

Un guide pour les professionnels des  et de premier recours

L'intervention précoce en pratique : illustrations concrètes d'une stratégie efficace



REMERCIEMENTS

Nous adressons nos remerciements :

• **Aux membres du pool de formateurs « intervention précoce »** pour leur participation au groupe projet et à la rédaction de ce guide :

- **Muriel Auradou**, Mutualité Française Centre Val de Loire,
- **Nicolas Baujard**, APLEAT,
- **Sterenn Bohelay**, Le Triangle,
- **Julien Chambon**, Tempo,
- **Maryvonne Coat-Rivry**, ALIA,
- **Nathalie Coussy**, Ressource,
- **Emmanuelle Crafton**, ADPS,
- **Corinne Defrance**, Oppelia,
- **Nadege Enert Barbero**, Tremplin,
- **Fabienne Faure**, Arpade,
- **Magali Feger**, Charonne,
- **Julia Garau**, AMT Arc en Ciel,
- **Corinne Haag**, Solea Bis,
- **Agnès Hennicaux**, Littoral Prévention Initiative,
- **Philippe Henry**, Formateur indépendant,
- **Elodie Lefebvre**, Le Cèdre bleu,
- **David Mourgues**, Clémence Isaure,
- **Nathalie Petit**, Camille Claudel,
- **François Richard**, CEID Addictions, Caan'abus,
- **Ulric Vandoorne**, SDIT,
- **Anna Wintrebert**, Victor Segalen.

• **Aux 900 professionnels qui ont participé aux formations ou aux séminaires.**

• **À la MILDECA** (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives) et **à la DGS** (Direction Générale de la Santé) pour leur soutien.

• **À Jean-Félix Savary et Véronique Garguil** pour leurs contributions écrites.

• **À Alain Morel et Jean-Pierre Couteron** pour leur implication dans les travaux sur l'IP depuis de nombreuses années.

• **À Nathalie Latour et Georges Martinho** pour leur relecture attentive.



ÉDITO



Avant, tout était plus facile: au XX^e siècle, notre rapport aux psychotropes avait l'avantage de la clarté. Nous avons tracé une ligne entre ce qui est bon et ce qui est mauvais, ce qui est tolérable et ce qui ne l'est pas, où toute transgression exigeait un retour à la conformité, en recourant à la punition si nécessaire. Une société, une norme, un modèle, tel fut longtemps le crédo d'une société occidentale paternaliste dont le rêve d'unité se réalisait par des idéaux moraux définis d'en haut.

Et puis, tout est devenu de plus en plus complexe. L'illusion d'une société monolithique et universelle se fracture. Le paternalisme ne suffit plus pour prescrire aux citoyens la manière qui leur permet de contribuer à la société. Le pouvoir d'édicter quels comportements sont acceptables ou non se lézarde et la société se (re)découvre plurielle. Dans le même mouvement, la vision occidentale sur les drogues a dû abandonner le parti-pris rassurant d'un jugement définitif et irrévocable. Plutôt que de les ostraciser, il nous a fallu commencer à les regarder.

Ce que nous y avons vu nous a surpris. Les drogues se fragmentent en une myriade de substances psychoactives aux effets divers, si différentes dans leur nature que parler de «la drogue» au singulier fait aujourd'hui sourire. Les usagers ne se résument plus à une catégorie homogène dont les pratiques, permettraient d'en définir les contours. Les usagers de drogues s'émanicipent des anciennes étiquettes. Ils ne sont plus ni déviants, ni irresponsables, ni stupides, encore moins criminels ou déficients. Apprendre d'eux devient une nouvelle discipline pour l'addictologie, qui fait alors face à la richesse de l'humain. Dans une société libérale, basée sur les principes de liberté et de responsabilité, la normalisation de tous les comportements ne tient plus. La perspective doit s'élargir. L'acceptation de la diversité permet de faire tomber le carcan de la stigmatisation, qui inhibe la capacité d'agir. Une fois levé le fardeau de la culpabilité et de la honte, la personne peut mobiliser ses ressources et son environnement pour un développement qui lui sera propre. Désormais, la compréhension remplace la prescription.

Malgré tout, l'idée d'une société où tous sont égaux en droits ne peut représenter notre seul horizon. La liberté se double d'une réalité sociale parfois plus triviale. Ce qui est une force ici sera une faiblesse ailleurs. La solidarité du groupe sert alors à contenir cette liberté dans un cadre qui permet de diminuer la souffrance des personnes, mais aussi celle du collectif. C'est dans cette tension, entre liberté et solidarité, que s'inscrit l'intervention précoce. La consommation de substances est entrée dans notre vie sociale et n'en ressortira pas de sitôt. Le respect de la personne dans ses choix demande l'abandon de la punition, de l'injonction et du jugement, mais n'implique en aucun cas l'inaction ou l'indifférence. Accompagner, sans jugement ni scientisme, à l'affût d'un compagnonnage qui permet à chacun de grandir: voici le projet de l'intervention précoce. Les droits humains s'imposent alors comme la boussole qui remplace nos certitudes passées en matière de traitement.

Nous pouvons bien entendu nous cabrer et retourner à la norme absolue, à la standardisation, à un parcours fléché d'avance. Parer ce danger d'une santé qui deviendrait totalitaire sera probablement le défi principal de notre siècle. Dans le champ socio sanitaire, où se jouent nos contradictions actuelles, l'engagement des professionnels, des institutions et des bénéficiaires contribue à construire la société de demain. Dans un monde où la standardisation, corolaire de la marchandisation, progresse partout, ce champ de résistance peut porter un autre message, un autre regard, un autre modèle de vivre ensemble: celui de la complexité, de la diversité, de la profondeur, mais aussi celui de la solidarité, de l'empathie et de la relation.

