

Réduction des risques et des dommages (RdRD) liés aux conduites addictives

Mme Véronique Garguil*

* Psychologue, Pôle d'addictologie, Hôpital Charles Perrens, 121, rue de la Béchade, F-33076 Bordeaux. Consultation jeunes consommateurs "CAAN'abus", Bordeaux. Référente projet national "CJC" porté par la Fédération Addiction. Courriel : vgarguil@free.fr

Quels outils de RdRD sont adaptés pour intervenir précocement, dès les premiers usages, auprès des jeunes usagers, en particulier les mineurs ?

Résumé

Les conditions dans lesquelles se produisent les premiers usages vont déterminer en grande partie l'importance des risques et la gravité des conséquences futures. La prévention ne doit plus seulement appeler les individus à éviter la rencontre avec certaines substances ou comportements, ni en viser la disparition, mais considérer son intensité et sa progressivité, tout en agissant dès les premiers usages, pour en réduire les risques autant que cela se peut. La prévention est conditionnée par le contexte dans lequel elle est pensée et veut agir : une société addictogène ; les représentations sociales ; le regard des jeunes sur la notion de risque. L'intervention précoce est une stratégie d'action qui permet de prendre en compte les facteurs de risque principaux (précocité de l'usage, vulnérabilité, conduites d'excès, perte des liens sociaux). Elle a pour objectifs de réduire les conséquences néfastes des usages à risque ou nocifs, d'éviter une évolution vers l'addiction et de faciliter l'accès au soin pour les usagers qui en ont besoin, les stratégies s'articulant autour de la promotion d'un environnement favorable, du repérage, de l'évaluation et de la prise en charge. Espace conçu pour assurer cette prise en charge, les Consultations jeunes consommateurs offrent des accompagnements adaptés aux jeunes usagers qui en ont besoin et vont vers les jeunes et les adultes qui les entourent au quotidien.

Mots-clés

Réduction des risques et des dommages – Jeune – Prévention – Intervention précoce – Consultation jeune consommateur.

Summary

Which harm and risks reduction interventions are appropriate right from the beginning of use in young and especially underage consumers?

The circumstances in which substances are initially used often determine the severity of risks and of future consequences. Prevention should not only encourage individuals to avoid or to quit certain substances and behaviours but also to take into account the intensity and progression of use. Thus, it is important to act right from the start in order to reduce risks as much as possible. Prevention is conditioned by the specific context in which it is conceived and carried out: an addictogenic society; social representations; the perspectives of young people on the notion of risk. Early intervention is a strategy that takes into account primary risk factors (early use, vulnerability, extreme behaviours, loss of social relations). Its objectives include reducing harmful consequences from risky or dangerous use, preventing the evolution toward addiction and facilitating access to care for users in need. Its strategies focus on promoting an environment favourable to screening, evaluation and care management. A dedicated place, specialized in this type of care, the Young Users Consultations, offers tailored support to young users in need as well as advice to the young people and adults that accompany them in their everyday life.

Key words

Harm and Risks Reduction – Youngster – Prevention – Precocious intervention – Young consumer consultation.

L'extension de la notion d'addiction à laquelle nous assistons depuis presque 20 ans est concomitante de l'attrait grandissant et de la diversification des objets de consommation que propose notre société. Elle s'accompagne d'une généralisation des espaces où s'expérimentent et se vivent des pratiques à risque addictif, particulièrement chez les jeunes. Risques avec substances, au premier plan desquelles le tabac, l'alcool et le cannabis, mais aussi sans substance, avec les écrans et les jeux notamment. La conséquence de cette généralisation est une banalisation de la possibilité du risque addictif qui ouvre sur une double évolution.

D'une part, les questions que soulèvent cette attraction et ce risque ne sont plus réservées à certains groupes sociaux plus ou moins marginaux, mais elles sont universelles et touchent tout un chacun. En toute logique, les acteurs de l'éducation, de la santé, de l'insertion, de la justice et de toutes les institutions sociales sont concernés, interrogés et sont devant de nouvelles responsabilités à assumer pour prévenir et réduire ces risques et les dommages auxquels ils peuvent conduire.

D'autre part, face à de tels enjeux, les stratégies conventionnelles de prévention consistant à souligner les dangers des drogues et à rappeler les interdits sont dérisoires et inefficaces. La prévention ne peut plus se contenter d'être informative et dissuasive, dans l'illusion d'une éradication des prises de risque. Elle doit être éducative, c'est-à-dire s'inscrire pleinement dans l'éducation globale, l'"éducation à la santé et à la citoyenneté" pour reprendre les termes d'une circulaire de l'Éducation nationale (de 1998 !), avec pour objectif premier de renforcer le pouvoir d'agir de chacun sur soi et son environnement, et d'accompagner les usages pour en diminuer les risques. Elle doit fonctionner comme une éducation préventive.

La réduction des risques et des dommages (RdRD) constitue donc un nouveau paradigme aussi pour la prévention. Ce qui nous amène à concevoir la RdRD non comme une méthode d'action qui serait réservée aux milieux d'usagers de certaines drogues et à certains espaces, mais comme un fil conducteur, de bout en bout de la "trajectoire" de vie des personnes : depuis l'enfance, avant les premiers usages, jusqu'à l'âge adulte et au grand âge, depuis les usages les plus "banals" jusqu'aux abus les plus graves à l'origine de complications physiques, psychiques et sociales.

Un fait, bien établi aujourd'hui, constitue le premier défi pour la prévention et la RdRD : les conditions dans lesquelles se produisent les premiers usages vont déterminer en grande partie l'importance des risques et la gravité des conséquences futures. Ainsi, par exemple, la précocité des usages chez un enfant ou un adolescent est l'un des facteurs prédictifs de sévérité de l'addiction future en même temps qu'elle traduit souvent l'existence de problématiques préexistantes autres, qu'elles soient psychiques, traumatiques ou sociales, et même sociétales. La faiblesse de la mobilisation sociale, sur cette question, traduit moins une ignorance ou une indifférence de la société qu'un sentiment d'impuissance et de manque de crédibilité de la prévention. Sans doute parce qu'elle est encore perçue dans la population comme une entreprise moralisatrice sans prise sur la réalité de la vie et sans reconnaissance des plaisirs que ces comportements apportent aussi.

Pour retrouver du crédit, la prévention doit faire preuve de pragmatisme et d'utilité, pour les usagers, pour leur entourage, pour les institutions. Pour cela, elle doit modifier ses messages, ses pratiques et ses objectifs : ne plus seulement appeler les individus à éviter la rencontre avec certaines substances ou comportements ni en viser la disparition, mais penser son intensité et sa progressivité, tout en agissant dès les premiers usages, pour en réduire autant que cela se peut les risques.

Une telle entreprise éducative ne peut reposer sur les seuls "spécialistes", quelles que soient leurs qualités et compétences, mais sur la capacité de tous les acteurs et de la société tout entière à comprendre, à développer un discours commun et à intervenir de façon adaptée et cohérente. De telles mobilisations collectives se produisent, sur le terrain, à l'échelle locale depuis des décennies, mais sans guère de soutien ni de valorisation, souffrant généralement de saupoudrages financiers et d'une absence de politique claire des autorités publiques, locales et nationales. Elles gagnent à être renforcées par une approche nationale en cohérence, notamment sur la construction de limites d'accès claires, centrées moins sur la pénalisation de l'usager que sur le contrôle de la publicité et le développement des ventes.

Une prévention éducative doit se penser en même temps qu'une prévention environnementale cohérente. Renforcer le pouvoir d'agir doit se penser en considérant aussi celui de l'influence de l'environnement.

L'évolution du regard porté sur ces phénomènes et l'établissement d'un langage et d'objectifs communs sont les conditions préalables à la définition d'une éducation préventive collectivement portée et à l'opérationnalité de stratégies de prévention et d'intervention précoce adoptées par tous, y compris par les usagers eux-mêmes.

