes qui pourraient être en difficulté avec la consommation de cannabis ou d'autres produits, des « consultations d'évaluation et d'accompagnement des jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives » (appelées aussi consultations cannabis, consultations de diagnostic, puis consultations jeunes consommateurs) ont été mises en place (circulaire DGS/DHOS/DGAS/2004-464 du 25 septembre 2004). Il en existe aujourd'hui près de 250.

Ces consultations anonymes et gratuites sont effectuées par des services ou dispositifs spécialisés en toxicomanie/addictions. Elles sont donc gérées et mises en place à partir de services hospitaliers « addictologie » ou par des centres de soins spécialisés en toxicomanie, futurs Csapa. Les consultations sont souvent initiées par les adultes (enseignants, travailleurs sociaux...) qui demandent une intervention auprès des adolescents dont ils ont la charge.

Ces interventions prendraient volontiers la forme d'une information destinée au plus grand nombre. Il est préférable alors d'orienter la demande vers la formule suivante.

Dans un premier temps : former des adultes référents

Un travail est réalisé avec les adultes demandeurs autour de ce qu'ils savent des usages de substances psychoactives, de la façon de les appréhender, des représentations qu'ils ont des jeunes qui les utilisent, de leur connaissance des dispositifs d'aide, des outils de prévention, d'une potentielle intervention de leur part en tant qu'adulte référent naturel.

Ce premier temps de travail, collectif, est nécessaire dans la mesure où ces adultes (enseignants, travailleurs sociaux, animateurs...) resteront au contact des jeunes et auront à répondre à leurs questions, à adopter des attitudes propices à l'engagement dans une conduite de changement quant aux usages, voire à les accompagner

dans une démarche ou dans un dispositif. L'objectif de ce temps de travail est de rendre ces adultes acteurs de la démarche, responsables de leurs interventions, porteurs d'un discours facilitant l'évolution et les changements. En leur permettant de se saisir de ces questions sans les diaboliser ni les banaliser, de savoir garder la bonne distance, de constituer des référents solides et fiables, on fait d'eux des éléments indispensables de la démarche d'intervention précoce. Ce moment préalable doit, pour être porteur d'effets, être soutenu par l'institution (école, foyer...). Il est préférable qu'il s'inscrive dans un contexte global facilitant, qui accepte de se confronter à la question des usages de substances psychoactives et de mettre en place les mesures découlant de ces réflexions (sensibilisation des équipes, évolution du cadre et des pratiques, adaptation des règles...). Il n'est pas question que l'institution se « décharge » de ce problème sur quelques volontaires, mais au contraire qu'elle l'inclue dans un projet soutenu et porté par tous : direction, encadrement, équipes...

Il arrive quelquefois que ce temps de travail suffise à répondre à la demande et que les professionnels poursuivent seuls, car renforcés dans leurs compétences.

Dans un second temps : intervenir auprès des jeunes consommateurs

La deuxième étape de la démarche consiste à intervenir directement auprès des jeunes « consommateurs ». Cela est plus compliqué dans la mesure où ils ne sont pas forcément demandeurs, même s'ils ont « laissé voir » quelque chose de leurs consommations.

C'est donc à partir de cet « acte manqué » que peut s'initier une action.

Alors qu'ils ne demandent pas explicitement une réponse, on peut penser que quelque chose est possible à partir de ce dévoilement d'une pratique d'usage.

On doit donc s'appuyer sur cet événement pour construire l'intervention, qui partira de leur « vécu » pour