L'intervention précoce au XXI^e siècle ne reproduira pas les errances du paternalisme du siècle passé, mais elle se gardera aussi de tomber dans le piège d'un néo-libéralisme excessif qui laisserait chacun face à son destin. Une nouvelle logique d'accompagnement voit le jour, au cœur des pratiques. Nous y perdons nos certitudes, mais nous y gagnons une amplitude enrichissante, dans la découverte de ces nouveaux territoires infinis du potentiel humain.

Jean Félix Savary

Secrétaire général du GREA, le Groupement romand d'études des addictions.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS P. 2

ÉDITO P. 3

AVANT-PROPOS P. 5

CONTEXTUALISATION P. 6

LES ENJEUX DE LA STRATÉGIE
D'INTERVENTION PRÉCOCE P. 7

QU'EST-CE QUE L'INTERVENTION PRÉCOCE ? P. 8

L'INTERVENTION PRÉCOCE :
UNE STRATÉGIE QUI S'APPUIE SUR LA PROMOTION
D'UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE P. 9

UNE DÉMARCHE DE PROMOTION DE LA SANTÉ P. 10

COMMENT METTRE EN ŒUVRE UNE STRATÉGIE
D'INTERVENTION PRÉCOCE ? P. 11

QUI SONT LES ACTEURS ? P. 14

QUELLES SONT LES ACTIONS ? P. 15

LES DIFFÉRENTES PHASES À ARTICULER
POUR DÉPLOYER UNE STRATÉGIE
D'INTERVENTION PRÉCOCE P. 16

LES PRINCIPES D'ACTION P. 20

ÉTHIQUE ET POSTURE DU PROFESSIONNEL
ET DE L'INSTITUTION P. 21

LES OUTILS MÉTHODOLOGIQUES P. 22

RECOMMANDATIONS P. 24

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES P. 26

AVANT-PROPOS

Dans le but de rénover et de déspecialiser il y a quelques années avec le soutien de la MILDECA et de la DGS les consultations jeunes consommateurs, nous avons ouvert, dans le cadre d'une démarche participative, en s'appuyant sur des professionnels intervenant auprès des jeunes (CJC et autres dispositifs) un chantier qui a dépassé la seule consultation qui attend la venue du jeune et des familles. Très vite, aller vers ce public et les adultes qui les entourent s'est avéré une nécessité.

Ce guide est le résultat de plusieurs années de travail, d'échanges, de formations, d'expérimentations sur la façon de s'organiser à l'échelle d'une institution et/ou d'un territoire quand il s'agit d'intervenir sur des comportements addictifs avec ou sans substances. Pour, selon la formule « Agir plus tôt et agir moins seul »¹.

Ces comportements se déposent dans de nombreux espaces fréquentés par les jeunes et leur famille et la moindre des choses c'est le plus tôt possible de permettre au plus grand nombre d'en accuser réception dans le respect de leur valeur d'expérience, de les évaluer et d'accompagner au changement et vers le soin les plus en difficulté.

C'est bien par ce que nous avons appris des usagers (jeunes et/ou familles) eux-mêmes reçus dans les consultations jeunes consommateurs et de l'évolutions des connaissances bio-psycho-sociales que nous pouvons à présent proposer une refonte de la prévention afin de renforcer son efficacité.

Notre époque ne facilite pas les fonctions parentales et éducatives, régulations et dérégulations individuelles et collectives nous obligent à co-construire des réponses. Des réponses prenant en compte la période de transition de l'adolescence, la multiplicité et la disponibilité des substances et objets addictifs, leurs méfaits et leurs effets recherchés ainsi que les apports de la promotion de la santé, de la santé communautaire et du soin spécialisé des addictions.

Face à ces multiples facteurs en jeu ainsi que la diversité des approches possibles, nous avons privilégié une stratégie d'intervention déjà expérimentée par le GREA en Suisse, partenaire depuis le début de cette démarche. La stratégie d'intervention précoce a un double avantage, elle répond à toutes les exigences d'une politique de prévention et permet d'en éviter les écueils et impasses. Exigences et écueils bien définis dans l'expertise INSERM sur les conduites addictives des adolescents en 2014.

Aller au plus près des personnes dans leur contexte, aider à leur repérage, aider à la gestion des vulnérabilités, renforcer leur pouvoir d'agir, mobiliser tous les acteurs non spécialisés et spécialisés, accroître leur compétence et leur coordination telle est la promesse d'une stratégie d'intervention précoce.

Prévenir, débanaliser et retarder les premières expérimentations, réduire les risques des comportements addictifs avec et sans substances, accompagner les usages, et permettre un accès au soin dont l'objectif est de raccourcir autant que possible le délai entre l'apparition des premiers signes d'une pathologie chronique et la mise en œuvre de traitements ou de prises en charge adaptés.

L'intervention précoce est pragmatique, complète, éthique, efficace, elle nécessite une pédagogie, elle se doit d'être accompagnée, de même que les personnes impliquées dans son implantation.

C'est le but de ce guide, permettre à chacun de repérer son rôle dans cette stratégie qui n'oublie personne, de mobiliser les acteurs nécessaires, de choisir la méthodologie optimale, et d'œuvrer à renforcer la qualité de chaque intervention prise dans un continuum de la prévention au soin.