N'oublions pas que les consommations et les pratiques addictives ont un sens et jouent un rôle plus ou moins important selon chacun, dans ses relations sociales, pour trouver les plaisirs de vivre ou pour apaiser ses souffrances subjectives, notamment à l'âge où l'on n'a pas encore la formule du monde qui nous entoure. On comprend alors pourquoi une approche qui prend en compte ces vécus, qui aide à construire des alternatives et qui vise à réduire les risques plutôt qu'à les juger ou les empêcher est mieux comprise et permet des alliances, préalables à tout dialogue et à tout changement sans en négliger aucun : de la réduction des consommations et des usages abusifs jusqu'à l'abstinence, en passant par des usages à moindre risque et la gestion des comportements addictifs.

Bien plus qu'une simple question d'outils, intégrer la RdRD dans la conception même de la prévention – c'est-à-dire dans ses finalités et ses stratégies, et dans une politique publique, collective – est un enjeu capital pour que nous puissions, ensemble, la rendre efficace, en renforçant le pouvoir d'agir de chacun sur soi et son environnement, en particulier des enfants et adolescents, au service de la vie et du bien-être individuel et collectif.

Données actuelles sur les risques liés aux conduites addictives chez les jeunes et sur les stratégies efficaces de prévention

Données actuelles

Pour identifier le (ou les) problème(s) liés aux conduites addictives que nous voulons prévenir et les meilleures manières de le faire, nous disposons de différentes données :

- Des données épidémiologiques provenant des enquêtes ESCAPAD (OFDT), HBSC (*Health behaviour in school-aged children*), Baromètre Santé.
- Des données scientifiques sur la dangerosité des substances et les dommages en fonction de leur usage (effets sur le cerveau, vulnérabilité ultérieure à l'addiction,

échecs scolaires, conflits familiaux, risques accidentels, risques de complications somatiques et psychiatriques, risques sociaux).

- Des rapports et expertises sur les publics, les approches de prévention et de réduction des risques (expertise INSERM (1) rapport du Conseil de l'Europe (2), rapport de M. Reynaud (3) sur les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire les dommages).
- Des manuels sur les pratiques professionnelles sur les publics et sur les dispositifs (MILDECA, Direction générale de la santé, INSERM, INPES, OFDT), guide méthodologique sur la mise en œuvre d'une stratégie territoriale de prévention des conduites addictives destinée au jeunes de C. Reynaud-Maurupt), guide vert sur les pratiques en Consultations jeunes consommateurs, manuel PAACT sur l'alliance thérapeutique, guide sur la prévention en milieu scolaire, dans le secteur de l'animation.

Une première approche des risques liés aux conduites addictives chez les jeunes nous conduit à nous intéresser aux niveaux de consommation des substances chez les jeunes : alcool, tabac, cannabis puisque majoritairement présents. Il ressort des données connues un constat inquiétant. D'abord, en termes d'expérimentation (au moins une fois dans la vie) selon les enquêtes HBSC :

- Les niveaux d'expérimentation des produits les plus courants sont élevés et s'élèvent rapidement entre 11 et 16 ans (enquête HBSC 2010) :
 - . en 6^e : alcool (59,3 %) – tabac (12,7 %) – cannabis (1,5 %) ;
 - . en 3^e : alcool (83,2 %) – tabac (51,8 %) – cannabis (23,9 %) ;
 - . en 2nde : alcool (90,9 %) – tabac (60,1 %) – cannabis (31,5 %).
- L'expérimentation des produits illicites (hors cannabis) arrive aussi en fin de collège (enquête HBSC 2010).
- Nombre d'usagers : 8,7 % des élèves de 4^e et de 3^e.
- Produits consommés : produits à inhaler (3,5 % d'usagers), cocaïne (2,3 %), médicaments (2 %), ecstasy, héroïne, LSD (1 %).

Les niveaux d'usage sont certes faibles, mais on note une nette augmentation de la consommation de cocaïne ces dernières années. Il apparaît clairement que le passage de la 4^e à la 3^e est la période charnière pour l'expérimentation du tabac et des drogues illicites.

La parution des derniers chiffres de l'enquête HBSC 2014 (OMS) publiée par l'OFDT en janvier 2016

fait état de certaines évolutions par rapport à la même enquête de 2010 :

- Alcool : même si la prédominance de l'expérimentation d'alcool par rapport aux autres produits se poursuit (un élève sur deux en 6^e, huit sur dix en 3^e), les consommations sont en recul. Concernant l'expérimentation, si elle est moindre jusqu'en 4^e tout sexe confondu, l'écart disparaît ensuite chez les garçons, alors que la baisse se maintient parmi les filles.

- Tabac : l'expérimentation n'évolue pas significativement, mais l'usage quotidien recule légèrement. L'initiation se produit principalement durant la 4^e et la 3^e. Les filles sont désormais moins nombreuses à avoir expérimenté que les garçons, et ce, même en 3^e (en 2010, le nombre d'expérimentatrices dépassait celui des garçons à partir de la 4^e). Mais le tabac reste encore le produit le moins sexuellement différencié.

- Chicha (narguilé) : 17,2 % des collégiens déclarent avoir fumé la chicha avec un niveau de progression important entre la 6^e et la 3^e (passant de 5,3 % à 35,7 %) révélant la popularité de cette pratique. Cependant, l'usage de la chicha sans avoir déjà fumé de cigarettes est rare (2,9 %).

- E-cigarette : elle a été utilisée par près de quatre élèves sur dix en 4^e et 3^e. 1,9 % l'utilisent tous les jours. Les filles sont moins expérimentatrices que les garçons (38,8 % contre 51,4 % en 3^e). La majorité des expérimentateurs le sont également du tabac, confirmant l'intrication de ces modes d'usage. Seul 9 % des expérimentateurs n'ont jamais fumé de tabac. 7,8 % de ceux qui ont expérimenté les deux produits ont commencé par l'e-cigarette avant le tabac.

- Cannabis : les indicateurs sont stables avec une expérimentation moyenne de un élève sur dix au collège et un usage récent pour 8 % des élèves. Comme pour le tabac, l'initiation se produit principalement durant la 4^e et la 3^e. L'expérimentation baisse chez les filles, alors qu'elle augmente chez les garçons, d'où un indicateur moyen qui apparaît stable.

L'enquête ESCAPAD 2014 (OFDT, journée défense et citoyenneté, 26 000 jeunes de 17 ans) a révélé une augmentation des consommations et des usages réguliers chez les adolescents français à un âge plus tardif (17 ans) :

- Usage régulier et quotidien du tabac en augmentation : première substance quotidienne avec 33 % des garçons et 30 % des filles.

- Usages réguliers d'alcool en hausse (12 %), et les alcoolisations ponctuelles importantes (API) étaient déjà en augmentation en 2011 (59,7 % des garçons, 46,5 %

des filles) (ESCAPAD 2011). On sait que ces API ont un impact particulièrement délétère sur le cerveau adolescent, en particulier chez les filles

- Cannabis : l'usage régulier en hausse après une baisse notée depuis 2003 : 9 % des adolescents de 17 ans. Les risques de l'usage régulier du cannabis sont accrus vis-à-vis des effets psychomimétiques du cannabis et d'émergence de troubles psychotiques et cognitifs durables.

Les usages problématiques de jeux vidéo touchent un faible pourcentage, mais la quasi-totalité des adolescents en font un usage plus ou moins régulier. Les facteurs associés aux usages problématiques (isolement et repli, déscolarisation, dérèglement du sommeil...) : sexe masculin, précocité de l'usage, défaut de surveillance et de communication avec les parents, vulnérabilité psychique...

L'usage de produits stimulants (MDMA/ecstasy, cocaïne, amphétamines) a été multiplié par trois en 15 ans.

À ces données épidémiologiques s'ajoutent celles recueillies dans la pratique, qui montrent en particulier que les demandes d'aide n'interviennent spontanément à cet âge que très rarement, même lors d'un usage élevé (4) :

- Parmi les usagers réguliers de cannabis : 0,6 % de demandes d'aide.

- Parmi les usagers quotidiens : 6,3 % de demandes d'aide.

Ces dernières données orientent les pratiques : rencontrer les jeunes, en particulier les plus vulnérables, nécessite donc d'"aller vers" eux. L'entourage proche et la communauté adulte sont des acteurs incontournables pour faire le lien.

Nous disposons de quelques éléments chiffrés qui montrent les ressentis et besoins des familles dans ce domaine (OFDT) :

- 94 % des parents sont préoccupés par les pratiques potentiellement addictives que pourrait avoir leur adolescent.

- 40 % des parents estiment que leur adolescent a une pratique addictive contre 19 % des adolescents eux-mêmes.

- Lors d'une consommation problématique, le sujet est source de conflit entre eux pour 25 % des parents et pour 70 % des adolescents.

- Dans les situations de polyconsommations, les parents (61 %) sont aussi nombreux que les jeunes (68 %) à

reconnaître un conflit entre eux.

- 16 % des parents et 23 % des adolescents ont entendu parler des Consultations jeunes consommateurs ou autre lieu mais ne savent pas exactement de quoi il s'agit.

- 97 % des parents et 90 % des adolescents s'accordent à dire que ces lieux sont utiles...

À l'évidence, les familles sont préoccupées et impactées par les consommations et comportement des jeunes et les vivent mal seuls et ensemble, sans trop savoir vers qui se tourner.

Stratégies de prévention

Il ressort par ailleurs des données internationales sur les pratiques d'usage, sur la prévention des conduites addictives et sur l'intervention auprès des jeunes que :

- Les consommations problématiques sont souvent associées à la précocité de l'usage, un environnement social et familial en difficulté ou précaire, la présence de troubles de la personnalité, de faibles compétences psychosociales, un entourage amical consommateur.

- Les conduites addictives résultent d'interactions entre un produit, un individu et son environnement. Ce sont là les trois types de cibles des actions de prévention.

- Les programmes de prévention doivent s'appuyer sur des actions ayant montré leur efficacité (*evidence-based*) et inclure un volet d'évaluation.

- Les interventions les plus efficaces s'inscrivent dans un cadre multi-interventionnel (agir sur plusieurs facteurs) et multi-systémique (agir sur les divers environnements auxquels appartient le jeune).

- Les acteurs les plus pertinents de la prévention sont ceux de l'éducation et de l'environnement direct des jeunes.

- Le premier acteur de prévention est l'utilisateur lui-même.

Il en résulte logiquement un certain nombre de lignes directrices qui montrent que l'efficacité des interventions préventives auprès des jeunes repose sur des actions à la fois socio-éducatives et environnementales :

- Développer les compétences psychosociales des jeunes (exemples de programmes validés : *Life skills training*, *Alert*, *Unplugged*), celles à la fois des adolescents et de leurs parents dans une approche expérientielle (exemples en cours de validation : Primavera, Verano)

- Développer les compétences parentales (par exemple le programme SFP).

- Les stratégies à composantes multiples (impliquer au

niveau local d'autres acteurs que l'école et les parents).

- Des interventions fondées sur la reconnaissance de l'expérience des jeunes, les interventions brèves et l'entretien motivationnel.

- Des interventions d'aide à distance (type applications smartphone ou en ligne).

- Des campagnes dans les médias.

- Des interventions législatives et réglementaires.

À l'inverse, quatre types d'action vont à contresens de ces principes de base et sont malheureusement encore très fréquentes de nos jours :

- Les actions visant uniquement la transmission d'informations (elles risquent de susciter la curiosité pour l'expérimentation sans donner d'autre outil).

- Les interventions basées uniquement sur la peur ou l'exagération des risques.

- Les interventions ponctuelles en réponse à une situation de crise, sans s'inscrire dans un programme durable.

- L'animation par des intervenants non crédibles car méconnaissant les pratiques réelles ou ne tenant pas compte de l'expérience des jeunes.

Quels sont les acteurs légitimes des interventions préventives ?

“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” (5)

La particularité du public mineur est qu'il est, sauf cas exceptionnel, sous la responsabilité d'adultes et d'institutions, famille ou non, souvent de plusieurs, parfois de nombreuses. Plus il va mal, plus il y a d'interlocuteurs (santé, justice, éducation, insertion, social), c'est ce dont témoignent les jeunes et les familles, et ce dont ils se plaignent parfois.

Prévenir et intervenir précocement mobilisent donc (ou devraient mobiliser), inévitablement, un grand nombre d'acteurs. Mais chacun “à sa place”, c'est-à-dire dans son rôle : le parent ne peut pas jouer le policier ou le psychothérapeute, l'enseignant ne peut être assistante sociale, le copain jouer le médecin, les spécialistes faire tout cela à la fois...

Dans le domaine des soins aux jeunes les plus en détresse, les acteurs des dispositifs de premiers recours, des

dispositifs spécialisés jeunes et addiction, des dispositifs d'aval (addictologiques, somatiques, psychiatriques), mais aussi des services de la protection de la jeunesse, de l'aide sociale à l'enfance, de la justice, etc., doivent renforcer leurs partenariats, partager leurs outils et s'inscrire dans une même stratégie d'intervention précoce.

C'est dans ce cadre que pourront se décliner des modalités d'intervention et d'offre de soins adaptées chez les jeunes selon la situation et la gravité des consommations.

“C'est donc un continuum de réponses, alliant compétences sociales et thérapeutiques, réponses éducatives et soignantes, réduction des risques et sanction qui est nécessaire” (3)

Si tous les acteurs sont légitimes, tous ne le sont pas dans la même position, et c'est cela sans doute le plus important et le plus complexe à organiser et coordonner. Cette fonction de coordination incombe (ou devrait incomber) aux professionnels “chargés de prévention” (désignation de professionnels de la prévention qui tend à être de plus en plus utilisée, notamment dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) qui en sont dotés, mais qui n'a ni de formations ni de reconnaissance administrative spécifiques) qui en ont normalement la formation (notamment en “ingénierie sociale” des partenariats et actions en réseau) et qui peuvent ainsi garantir la pérennité des actions sur un même territoire de façon durable, pour les structurer, les coordonner et permettre leur évaluation.

Le nombre de ces professionnels de l'aller vers, de l'intervention précoce, de la prévention, notamment dans les CSAPA et dans leurs Consultations jeunes consommateurs, est aujourd'hui très insuffisant, et les financements bien trop précaires, à l'image de la politique de prévention de notre pays.

Prendre en compte le contexte et les représentations sociales

La prévention, on le voit, est entièrement conditionnée dans ses objectifs comme dans sa réalisation par le contexte dans lequel elle est pensée et veut agir. La question des “outils” d'une prévention axée sur la RdRD nécessite donc quelques préalables concernant l'influence du contexte sur la nature du problème et les stratégies préventives qui le vise. Nous en mentionnons

ici trois : d'abord les facteurs addictogènes de notre société, les représentations sociales qui peuvent compliquer la prévention, et le regard des jeunes eux-mêmes sur la notion de risque.

Qu'est-ce que prévenir les addictions dans une société addictogène ?

Nous ne pouvons pas aborder les questions que posent les usages et comportements addictifs des jeunes sans considérer la société dans laquelle ils vivent (et nous vivons avec eux) qui comporte au moins deux puissants moteurs des processus addictifs : l'hyper-consumérisme et l'hyper-individualisme qui se déploient sur les quatre axes de l'individu, de la sensation, de la performance, de l'exclusion (6).

Jamais une société n'a autant invité et incité ses membres à consommer, à ne pas résister et à ne pas se limiter. L'offre et le besoin de consommation sont décuplés tant par les nouveaux moyens de communication que par les pratiques marketing de plus en plus incisives recherchant des cibles toujours plus larges et nouvelles en âge, en genre, en styles de vie...