Véronique Garguil, Psychologue.
Consultation jeunes consommateurs CAAP'abus.
Pôle addictologie hôp. Ch Perrens Bordeaux,
et administratrice à la Fédération Addiction

1. Actal N°14, avril 2015 « le défi de l'intervention précoce ».

■ CONTEXTUALISATION

Comme l'indiquent différentes circulaires² du Ministère de la Santé « l'intervention précoce est une stratégie d'action entre la prévention et l'accès aux soins qui s'applique aux premières étapes des conduites de consommation de substances psychoactives **quand celles-ci deviennent problématiques**. L'intervention précoce est à privilégier car elle veille à organiser les réponses de façon globale en **un continuum d'actions allant de la prévention aux soins**. Elle a pour objectif **d'agir le plus tôt possible dans l'expérience d'usage** et tout au long de la trajectoire de consommation, avant que ne survienne l'addiction ou d'autres conséquences néfastes. Le **repérage précoce** des personnes en difficulté suppose un étroit travail de **collaboration et d'information avec les personnels des lieux et des services d'implantation**, pour que l'ensemble des acteurs agissent de façon **cohérente** et soient en mesure **d'orienter vers la consultation** »³.

Dans le cadre du travail mené par la Fédération Addiction autour du guide « C.J.C Pratiques professionnelles dans les Consultations Jeunes Consommateurs », les professionnels ont exprimé le besoin d'être soutenus dans l'appropriation de ce nouveau référentiel, en particulier sur le déploiement de l'intervention précoce. Dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 les pouvoirs publics ont priorisé l'intervention précoce vers les publics jeunes et créé la mission CJC. Une action de formation a été soutenue dans ce contexte dans l'objectif de **Conforter les compétences des professionnels en contact avec les jeunes**⁴, **à partir des CJC**.

Les pouvoirs publics ont confié aux Consultations Jeunes Consommateurs le soin de « réaliser une évaluation de la situation médico-psycho-sociale du consommateur et repérer un éventuel usage nocif, offrir une information et un conseil personnalisés, une prise en charge brève [...] accompagner ou proposer une orientation des personnes en difficulté... et offrir un accueil et une orientation à l'entourage... »⁵. Pivotal de l'intervention précoce, elles doivent être le lieu

ressource que toutes les personnes de l'environnement des jeunes et les jeunes eux-mêmes pourront solliciter pour avoir de l'information, pour être accompagnés, soutenus dans la promotion d'un environnement favorable ou pour bénéficier de formations au repérage précoce des adolescents présentant des conduites addictives et aux interventions brèves qui peuvent être réalisées, en milieu scolaire, sportif ou de loisir...⁶

Depuis 2015, avec le soutien de la MILDECA et de la DGS, la Fédération Addiction a :

- ▶ Constitué un pool de 22 formateurs à l'intervention précoce
- ▶ Organisé, en lien avec les Agences Régionales de Santé (ARS) :
 - 44 formations régionales à destination des professionnels des CJC, ainsi qu'une formation nationale à destination des ARS. Au total, 323 structures et 704 professionnels en ont bénéficié.
 - 8 séminaires, touchant au total 195 professionnels ont été organisés dans 8 régions (Bourgogne Franche Comté, Hauts De France, Normandie, Occitanie, Grand Est, PACA, Martinique et Guadeloupe), ainsi que 5 formations « IP niveau 2 » (3 nationales, une en PACA, et une en Normandie).

L'objet du présent guide est de maintenir les dynamiques enclenchées sur les territoires et d'actionner les leviers identifiés au cours de ces formations. Il vise à illustrer, à partir d'exemples concrets, les différents niveaux d'interventions, le type d'actions à mettre en place sur chacun des niveaux, et leur articulation, ainsi qu'à proposer des outils et des programmes scientifiquement validés.

2. Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 no 2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.

3. Circulaire DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008.

4. Action 24 du plan d'actions MILDECA.

5. Circulaire DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008, Annexe 4.

6. Expertise collective « conduites addictives chez les adolescents - Usages, prévention et accompagnement » INSERM, 2014.

LES ENJEUX DE LA STRATÉGIE D'INTERVENTION PRÉCOCE

Les enjeux sont d'ordre éducatifs et de santé publique :

- Les pratiques addictives en tout genre sont en augmentation
- La précocité des consommations est un facteur de gravité
- Le développement du cerveau est fortement impacté
- L'adolescence est une période propice à l'expérimentation de pratiques à risques à l'adolescence
- Les usages de drogues sont divers : de la simple curiosité à l'automédication
- L'adolescent retire des bénéfices de sa consommation et ne ressent pas le besoin d'aide

Faire connaître les risques et transmettre les informations ne suffit pas pour que les personnes adoptent les comportements attendus. Nous vivons dans une société addictogène, il faut apprendre à contrebalancer sa pente addictogène et utiliser ses objets tout en se protégeant de ses risques. L'éducation préventive doit y contribuer, non pas par un conditionnement, mais par l'apprentissage de l'autonomie, l'esprit critique, l'esprit créatif...

C'est donc une question qui est au cœur :

- ▶ de l'éducation = apprendre le bon usage de soi et des objets, dans son contexte
- ▶ de la santé = maîtriser les facteurs de risques et diminuer les dommages

L'enquête nationale ESCAPAD⁷ (Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la Défense) mise en place par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) en lien avec la Direction du Service National et de la Jeunesse (DSNJ) interroge les jeunes Français de 17 ans sur leur santé et leurs consommations de produits psychoactifs. Ainsi en 2017, l'enquête pointe que les consommations à la fin de l'adolescence sont parmi les plus basses enregistrées depuis le début des années 2000. Ce début d'évolution positive invite à ne pas relâcher les efforts amorcés les années précédentes.

7. Enquête ESCAPAD, France métropolitaine, OFDT, 2017.

QU'EST-CE QUE L'INTERVENTION PRÉCOCE ?

LES OBJECTIFS DE L'INTERVENTION PRÉCOCE

L'objectif est de raccourcir autant que possible le délai entre l'apparition des premiers signes d'un trouble de l'usage et la mise en œuvre d'un accompagnement et de soins adaptés.