Jamais une société n'a autant valorisé l'individu en même temps qu'elle lui donne l'illusion qu'il peut, seul, s'autonomiser et s'autogouverner.

Le marketing brouille les repères et inscrit chacun dans un parcours de consommateur téléguidé (confusion des contenants, confusion des breuvages, confusion des effets, confusion des produits, confusion des générations, confusion des genres, confusion des signifiants...). Il en découle l'illusion que le bonheur réside dans les objets ou les substances, plus que dans nos ressources internes ou dans le lien aux autres.

Les autres sont soit hyper investis affectivement soit perçus uniquement à travers les contraintes qu'ils peuvent causer. Le collectif, le social, le politique, l'État sont vécus au mieux comme inaccessibles, au pire comme des systèmes liberticides. Les actions et mouvements de solidarité et de coopération ne se développent souvent qu'en réaction, comme des formes de “résistance”.

Chacun n'a pas la même sécurité interne permettant de faire face à ces contradictions et aux hasards de l'existence. Les aléas de l'attachement, de l'éducation, de

l'environnement, des rencontres, des événements de vie structurent chacun différemment.

Les compétences psychosociales (faire des choix, gérer son stress et ses émotions, s'autonomiser des influences extérieures, vivre avec les autres plus tranquillement) et, ultérieurement, notre rapport aux objets et aux autres en dépendent.

Le système d'autocontrôle et de différenciation qui se construit en grandissant, et ce, jusqu'à l'âge adulte est brouillé par ces messages et ces expériences de satisfactions immédiates, d'intensité de sensations, de solutions faciles. Les mécanismes adaptatifs classiques, tels que la prise de recul, la recherche de compromis, la mesure, la patience, l'analyse, la solidarité et la coopération, sont moins mobilisés au risque de ne plus l'être...

Ces messages répétitifs dès le plus jeune âge conditionnent une forme d'insatisfaction dans l'attente ou dans l'ennui qui, en dérégulant l'adaptation, va entraîner la recherche de résolutions simples et efficaces immédiatement. Freud, au début du siècle, insistait déjà sur cette immédiateté : *“les stupéfiants sont parmi les satisfactions substitutives celles qui par leur présence dans l'organisme procurent des sensations agréables immédiates”* (7) propriété bien connue depuis longtemps de toutes les drogues et qui procure intensité et immédiateté.

Nous ne pouvons considérer la démesure sans considérer aussi la démesure de l'offre, la fréquence des pertes de contrôle de certains comportements et la dérégulation de l'offre et des autocontrôles de ces comportements. Sans toutefois diaboliser la société, mais en identifiant les risques pour savoir éduquer à les prévenir.

Les représentations et croyances sociales

Les produits et les comportements sont perçus différemment par les usagers eux-mêmes, par les familles et par les professionnels selon le statut pénal, la vision subjective qu'ils en ont, leur propres expériences ou leur potentialité modificatrice d'état de conscience ou pas. Pour autant, tous ces produits et comportements peuvent occasionner des dommages à plus ou moins long terme.

Il existe une *“discordance majeure entre la dangerosité de produits, telle qu'évaluée par les experts scientifiques, et les perceptions de dangerosité de ceux-ci évaluées par la population générale”* (8, 9)

Nous sommes depuis une quinzaine d'années dans une logique addictologique qui met en exergue la problématique de la conduite avant celle du produit. Son fondement nous incite, avant d'adapter les outils et interventions aux produits, aux publics et aux environnements, à penser les choses globalement, sans hiérarchisation imaginaire de la dangerosité des usages et à considérer tous les risques.

Cette approche s'appuie sur de nombreuses données scientifiques, mais aussi sur le constat facile à faire que des vies peuvent être invalidées autant par des produits licites (exemple : tabac) qu'illicites (exemple : ecstasy), par des produits qui peuvent créer des dommages immédiats (exemple : ivresse alcoolique) que des dommages à long terme (exemple : tabac), par des comportements (exemple : jeux vidéo) autant que par des substances (exemple : cannabis)...

Cette vision addictologique entre en tension avec les conceptions du XX^e siècle qui ont instillé dans les esprits des croyances difficiles à faire évoluer. Notamment celle selon laquelle c'est la drogue qui est à l'origine du problème, qu'il y a des mauvaises drogues (les drogues illicites) qui provoquent immédiatement des dommages très graves, alors que les “bonnes” (les nôtres, légales et culturelles) peuvent être gérées sans dommage si l'on sait bien s'en servir. Cette logique simpliste, considérant que le mal est dans le produit, focalise l'action préventive comme curative sur le “lutter contre” et ses objectifs n'auront d'autre fin que de “supprimer” le produit, par l'interdit ou par l'impératif d'abstinence. La prévention conventionnelle, moralisatrice, a largement contribué à alimenter ces représentations, mais a été de ce fait beaucoup décrédibilisée, notamment chez les jeunes qui sont nombreux à la percevoir comme un prêche des adultes qui oublient que la jeunesse est animée par la recherche de nouvelles expériences et que le risque y est intrinsèque.

L'approche addictologique focalise son intervention sur les modalités d'usage et leurs contextes, elle ouvre vers un projet éducatif et éthique : la construction de personnes responsables, se connaissant suffisamment et connaissant mieux le monde qui les entoure pour vivre avec des substances et des comportements, être libre d'en utiliser et d'en pratiquer certains ou pas, tout en s'en protégeant, par soi-même et avec les autres. Elle garantit une attention dirigée sur la globalité des usages et, pour les plus jeunes, sur notre préoccupation inconditionnelle des êtres en devenir qu'ils sont entre

recherche de plaisir, gestion des besoins et appréhension des risques, et ce, quels que soient la substance et/ou le comportement. Mais elle se heurte ainsi aussi aux valeurs dominantes de l'hyper-modernité et aux exigences du marché économique : vendre plus, plus vite, à toujours plus de monde.

Cette prise de conscience des conflits de représentation qui nous traversent aujourd'hui est essentielle, à la fois pour clarifier le projet éthique et éducatif de la prévention, et pour mesurer la nécessité de construire un langage commun, de doter la collectivité de nouveaux repères et de nouvelles balises plus proches de la réalité et du vécu des êtres humains dans le monde de ce XXI^e siècle.

Le risque et sa perception par les jeunes

Parmi les points sensibles, les clés d'un langage commun, se trouve la notion de risque. S'entendre sur les risques n'est pas évident, que ce soit entre deux générations ou entre professionnels de secteurs différents : justice, santé, éducation, santé communautaire, promotion de la santé...

Ces professionnels n'ont pas le même rôle, pas les mêmes missions et responsabilités, pas les mêmes rapports avec les addictions, pas les mêmes "solutions" non plus.

Plutôt qu'un problème, cette diversité voire ces divergences de points de vue peuvent constituer une richesse à deux conditions :

- La première est que tous les acteurs identifient et contribuent à un objectif commun : ici celui du projet éducatif de la prévention. Faire converger les actions est essentiel à leur efficacité finale.
- La seconde condition est qu'ils s'entendent suffisamment sur ces comportements, sur leur fonction, leur actualité, leurs paradoxes, leur diversité. S'entendre pour dialoguer, agir ensemble, mais aussi pour entrer en dialogue avec les jeunes, les "usagers", les personnes, vivant avec une addiction ou pas, mais toutes détentrices d'une expérience quelle qu'elle soit.

Les adolescents et jeunes adultes ne vivent pas leurs expériences de consommations de substances psychoactives à partir du seul prisme des risques qu'ils encouraient. Pour certains, confrontés à de nombreuses incertitudes affectives, identitaires, sociales, sexuelles,

c'est d'abord leur vécu quotidien qu'ils vivent comme un risque. Et, a contrario, ils trouvent dans leurs consommations et pratiques, même dérégulées intenses et dangereuses, des réponses en termes de plaisir, de sensation, d'appartenance, de désinhibition, d'apaisement, d'autonomie, de régulation, de petits arrangements avec la règle, de ritualisation, de complétude... Autant de bénéfices qui peuvent être parfois tellement précieux, tellement existentiels, que les risques pris – qu'ils connaissent le plus souvent mais qu'ils savent hypothétiques – disparaissent de leur champ de préoccupation. Et si les adultes, la famille, les éducateurs, les soignants ou les représentants de la loi, ne font que les rappeler, ils sont alors eux-mêmes perçus comme des censeurs, des ennemis de leur bien-être, mais sûrement pas comme des supports ou des appuis possibles à qui s'adresser ne serait ce que pour "en parler".