Concrètement il s'agit d'éviter que des jeunes consommateurs développent des consommations problématiques ou que des consommations à risques deviennent nocives, de dépendance.

CONCRÈTEMENT, QU'EST-CE QUE C'EST ?

► « La démarche d'Intervention Précoce vise à promouvoir un environnement favorable à la santé et à renforcer les compétences éducatives de tous les membres de la communauté pour mieux accompagner les jeunes en situation de vulnérabilité. Il ne s'agit pas seulement de prévenir ou traiter des difficultés telles que problèmes familiaux, scolaires, violences, consommations de substances et autres comportements à risque, mais également de **renforcer la construction collective d'un contexte social plus favorable au développement des jeunes** »⁸.

► C'est une stratégie qui englobe les actions, projets ou programmes, dans **un continuum** allant de la prévention au soin, de la prévention collective à l'accompagnement individuel quand il est nécessaire. Les actions sont bien souvent fragmentées ou empilées les unes aux autres, et leur impact est limité. Les penser conjointement, dans leurs différences et leurs points communs permet de viser des objectifs cohérents et d'obtenir des résultats probants.

► Face à des conduites à risque addictif, généralement les acteurs de première ligne sont particulièrement inquiets et concentrent leurs efforts sur le besoin de repérage, de prise en charge, voire de sanction institutionnelle, et se focalisent sur les aspects pathologiques. Pourtant il est tout aussi décisif de **renforcer la promotion d'un environnement favorable à la santé, socle de la prévention.**

Par exemple, des actions collectives de prévention dites « universelles » auprès des jeunes et des parents seront complétées par des actions de sensibilisation des professionnels qui côtoient quotidiennement les jeunes et les fa-

milles sur le territoire. Ces interventions doivent favoriser le repérage des situations de vulnérabilité, ainsi que leur évaluation, et si nécessaire, leur prise en charge.

Cela doit être pensé dans un continuum qui articule les actions les unes avec les autres pour former un ensemble cohérent, alliant sensibilisation collective et interventions individuelles auprès des personnes en difficulté.

► C'est aussi :

- **Réduire les conséquences néfastes** des usages simples, à risque ou nocifs
- **Éviter une évolution vers l'addiction**
- **Faciliter l'accès aux soins** pour les usagers qui en ont besoin.

Il s'agit donc de combiner des actions qui permettent « **d'aller vers** »⁹ des publics qui ne « **demandent rien** »¹⁰, afin de leur permettre de reprendre la maîtrise de leurs consommations et faire en sorte que les jeunes qui ont des usages nocifs ou de dépendance puissent accéder aux soins.

QU'EST-CE QUE CE N'EST PAS ?

► **Stigmatiser, exclure...**

• « Les jeunes » sont une communauté pour laquelle beaucoup d'interventions ont lieu. Public dit « spécifique », « vulnérable », ou encore « à risques », il peut être, ou se sentir, stigmatisé¹¹ en raison de comportements de consommations jugés « problématiques » du fait d'une norme sociale établie, et néanmoins changeante en fonction des époques et des cultures. Les jeunes consommateurs peuvent au contraire penser que ce n'est pas un problème pour eux mais plutôt le problème des adultes qui les entourent ...

• Le stigmatisme peut conduire rapidement à un sentiment d'exclusion. Ce qui aggrave des situations de jeunes qui souffrent déjà le plus souvent de manque d'estime d'eux-mêmes.

Tel est aussi le paradoxe qu'affronte l'entourage des jeunes : il proscrire des comportements qu'il doit pouvoir accueillir, contenir et comprendre...

8. GREAA (Groupement Roman d'Études des Addictions).

9. Roche, Pierre. « Les défis de la proximité dans le champ professionnel », Nouvelle revue de psychosociologie, vol. 3, no. 1, 2007, pp. 63-82.

10. « Quelle intervention sociale pour ceux qui ne demandent rien ? » IGAS, Rapport de la mission Mars 2005.

11. Erving Goffman, Stigmatisme. Les usages sociaux du handicap, Paris, Les Éditions de Minuit, 1963.

■ L'INTERVENTION PRÉCOCE : UNE STRATÉGIE QUI S'AP- PUIE SUR LA PROMOTION D'UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE

Un environnement favorable à la santé est un environnement qui promeut des actions qui ont des impacts positifs sur l'état de santé des personnes en facilitant des choix favorables à leur santé. En l'occurrence, dans le champ de la prévention des addictions, il s'agit de mettre en place des **mesures éducatives**, et des **interdits protecteurs**.

La dénormalisation du tabac montre qu'une politique peut être efficace quand elle régule l'accès à un produit par différents outils : paquet neutre et interdiction de la publicité, augmentation du prix, interdiction de ventes aux mineurs, interdiction d'usage selon les lieux, etc. De même, la régulation de la rencontre de l'alcool chez les jeunes doit être mieux organisée : l'exposition à la publicité doit être interdite et l'interdiction de vente d'alcool aux mineurs respectée.

Les mêmes efforts devraient s'attacher à mieux réguler les usages de cannabis afin d'éviter que s'ajoutent les dommages d'un marché mafieux aux risques sanitaires qu'il ne faut pas méconnaître chez les jeunes, notamment aux plans cognitif et psychiatrique.