D'une manière générale, les expériences de l'adolescence ont des fonctions structurantes en ce qu'elle leur permettent de "*se distinguer des adultes, se mettre à l'épreuve, faire corps avec le groupe de pairs*" (10). Pour l'adolescent usager, l'univers de la consommation est relié à la recherche de l'autonomie, au besoin d'un espace, à la réalisation de ses désirs sans l'intervention des adultes. C'est pour cela qu'ils n'accèdent pas spontanément vers les consultations ou autres dispositifs Point accueil ou Maison des adolescents, pourtant à leur intention, toute intervention étant a priori perçue comme une menace sur leur autonomisation. Ce paradoxe est le nœud de la difficulté des interventions précoces, "*ceux qui auraient le plus besoin de recevoir ce qu'ils n'ont pas eu ou ce qu'ils ont perdu ressentent ce besoin comme une menace pour leur identité*" (11).

Il explique tout l'intérêt de penser la mission Jeune consommateur dans ce cadre global de l'intervention précoce et dans un continuum gradualiste d'aide, qui ne peut se résumer ou se réduire à la seule "consultation".

Dans la logique du "un tien vaut mieux que deux tu l'auras", le calcul est rapidement fait pour eux, "je sais ce que ça m'apporte tout de suite" alors que les conséquences sont spéculatives et lointaines. Il n'est pas sûr non plus que leur seul besoin puisse être de sauvegarder leur capital santé en pleine mutation.

La prévoyance est un état qui demande une certaine maturité, une inscription dans le temps, une représentation anticipée, alors que les jeunes, surtout s'ils sont

vulnérables, sont plutôt dans le temps présent, dans la recherche d'une immédiateté rassurante.

Ce qui nous fera dire que les usages et les comportements, notamment pour les plus jeunes, ont déjà pour fonction, entre autres, de réduire les risques (de l'autre, de la différence des sexes, du social, de la dépendance...).

“L'arrêt de la pratique peut représenter un risque social individuel bien plus important que le risque pour la santé” (12)

La question est de savoir comment l'adulte, sans renoncer à l'être, peut ouvrir des espaces où l'expérience du jeune peut s'exprimer sans être jugée et où la question du comment le jeune peut diminuer les risques prenne le pas sur l'inquiétude que ces risques font naître chez l'adulte. Cette logique, n'est pas un frein ou un écueil à l'intervention, mais nous incite à penser la prévention, à la concevoir, avec eux, comme réduction des risques.

“La reconnaissance de l'expérience du sujet à partir de ce qu'il en dit est le préalable avant l'échange des points de vue et l'apport de nouveaux savoirs qui peuvent contredire certaines perceptions” (13)

Écouter les jeunes sur les risques qu'ils prennent, savoir entrer en contact avec leur expérience sont la base de la prévention des risques et de leur réduction. Encore faut-il que des professionnels puissent les entendre au risque qu'ils en prennent plus. C'est là le secret du succès d'actions menées par des pairs avec les nouvelles technologies telles que les forums où se partagent les savoirs d'usagers.

On voit poindre la complexité des modalités relationnelles à inventer, mais aussi l'évidence de celles à éviter : moralistes, sanitaires, répressives. Même si, néanmoins, il faut faire avec cette réalité : tous les comportements ne sont pas possibles, ils sont parfois dangereux pour soi-même et/ou pour les autres, et ils sont pour certains interdits au-delà du statut pénal du produit.

Intégrer la réduction des risques à la prévention

Pour faire face à l'accroissement des risques addictifs dans l'environnement sociétal qui est le nôtre aujourd'hui, deux axes s'intègrent et se complètent :

promouvoir une éducation préventive et un environnement favorable à la résilience et à la santé, et intervenir précocement auprès des personnes les plus vulnérables et les plus en difficultés (14).

La réduction des risques a commencé par des outils (PES, TSO, kits, etc.). Elle s'est ensuite prolongée par une logique d'actions : aller vers et pas à pas. La question des outils vis-à-vis des jeunes au moment des premiers usages est moins celle d'outils spécifiques qu'une logique d'intervention spécifique que représente l'intervention précoce. Cette dernière permet de proposer aux jeunes, à leur famille et à leurs environnements une série d'actions adaptées.

Pour autant, dans certains espaces, festifs notamment ou pour des publics en errance ou marginalisés, les outils de réduction des risques sont utilisés et restent importants et adaptés.

L'éducation préventive se rapproche à la fois de la “prévention universelle” (ce type de prévention vise la population générale ou certains groupes – une communauté, un collègue – sans tenir compte des risques individuels) et de la promotion de la santé pour renforcer les compétences psychosociales des individus et influencer sur les déterminants de santé. L'intervention précoce se rapproche elle de la “prévention sélective” et vise les facteurs qui peuvent, dès les premiers usages, diminuer ou aggraver les risques pris et les dommages, repérer les personnes éventuellement en difficulté et faciliter à celles-ci l'accès à des services et à des soins.

Il s'agit d'autonomiser les usagers dans des usages raisonnés, des consommations régulées, sans négliger les accompagnements au plus près des toujours possibles expériences problématiques. Il s'agit aussi d'autonomiser les familles en les mobilisant sur leurs compétences éducatives et sur l'importance de favoriser précocement l'acquisition de protections individuelles. Il s'agit d'autonomiser les partenaires, institutions et professionnels, dans leur perception et leur gestion de ces pratiques addictives.

Afin de réduire les risques et les dommages chez les jeunes, il va s'agir de ne négliger aucun des enjeux énoncés, d'aller dans le sens des constats faits ces dernières années (épidémiologie, recherche, clinique, expériences internationales, expertises...), de continuer à renforcer la mise à disposition d'outils validés et à développer l'offre d'accueil la plus diversifiée.

L'intervention précoce

Pour parvenir à considérer tous les enjeux évoqués et n'oublier aucun des acteurs concernés, jeunes, familles, professionnels et environnement social, une stratégie d'action a été conçue, d'abord en Amérique du Nord et plus récemment en Europe : l'intervention précoce (15, 16).

Dans sa méthodologie d'action à l'interface de la prévention primaire et du soin, elle a pour objectifs de réduire les conséquences néfastes des usages à risque ou nocifs, d'éviter une évolution vers l'addiction, de faciliter l'accès au soin pour les usagers qui en ont besoin.

C'est un concept récent, qui est intégré dans les missions des CSAPA, notamment à travers les Consultations jeunes consommateurs, mais qui n'a pas à ce jour les moyens nécessaires à son déploiement.

L'intervention précoce permet de prendre en compte toutes les évolutions et complexités évoquées plus haut, et s'adresse à tous les usages depuis les consommations à faible risque jusqu'à celles qui sont véritablement problématiques. Elle peut s'appliquer à tous les publics et à tous les milieux.

Elle garantit la qualité des actions car elle tient compte des apports de l'approche généraliste de la promotion de la santé, de l'approche communautaire et de l'approche spécialisée en addictologie. Elle se différencie du repérage précoce associé à l'intervention brève, approche plus médicale qui repère les cas problématiques et propose une action adaptée, tout en sachant que les cas les plus vulnérables nécessiteront plus qu'une simple intervention précoce pour traiter leur problématique. De même, elle se différencie de l'approche centrée sur la seule réduction des risques de l'usage, qui accompagne le comportement au moment de l'usage, dans le présent de la fête, dans le contexte d'une errance...

Elle permet d'assurer un continuum entre la prévention et l'accès aux soins qui est essentiel pour passer du collectif à l'individuel. Préoccupation essentielle dès lors que l'on intervient auprès des groupes de jeunes comprenant des non-usagers, des usagers à risque et même des usagers dépendants, par exemple dans un groupe classe, dans une entreprise, dans un lieu festif...

Soulignons que l'intervention précoce répond point par point aux recommandations de l'expertise collective

INSERM sur les conduites addictives des adolescents (1), notamment en ciblant plusieurs facteurs à la fois (multi-interventionnel) et en agissant sur l'ensemble des systèmes sociaux et institutionnels d'appartenance (multi-systémique) : *“L'accompagnement sur les lieux de vie de l'adolescent repose sur une intervention précoce et des stratégies de réduction des risques. L'intervention précoce consiste à agir le plus tôt possible afin de ne pas laisser s'installer les comportements à risque ; les stratégies de réduction des risques visent à réduire les dommages sans rechercher l'abstinence. L'accompagnement dans les lieux de consultation et les traitements en milieu hospitalier/résidentiel a pour objectif la réduction des consommations, voire un sevrage”* (1).

Organiser sur un territoire une politique d'intervention précoce adaptée, intégrée et continue pourra prendre ainsi différentes formes, selon les moyens, les ressources, les territoires, l'actualité. Et à condition de renoncer à deux attitudes courantes face aux conduites addictives : savoir mieux que les populations et contrôler toujours plus les comportements.

Les quatre axes de l'intervention précoce

La mise en œuvre d'un dispositif d'intervention précoce fait appel à un savoir-faire social et à un savoir-faire clinique, sans hiérarchie de l'un sur l'autre.

Au niveau social, elle implique le développement de réseaux locaux, intracommunautaires, menant des actions coordonnées et souples et mobilisant les usagers, les acteurs directement en contact avec la population cible et les professionnels spécialisés (16).

Au niveau clinique, le dispositif d'intervention s'articule autour d'un repérage précoce des consommateurs à risque, suivi d'une intervention personnalisée visant à augmenter la motivation au changement, favoriser l'amorce d'une réflexion active sur les pratiques de consommation, l'autocontrôle et l'autochangement, dans la diversité des domaines concernés, du plus social, culturel au plus sanitaire.

Comme l'a proposé le Groupement roman d'étude des addictions – GREA (17), les stratégies d'intervention précoce sont à concevoir en articulant quatre axes : la promotion d'un environnement favorable, le repérage, l'évaluation et la prise en charge (figure 1). Nous insisterons sur les deux premiers axes, sur l'“aller vers” qui

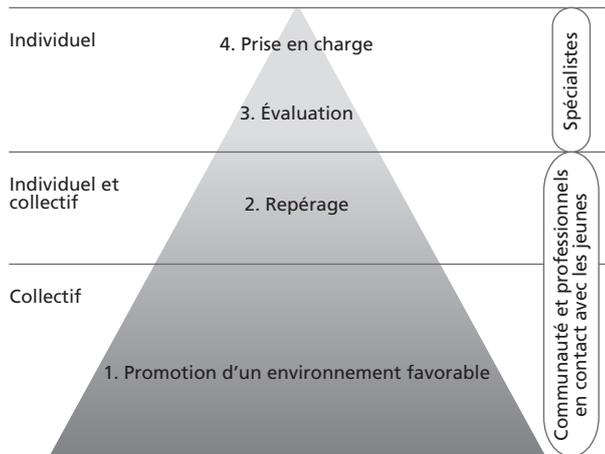


Figure 1. – Stratégies d'intervention précoce à concevoir en articulant quatre axes (GREA, 2010).

conditionne beaucoup la prise en charge des sujets les plus en difficulté, et la Consultation jeunes consommateurs qui est un espace conçu précisément pour assurer cette prise en charge de façon adaptée.

La promotion d'un environnement favorable

Les contextes, les environnements et les âges de consommations déterminent en grande partie les dommages et leur gravité. Promouvoir un environnement favorable à la santé et au renforcement de la capacité d'agir de chacun à tous les âges est donc une condition d'efficacité du reste de la stratégie. Chaque institution et dispositif accueillant des jeunes, selon des missions et compétences différentes, pourra mettre en œuvre toute forme de soutiens ou de supports visant à favoriser un environnement favorable à l'appréhension des comportements d'addictions et à la santé. L'idée est de favoriser le développement des compétences nécessaires à l'autoprotection, avant la rencontre avec les substances ou objets, et de réduire les risques d'exposition (par exemple en ne laissant pas se développer des trafics et des phénomènes de bandes au sein d'un établissement ou d'un quartier), mais aussi en luttant contre les incitations commerciales.

L'environnement favorable est aussi celui qui mettra à disposition des opportunités culturelles, sportives, communautaires, afin de rendre possibles une diversification des expériences de plaisir et de socialisation. Enfin, l'environnement favorable s'attache à prendre en

compte la santé globale, sommeil, alimentation, socialisation autant que la seule notion d'usage de substances. Elle va par exemple travailler sur les usages d'écran, la prise d'autonomie à travers les premières fêtes et les premières expériences de l'alcool. Elle doit aider à différer les apprentissages : apprendre à gérer le "tout, tout de suite" de nos sociétés à partir d'une rencontre progressive des écrans, apprendre à gérer le groupe avant de gérer l'alcool dans le groupe. Il s'agit de différencier les apprentissages et donner le temps aux familles et aux adolescents de construire leur capacité de contrôle dans un parcours éducatif adapté qui ne se limite pas à interdire et pénaliser ce que l'on laisse encourager et promouvoir. Sur le terrain, la convergence des acteurs de l'éducation, de l'appui aux familles, de l'éducation spécialisée, des sports et loisirs, de la culture est à organiser.

Cela se fait autant par les outils de la politique de la ville, ateliers santé ville ou autres, que par ceux de politiques municipales de la jeunesse ou au sein de l'éducation nationale dans les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) et en lien avec la mise en place du nouveau "parcours de santé". Pour que cette stratégie d'intervention s'implante plus facilement, il est nécessaire d'avoir des interlocuteurs dans chaque structure ou dispositif en contact avec les jeunes, qui soient sensibilisés à ces questions des vulnérabilités des jeunes et de l'addiction. Ces "relais" assurent une certaine vigilance et un suivi de l'actualité dans l'institution, ce sont aussi des relais de l'information, des actions, du partenariat. Ces interlocuteurs ne sont pas uniquement les professionnels de santé à qui est souvent dévolu ce rôle, mais aussi des professionnels de l'encadrement, de la pédagogie, des ressources humaines, de l'organisation de manifestations festives, des collectivités territoriales ou de l'éducation en fonction des secteurs d'action.

Le repérage

L'approche addictologique – qui ne se focalise pas sur les produits, mais sur les comportements d'usage – nous conduit à rechercher des repères quant à la distinction entre un usage "simple" (réputé à faible risque) et un usage à risque ou problématique (qui peut en avoir ou en a déjà). Elle nous demande aussi, nous l'avons abondamment souligné, d'intervenir tôt dans le parcours de l'usager. Dans une stratégie d'intervention précoce, cela signifie transmettre et organiser un savoir commun sur le repérage des usages "problématiques" et leur évaluation.

Chaque occasion de rencontre avec un jeune autour des consommations, surtout s'il est jeune mineur, doit être considérée comme une opportunité pour ce repérage et cette (première) évaluation, avec lui et pour lui permettre de s'auto-évaluer, condition à tout autocontrôle.

Une opportunité :

- d'information du bon usage des substances et objets, des risques et des aides possibles ;
- de réduction des risques ;
- de repérage par autoquestionnaires ou non ;
- d'intervention brève : aide à l'auto-observation, information, recommandations, empathie, respect du choix de la personne ;
- d'évaluation, car les risques et les dommages ne sont pas les mêmes pour tous ;
- de soin si nécessaire (sans a priori de durée ni d'arrêt de l'usage).