La prévention se fonde sur les risques sanitaires et sociaux résultant des pratiques d'usage, connus et documentés par produits ou comportements : cancer pour le tabac et l'alcool, cirrhoses du foie pour l'alcool, troubles des apprentissages pour le cannabis, captation de l'attention pour les jeux en ligne, dettes pour les jeux d'argent, mais aussi le lien entre violence et abus d'alcool, les risques psychiatriques, etc. Pour autant, **informer des conséquences négatives n'est pas suffisant** dans une société où les stratégies de communication, de marketing et de lobbying « brouillent » les lignes, comme on le voit avec l'alcool et ses risques et où des substances et des comportements nouveaux sont régulièrement proposés. **Il faut donc faire converger trois processus :**

- **Inform**er sur les risques et dangers, réels, des plus proches aux plus loin dans le temps, des plus partagés aux plus spécifiques ;
- **Réduire** l'accès aux substances, retarder et réduire le temps d'exposition, organiser la rencontre progressivement, au fur et à mesure de la maturation par des mesures structurelles ;
- **Augmenter** les compétences des jeunes et

des familles, augmenter les alternatives et les choix par des mesures éducatives.

L'enjeu des stratégies éducatives est de renforcer les protections internes à la personne. Les leviers sont par exemple **les programmes de développement des compétences psychosociales**. Ils renforcent l'autonomie, **sans cibler d'entrée l'usage et en incluant les familles**. Ils associent **exercices pratiques, information sur les risques et un travail sur des compétences sociales** (résistance à l'influence des pairs, résolution de problèmes, affirmation et l'estime de soi), complétés par des séances sur les normes et leur perception en matière de consommation de substances ou encore sur les alternatives possibles (sports, loisirs). Ils rappellent que **l'interdit n'est pas d'entrée pénal ou judiciaire, qu'il doit être aussi porté à l'intérieur des familles, au sein des communautés éducatives**. Localement, il est possible de mobiliser la communauté d'un territoire donné, en prenant en compte ses spécificités et ressources. Ils sont une réponse naturelle à la pente addictogène.

L'enjeu des stratégies structurelles est de créer un cadre protecteur des personnes, **donnant le temps de l'éducation**. Elles limitent l'accès et donne un cadre régulé à des substances qu'on ne peut pas considérer comme des produits de consommation courante (âge, lieux et conditions d'achat, contrôle des points de vente, limitation de la publicité, augmentation des prix et des taxes, taux d'alcoolémie, interdiction des open-bars ou de fumer dans les lieux publics...). **L'interdit et les règles ne sont plus réservés à la personne usagère, elles trouvent une meilleure cohérence quand elles viennent en alliance du travail éducatif des familles et de l'école** (cf. les actuels débats sur le téléphone à l'école, etc...).

La promotion d'un environnement favorable repose aussi sur **la cohérence des réponses et l'application des interdits** : vente de tabac aux mineurs, publicité alcool à l'abord des établissements scolaires, tarifs des boissons alcoolisées v/s soda ou eau, etc. Il y a là un effort collectif à produire et l'action de la police pourrait y contribuer.

Ensemble, mesures structurelles et mesures éducatives contribuent à retarder la précocité et à atténuer l'intensité des premiers usages, enjeu logique au regard des connaissances sur le cerveau adolescent.

La promotion d'un environnement favorable est aussi du ressort de La Consultation Jeunes

La stratégie
d'intervention
précoce
ne peut
se réduire
à une action
isolée

Consommateurs qui a pour fonction d'organiser un **transfert de compétences**¹² avec l'environnement des jeunes tout en prenant en considération la multiplicité des situations, dans un processus continu de négociation et d'ajustement.¹³ L'enjeu est ici de déspecialiser les questions autour des conduites addictives pour qu'elles appartiennent au plus grand nombre et non pas aux seuls « spécialistes ».

Ainsi les professionnels des CJC peuvent soutenir l'entourage en lui donnant des clés de compréhension sur l'adolescence et ses comportements à risques, les drogues et leurs usages, mais aussi sur les facteurs environnementaux et contextuels. Il s'agit d'aider ses personnes à prendre de la distance avec ce qui se passe et de leur permettre de reprendre du pouvoir d'agir.

La stratégie d'intervention précoce doit être inclusive au sens où **elle doit associer toutes les personnes qui agissent dans l'environnement des jeunes** : les familles, les bénévoles, les éducateurs, les animateurs, les clubs de sport, comme les soignants, et les pouvoirs publics...

Concrètement ...

La stratégie d'intervention précoce **ne peut se réduire à une action isolée** : la permanence d'une CJC dans un lycée n'est pas de l'intervention précoce du seul fait d'être dans la proximité des jeunes. Il faut créer les conditions qui seront favorables à la rencontre ; Pour cela les professionnels de la CJC peuvent par exemple :

- ▶ organiser des rencontres, en collaboration avec infirmier(ère) et assistant(e) social(e) pour l'ensemble du personnel du lycée
- ▶ se présenter, exposer leurs missions et informer sur les modalités d'accès des jeunes à la permanence de la CJC, l'ensemble des parties prenantes de l'action : le personnel comme les lycéens et leur entourage,
- ▶ sensibiliser les personnels à la question des consommations de drogues chez les jeunes
- ▶ former les personnes volontaires au repérage de situations de consommations problématiques
- ▶ proposer d'animer des temps d'échanges de pratiques auprès des personnels formés
- ▶ accueillir les jeunes et leur entourage en entretien, et mener une évaluation
- ▶ mettre en place des espaces d'échanges collectifs auprès des jeunes
- ▶ organiser des temps de rencontres avec les parents

12. « Santé publique et transfert de compétences Nord-Sud : les conditions d'une approche inter-culturelle... », Fond-Harmant, Laurence, et Anta Tal Dia. Santé Publique, vol.20, no. 1, 2008, pp. 59-67.

13. Ibid, Santé Publique, vol.20, no. 1, 2008, pp. 59-67.

14. La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé a été établie à l'issue de la première Conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa (Canada), du 17 au 21 novembre 1986.

■ UNE DÉMARCHE DE PROMOTION DE LA SANTÉ

La promotion de la santé a été définie dans la Charte d'Ottawa¹⁴ comme « **le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci.** »

L'intervention précoce s'inscrit pleinement dans cette démarche.