Le repérage n'est pas une fin en soi, il n'est ni premier ni dernier, il nécessite un travail de compréhension en aval avec les jeunes et les adultes de la communauté, et des prolongements en amont par des dispositifs et des professionnels ressources afin d'être complété par des évaluations cliniques et si besoin des prises en charge.

L'adolescence est souvent l'âge du début des consommations ordinaires ou dans certains cas d'emblée problématiques (accident, malaise, *bad trip*, violence...) ou encore symptomatiques d'un risque d'une possible addiction en rapport avec un autre trouble, par exemple psychiatrique, d'un dysfonctionnement familial, etc.

Comme le rappelait Cohen lors des premières journées des Consultations jeunes consommateurs il y a quelques années : *"Attention nous disent les Québécois : l'éthique veut que l'on n'utilise pas ce type d'outil de repérage si l'on n'a pas de solutions d'orientations et d'accompagnement vers des structures spécialisées à proposer aux jeunes concernés, le repérage engage celui qui le propose"* (18).

Le repérage ne va donc pas de soi, et sa nature, ses modalités, son éthique doivent être l'objet d'une cohérence des points de vue entre les acteurs, sans quoi le dispositif sera ressenti par ceux qu'il vise comme une menace plus que comme une aide potentielle.

L'"aller vers"

Il s'agit en l'occurrence d'"aller vers les jeunes", notamment ceux qui sont le plus en difficulté ou dans les

situations réputées les plus exposées aux risques, dont la grande majorité sont les situations de "fête" et les temps communs entre adolescents, progressivement hors présence d'adulte, et plus ou moins dans l'espace public. Cela ne peut se faire sans un travail préalable avec les adultes qui en ont la responsabilité s'ils sont mineurs et ceux qui font partie de leur environnement familial ou institutionnel ou gèrent ces espaces.

Cet "aller vers" préalable avec les adultes en contact avec les jeunes peut lui aussi prendre différentes formes :

- Un appui méthodologique allant du diagnostic jusqu'à l'action auprès des jeunes et/ou des familles, en passant par le repérage.
- Des actions auprès des professionnels de santé, de l'éducation, du social, de la prévention : sensibilisation, compréhension, formation, RPIB (repérage précoce et intervention brève).
- Des formations à l'animation de programmes d'intervention précoce auprès de jeunes (le programme Verano par exemple en France).

Une présence "in vivo" :

- soit par des consultations avancées à l'intérieur même des structures d'accueil des jeunes ;
- soit par des actions de prévention et de réduction des risques sur les lieux à risque d'usages plus problématiques ; différents espaces festifs, espaces de rencontre des jeunes...

Un relais et un réseau avec les autres partenaires justice, éducation, santé mentale, prévention, équipes de réduction des risques en milieu festif, médecine générale, insertion, social, collectivité territoriale, jeunesse...

Nous l'avons vu dans le premier chapitre, il existe des périodes charnières quant aux usages et aux risques addictifs avant lesquelles ou durant lesquelles il s'agit d'intervenir avec des messages adaptés et des intentions claires. En amont, par des programmes d'éducation préventive validés, associant le soutien aux compétences éducatives des parents et le renforcement des compétences psychosociales des adolescents (programmes Primavera, Unplugged, SFP...).

Durant la période charnière (collège et début du lycée, schématiquement), il s'agira d'ouvrir des lieux et des espaces, en coopération avec tous les acteurs, au plus proche de la vie des jeunes, mais suffisamment protégés d'interférences qui pourraient augmenter pour eux les risques de parler.

Les Consultations jeunes consommateurs – CJC

Les CJC ont été créées dans les années 2000 pour répondre aux besoins d'aide des jeunes en difficulté avec leurs pratiques addictives, ainsi qu'à l'inquiétude des adultes devant celles-ci. Elles prenaient acte des modifications sociétales des années 1990 et des évolutions épidémiologiques enregistrées. Centrées sur le cannabis à leur création, elles répondent désormais aux besoins de l'ensemble du champ de l'addictologie, notamment au regard des consommations d'alcool et de tabac, mais aussi des pratiques de jeux vidéo (en réseaux ou pas) ou d'argent.

Intégrées comme mission des CSAPA ou d'une consultation hospitalière d'addictologie, elles se positionnent comme ressources face aux problématiques addictives chez les jeunes sur un territoire. Elles ne peuvent se contenter de proposer des consultations spécialisées à des jeunes de moins de 25 ans et doivent nouer des partenariats, développer l'"aller vers", bref s'engager dans des stratégies d'intervention précoce pour construire leur double mission : offrir des accompagnements adaptés aux jeunes usagers qui en ont besoin, et aller vers les jeunes et les adultes qui les entourent au quotidien. Car la prise en charge de ces jeunes en difficulté passe d'abord par un repérage adéquat et une évaluation in situ, mais surtout parce que la question des prises de risque à travers ces usages et comportements se pose à la plupart des adolescents et de leurs entourages et que la qualité des réponses que les uns et les autres proposent va dépendre des compétences collectives au sein même des communautés de vie (famille, écoles, clubs, centres de loisirs, foyers...).

La fonctionnalité d'une CJC ne repose donc pas seulement sur la valeur professionnelle de ses consultants, mais aussi sur celle de ses "chargés de prévention et d'intervention précoce" puisque la prévention est l'une de ses missions (cf. CSAPA). Elle ne repose pas seulement sur sa clinique de l'accompagnement d'adolescents, mais aussi sur sa capacité à répondre aux besoins des populations et à animer des actions où ses professionnels ne seront pas en première ligne ni les principaux interlocuteurs des jeunes.

En se situant à la croisée des chemins de la prévention, de la réduction des risques et du soin, la CJC permet ainsi de mieux identifier les parcours, de s'impliquer dans une mobilisation sociale et éducative, et de n'intervenir directement qu'auprès des jeunes pour lesquels cela est nécessaire.

Cela impose de favoriser les échanges entre professionnels spécialisés du soin de la prévention et de la réduction des risques, de multiplier les partenariats, de développer et de diffuser des savoir-faire avec les adolescents et leurs familles, ainsi qu'avec les différents entourages, d'évaluer les besoins, de proposer des modalités d'intervention innovantes adaptées aux nouveaux moyens technologiques et aux nouveaux modes de vie dans cette société créatrice de besoin et promotrice de satisfactions immédiates.

Conclusions

Pour que notre pays dispose d'une politique d'intervention précoce en direction des jeunes et des premiers usages digne de ce nom, nous souhaitons faire plusieurs recommandations.

La première des choses est de protéger cette politique des alternances idéologiques et des aléas politiques pour qu'elle trouve une continuité suffisante et se construise à partir de la capitalisation des expériences et des données validées tant à l'étranger qu'en France. Contrairement à ce que peuvent laisser croire les polémiques politiques récurrentes depuis trois ou quatre décennies, un profond consensus existe parmi les professionnels comme dans l'opinion sur le fait que les consommations et comportements de satisfactions intenses et immédiates, quels qu'ils soient, peuvent comporter des risques et qu'il est nécessaire d'intervenir à trois niveaux :

- a) de les prévenir en évitant ou retardant les premiers usages ;
- b) de les réduire en accompagnant les usages ;
- c) de les soigner si besoin en proposant des soins adaptés.

Il nous faut renforcer ce consensus, le rendre visible et opérationnel et le faire savoir à l'opinion.

Soutenir et structurer les nombreuses actions adaptées aux âges, aux produits, aux publics et aux environnements qui sont déjà créés sur le terrain. Nous proposons la consolidation en premier lieu d'un dispositif : intervention précoce et CJC.