Ainsi concrètement la CJC doit s'engager dans :

▶ Une approche de santé communautaire de renforcement et de promotion des compétences existantes **en diffusant un langage commun sur les drogues** permettant aux acteurs locaux d'avoir des clés de compréhension sur les conduites addictives des adolescents et de pouvoir intervenir eux-mêmes dans un bon nombre de situations.

▶ Une **dynamique partenariale** : le soutien aux acteurs locaux dans une logique de conduite de projet et de compréhension des enjeux territoriaux, notamment en termes de gouvernance.

Prévention et soins sont encore trop souvent cloisonnés. Le cadre de référence utilisé induisait que la prévention devait convaincre, dissuader... faire la morale, jouer sur les peurs... or les études ont montré à que cette stratégie est inefficace. Le soin quant à lui devait s'occuper des malades, les soigner, et visait l'abstinence. Or **un changement de paradigme s'est opéré et la Réduction des Risques et des Dommages devient l'axe central des politiques de prévention et de soins.**

La stratégie d'intervention précoce s'intéresse au parcours des personnes. Le parcours de vie est entendu ici comme un parcours composé d'un ensemble de trajectoires plus ou moins entrelacées et renvoyant aux différentes sphères dans lesquelles se déroule l'existence individuelle : scolaire, professionnelle, familiale, associative, etc. (Elder, 1998).

Elle cherche aussi à **réduire l'écart entre prévention et soin** en les reliant le plus possible afin qu'ils soient intégrés comme des leviers cohérents dans le parcours des personnes.

Or, les niveaux de la stratégie d'intervention précoce ne se superposent pas mais s'entrecroisent et se nourrissent les uns des autres : la prévention s'inscrit dans le parcours de soins des personnes et réciproquement.

Chaque institution doit réfléchir à la manière dont elle appréhende la question des parcours des personnes et des trajectoires, et dont elle répond aux besoins des personnes.

Un exemple illustre ce décloisonnement entre prévention et soins : le Mois Sans Tabac est une campagne de prévention du tabac qui vise l'arrêt et néanmoins promeut la réduction des risques et des dommages. Elle forme des professionnels, soignants comme travailleurs sociaux, initient des actions d'information, de sensibilisation des publics et en particulier des jeunes en utilisant des médias tels que YouTube, Instagram, Twitter... Cette campagne outille les professionnels en matériels d'information et de sensibilisation, et les publics en matériel de RDRD. Elle permet à des jeunes d'autoévaluer leurs consommations et de pouvoir accéder à des soins auprès d'un spécialiste si besoin.

COMMENT METTRE EN ŒUVRE UNE STRATÉGIE D'INTERVENTION PRÉCOCE ?

Elle nécessite d'élaborer un plan d'actions coordonnées pour atteindre un objectif. Dans le cas d'une stratégie d'intervention précoce il s'agit tout d'abord de dresser un état des lieux des acteurs et des actions sur son territoire d'implantation. Ceci permet d'identifier les leviers et les freins à la mise en place d'un projet qui tienne compte des risques comme des ressources de l'environnement et de ses capacités en interne.

LA CJC : UNE FONCTION RESSOURCE SUR LE TERRITOIRE

Réglementairement, le Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) porte une mission de ressources en termes d'expertise et de soutien pour le territoire sur lequel il intervient. Ses professionnels doivent jouer un rôle pivot dans la coordination et dans l'apport d'outils pour mobiliser les acteurs du territoire concerné.

La CJC est un lieu ressources sur les questions d'addictions chez les jeunes. Il est donc important qu'elle se fasse connaître de ses partenaires potentiels.

Aussi, la CJC doit régulièrement diffuser de l'information sur ses missions et ses modalités de fonctionnement auprès des structures accueillant des adolescents et des jeunes, et en particulier :

- ▶ Les communes, les clubs de sport, les centres de vie sociale, maisons de la culture,
- ▶ Les établissements scolaires, les fédérations de parents d'élèves,
- ▶ Les établissements accueillant des jeunes handicapés, et des personnes en situation de précarité (CHRS notamment), les Foyers de Jeunes Travailleurs,
- ▶ Les Maisons Des Adolescents, les centres médico-psychologiques,
- ▶ Les associations de prévention spécialisée, les Points Accueil Écoute Jeunes,
- ▶ Les missions locales, les centres de formation,
- ▶ L'Aide Sociale à l'Enfance, les PMI,
- ▶ La Protection Judiciaire de la Jeunesse,
- ▶ Les services de médecine du travail, et l'ensemble des médecins généralistes du territoire d'intervention de la consultation, en utilisant les relais professionnels, syndicaux, et ordinaires¹⁵...

Les équipes de la CJC peuvent aussi favoriser la mise en place d'inter-formations basées sur le principe que chacun a quelque chose à apprendre de l'autre. La pédagogie utilisée est établie sur le principe de l'horizontalité afin que chacun bénéficie de la connaissance et des compétences de tous, dans une approche expérientielle¹⁶.

Concrètement adopter une pédagogie active permet à chaque participant de mener des travaux exploratoires sur des éléments conceptuels, de la théorie, ou bien à partir de sa pratique, afin qu'il les présente au cours de la formation. Ceci permet que les informations apportées soient beaucoup plus concrètes.¹⁷

RENFORCER LES COMPÉTENCES DES JEUNES ET DES PARENTS

Participer au déploiement de programmes : Des travaux de recherche¹⁸ démontrent que les programmes d'acquisition ou de renforce-

15. C.J.C Pratiques professionnelles dans les Consultations Jeunes Consommateurs - Pratique(s) page 50.

16. Richard Wittorski. Contribution de l'apprentissage expérientiel et de la science action à la pratique professionnelle. M.P Mackiewicz. Praticien et chercheur : parcours dans le champ social, L'Harmattan.

17. L'apprentissage par l'expérience, Alain Kerjean, Éditions ESF 2006.

18. Extrait du Guide d'application des programmes d'acquisition de compétences familiales pour la prévention de l'usage de drogue, Office des Nations Unies Contre la Drogue et le Crime, 2009..

ment des compétences les plus efficaces sont ceux qui suscitent une **participation active**, qui mettent l'accent sur le développement des **compétences cognitives, sociales et émotionnelles** des adolescents et **responsabilisent les enfants et les adolescents**, et qui abordent les questions liées à l'abus de substances.

Les interventions **efficaces** sont aussi celles qui ont pour **effet d'associer les adolescents aux activités familiales** et de **renforcer ainsi les liens familiaux**. Ces travaux précisent que les programmes d'acquisition de compétences familiales se distinguent des programmes qui visent principalement à donner aux parents des informations sur l'abus de substances, sans acquisition de compétences pour les parents et les enfants. Ils constatent que les **programmes d'acquisition de compétences familiales sont efficaces lorsqu'ils s'inscrivent dans un ensemble d'actions convergentes**.

Par exemple, ajouter des interventions axées sur la famille aux interventions basées sur la collectivité, ou aux interventions visant le milieu scolaire, renforce l'efficacité globale d'un programme car **d'avantage de facteurs de risque et d'éléments protecteurs sont traités simultanément**.

Capitaliser les expériences pour les **valoriser**, pouvoir les développer et les transférer :
« La capitalisation, c'est **transformer le savoir en connaissance partageable** »¹⁹.

Capitaliser, c'est :

► Valoriser ce que l'on sait faire. Ainsi l'identification de ses savoirs ne se limite pas à lister les conditions de réussite d'une action mais bien à **préciser comment ces conditions ont été effectivement atteintes**.

► Transformer la connaissance tacite en connaissance explicite.²⁰

Ceci permet, à soi et à toute son institution, de progresser mais aussi de **diffuser du savoir**, au bénéfice des jeunes et de leur environnement.

La situation concurrentielle dans laquelle les institutions se trouvent font parfois **obstacle à cette diffusion des savoirs**. C'est pourtant un moyen de valoriser son activité et ses **savoir-faire**, mais aussi un moyen de participer à la **construction collective d'un environnement favorable**.

Les programmes, leur structure, et leur contenu doivent être adaptés²¹ :

► à l'âge des jeunes ciblés, à leur niveau de développement cognitif, affectif et social

► à la nature des substances auxquelles les jeunes du groupe d'âge sont exposés.

L'éducation préventive propose de mettre en place des mesures universelles qui visent l'amélioration des compétences personnelles ou des ressources environnementales de tous les membres d'un groupe ou d'une population sans sélection préalable.

Il peut s'agir également de mesures ciblées qui s'adressent à un sous-groupe d'individus qui ont plus de probabilités que la population générale de développer un problème particulier en raison de la **présence de facteurs de risques**. Les programmes universels et ciblés sont similaires en ce sens que les individus ou les groupes auxquels ils s'adressent n'ont **aucune demande d'aide** et les difficultés qu'ils présentent sont minimales et tolérables²².

Le choix d'un programme doit être fait en fonction des jeunes à qui il s'adresse et des moyens dont disposent les professionnels pour le mettre en œuvre.

Les programmes Unplugged, Primavera, SFP (Strengthening Family Programme), Verano, GBG (Good Behavior Game)... proposent des interventions qui respectent ces principes tels que le développement des compétences psychosociales²³, le renforcement des compétences parentales, des stratégies à composantes multiples (l'implication au niveau local d'autres acteurs que l'école et les parents) et, pour certains, des interventions fondées sur les approches motivationnelles et expérientielles.

19. Des histoires, des savoirs et des hommes : l'expérience est un capital, Pierre de Zutter, Éditions Charles Léopold Mayer, 1994.

20. Capitalisation d'expériences... expérience de capitalisation, Villeval Philippe & Lavigne Delville Philippe, Traverses N°15, Groupe Initiatives, 2004, 46 p.

21. Myriam Laventure, Ph. D. centre de réadaptation de Montréal, 2015.

22. Ibid.

23. Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement (définition de l'OMS).

Concrètement...

Unplugged est un programme de prévention des conduites addictives en milieu scolaire, destiné aux adolescents de 12 à 14 ans, qui met particulièrement l'accent sur l'alcool, le tabac, et le cannabis. En France, l'impact du programme a notamment été évalué sur le site d'Orléans par Santé Publique France et les résultats ont pu faire émerger des effets bénéfiques sur les expérimentations de tabac, cannabis et les épisodes d'ivresse ainsi que sur le développement des compétences psychosociales.

Primavera est un programme conçu par modules adaptés à chaque classe d'âge, à dérouler dans le cadre scolaire, du CM1 à la 5ème. Il associe les enseignants et les parents à la démarche et forme des animateurs parmi eux. Il est à ce jour mis en œuvre en Picardie, en Ile de France et en Bourgogne Franche Comté. Actuellement il fait l'objet d'une étude évaluative par l'INSERM en Picardie.

Verano est un programme d'approche expérientielle qui s'inscrit dans une stratégie d'intervention précoce. Il s'adresse aux jeunes de 14 à 20 ans ainsi qu'à leur environnement dans un souci de renforcement des compétences psychosociales et du pouvoir d'agir.

« **Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité (PSFP)** » est un programme visant parallèlement le développement des compétences psychosociales et des compétences parentales. Le programme est actuellement en cours d'expérimentation sur le territoire Français.