Renforcer les capacités de développement des actions d'intervention précoce sur le terrain : cette responsabilité incombe particulièrement aux CSAPA. En effet, la loi de santé vient de déclarer la prévention comme l'une des missions obligatoires (et non optionnelle comme jusqu'ici) des CSAPA, mais elle n'a précisé ni

le contenu de cette mission, ni son financement. Cela correspond à l'évolution de ces structures officiellement créées par la loi du 2 janvier 2002 et aujourd'hui au nombre d'environ 400, réparties (plus ou moins bien) sur les territoires. Cette évolution amène à les concevoir de plus en plus comme des "unités addictologiques de base", c'est-à-dire des structures ressources proposant, grâce aux collaborations partenariales que cela suppose sur leur territoire d'action, l'accès à un continuum de services allant de la prévention aux soins en passant par l'intervention précoce, et ayant pour fil conducteur commun la RdRD. Pour autant, les CSAPA ne doivent ni ne peuvent prétendre être les seuls acteurs, en prévention comme pour les soins, mais ils devraient avoir pour mission la mise en réseau et l'animation des réseaux d'acteurs (de l'éducation, de la santé, du social, des services de la justice ou de la police...) dans le champ des addictions.

Pour accomplir réellement ce rôle, en particulier dans le domaine de la prévention et de l'intervention précoce, les CSAPA ont besoin, sous l'autorité de financement et de contrôle des Agences régionales de santé, d'une organisation et de moyens adaptés :

- Référencer chaque CSAPA à un territoire d'action de façon concertée et à partir d'une définition claire des missions de chaque CSAPA sur ce territoire, y compris en matière de prévention.
- Les doter tous d'une CJC et des moyens attenants, estimés aujourd'hui à un équivalent temps plein au moins de personnel formé et missionné pour "aller vers" les différents publics et apporter l'ingénierie sociale que requiert le développement de stratégies locales d'intervention précoce.
- Amplifier et renouveler les formations des acteurs, dans le sens de la politique amorcée par la MILDECA et la Direction générale de la santé : développer des formations collaboratives de formateurs en complément des formations universitaires, de professionnels et de bénévoles, en particulier à l'intervention précoce, former tous les acteurs à un langage commun et aux principes élémentaires de l'éducation préventive.
- Faciliter l'évaluation en termes de RdRD des actions menées, ce qui suppose que les appels à projets de recherche en prévention que vient de soutenir la MILDECA deviennent annuels et permettent à des équipes menant des actions sur le terrain d'élaborer avec des équipes de recherche des protocoles tenant compte à la fois des méthodes de la recherche évaluative dans le champ éducatif et social et des modalités d'intervention des acteurs de prévention sur le terrain. ■

V. Garguil

Quels outils de RdRD sont adaptés pour intervenir précocement, dès les premiers usages, auprès des jeunes usagers, en particulier les mineurs ?

In : Audition publique à l'initiative de la FFA "Réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives", 7-8 avril 2016, Paris.

Alcoologie et Addictologie. 2017 ; 39 (4) : 390-404

Références bibliographiques

- 1 - INSERM. Conduites addictives chez les adolescents. Usage, prévention et accompagnement. Expertise collective. Paris : INSERM ; 2014.
- 2 - Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe. Document d'orientation sur la prévention des risques et la réduction des dommages liés à l'usage de substances psychoactives. Strasbourg : Groupe Pompidou ; 2013.
- 3 - Reynaud M. Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire les dommages. Rapport remis à Mme Jourdain Menninger, Présidente de la MILDT ; 2013.
- 4 - Obradovic I. Usage problématique du cannabis. Revue de la littérature internationale. Saint-Denis : OFDT, Fédération Addiction ; 2013.
- 5 - Couteron JP, Kurdi C. L'Intervention précoce : agir plus tôt, agir moins seul. *Acta*. 2015 ; (avril).
- 6 - Chambon J, Couteron JP. Modernité et addictions : la société addictogène. in : Morel A, Couteron JP, Fouilland P, et al. Aide-mémoire. *Addictologie*. En 49 notions. Paris : Dunod ; 2014.
- 7 - Freud S. Malaise dans la civilisation, 1929. Paris : PUF ; 1981.
- 8 - Bourgain C, Falissard B, Blecha L, et al. A damage/benefit evaluation of addictive product use. *Addiction*. 2012 ; 107 (2) : 441-50.
- 9 - Nutt DJ, King LA, Phillips LD. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet*. 2010 ; 376 (9752) : 1558-65.
- 10 - Pommereau X. Quand l'adolescent va mal. Paris : Éditions J.C. Lattès ; 1997.
- 11 - Jeammet P. Adolescents, repères pour les parents et les professionnels. Paris : Éditions La Découverte ; 1997.
- 12 - Le Garrec S. Le temps des consommations comme oubli du présent. *Psychotropes*. 2011 ; 17 (2) : 19-38.
- 13 - Morel A, Couteron JP, Fouilland P, et al. Aide-mémoire. *Addictologie*. En 49 notions. Paris : Dunod ; 2014.
- 14 - Chambon J, Morel A. Efficacité de la prévention. in : Morel A, Couteron JP, Fouilland P, et al. Aide-mémoire. *Addictologie*. En 49 notions. Paris : Dunod ; 2014.
- 15 - Morel A, Couteron JP. Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner. Paris : Dunod ; 2008.
- 16 - Morel A. Intervention précoce. in : Morel A, Couteron JP, Fouilland P, et al. Aide-mémoire. *Addictologie*. En 49 notions. Paris : Dunod ; 2014.
- 17 - Groupement Roman d'Étude des Addictions (GRE). Intervention Précoce, accompagner les jeunes en situation de vulnérabilité. Publication sur mandat de l'Office Fédéral de la Santé Publique, Suisse ; 2010.
- 18 - Cohen B. Introduction au repérage des usages problématiques : contexte et concepts. Rencontres nationales des intervenants des consultations cannabis ; février 2006.

Autres références

- Bienvault P. Alcool, tabac, cannabis : les ados risquent gros. *La Croix*. 2014. <http://www.la-croix.com/Actualite/France/Alcool-tabac-cannabis-les-ados-risquent-gros-2014-02-06-1102410>.
- Conseil Économique, Social et Environnemental. Les addictions. Présenté par Ballaloud G. Paris : CESE ; 2015.
- Corcos M, Flament M, Jeammet P. Les conduites de dépendances. Dimensions psychopathologiques communes. Paris : Masson ; 2003.
- Direction de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et de la Vie Associative. Prévention des conduites addictives et animation : la prise en compte de la prévention des conduites addictives dans les formations aux diplômes d'Etat des encadrants de l'animation. Paris : DJEPVA ; 2012.

- Fédération Addiction, Réseau Français de Réduction des Risques. Stratégie nationale de santé : contribution de la délégation partenariale sur la réduction des risques liés à la consommation de substances psychoactives. Paris : FA, RFRR ; 2014.
- Fédération Genevoise pour la Prévention de l'Alcoolisme. Alcool en milieu festif. Genève : FEGPA ; 2011.
- Karray Khemiri A, Derivois D. L'addiction à l'adolescence : entre affect et cognition. Symbolisation, inhibition cognitive et alexithymie. *Drogues, santé et société*. 2011 ; 10 (2) : 15-50.
- Le Garrec S. L'entre-deux risque(s). Entre perspective préventive et réalité individuelle. *Journal des socio-anthropologues de l'adolescence et de la jeunesse. Revue de socio-anthropologie de l'adolescence*. 2017 ; (1) : 32-47.
- Loriot M. Être jeune est-il dangereux pour la santé ? in : Cichelli Vincenzo. Ce que nous savons des jeunes. Paris : PUF ; 2004 : 98-112.
- Lutte G. Libérer l'adolescence. introduction à la psychologie des adolescents et des jeunes. Bruxelles : Éditions Mardaga ; 1988.
- Peretti-Vatel P. Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque. *Revue française de sociologie*. 2014 ; 45 (1) : 103-32.
- Réseau Français de Réduction des Risques. Civiliser les drogues. Blog. <http://civiliserlesdrogues.blog.lemonde.fr/>.
- Wieviorka S. La réduction des risques. *Toxibase*. 1996 ; (3) : 1-21.