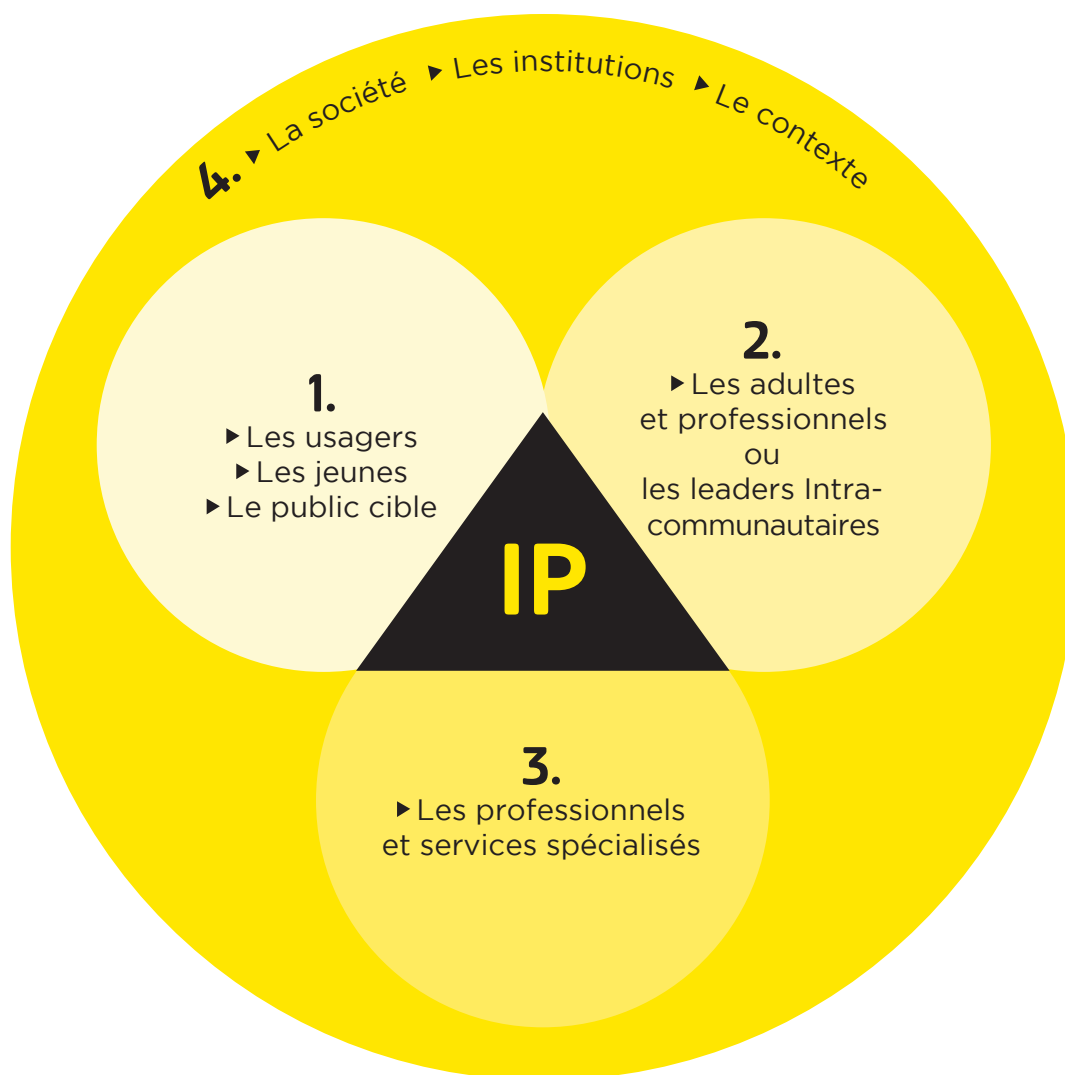
Le « **Good Behavior Game** », ou GBG, est un programme de prévention américain destiné aux enfants de l'école élémentaire (CP au CM2), ayant pour but de développer leurs compétences psychosociales tout en impulsant un contexte favorable à la mise en œuvre de l'éducation bienveillante par les enseignants.

FÉDÉRATION
ADDICTION
Prévenir | Réduire les risques | Soigner

En s'appuyant sur les différents formateurs et les personnes ressources sur les territoires, en lien avec les institutions publiques, la **plateforme d'appui** de la Fédération Addiction est en capacité de vous proposer un accompagnement à l'implantation de programmes de prévention.

www.federationaddiction.fr

■ QUI SONT LES ACTEURS ?



1. Les usagers, les jeunes : le public cible,

éminemment central et toutefois difficile à atteindre, qui nécessite de travailler avec l'entourage (2) qui repère des usages problématiques et des prises de risques.

2. Les adultes, et les professionnels ou les leaders intra-communautaires :

les acteurs de la santé de la ville, les médecins généralistes, les pédiatres, les pharmaciens, les parents, la famille, les adultes ressource de l'entourage des jeunes... Autrement appelés « acteurs de première ligne » qui comprend tous les acteurs que sont les bénévoles, les médiateurs sociaux, les enseignants, les infirmières scolaires, les travailleurs sociaux, les éducateurs de prévention spécialisée, les éducateurs sportifs, les animateurs, mais aussi les acteurs de la santé de la ville, les médecins généralistes, les pédiatres, les pharmaciens, etc., qui sollicitent les services spécialisés (3).

3. Les professionnels et services « spécialisés »

comme les Maisons des Adolescents, les CSAPA, les CMP, CMPI... Ce sont des institutions avec lesquelles nouer des relations partenariales contribuera à fixer des objectifs et un positionnement éthique communs pour mieux répondre aux besoins des jeunes (1) et de leur entourage (2).

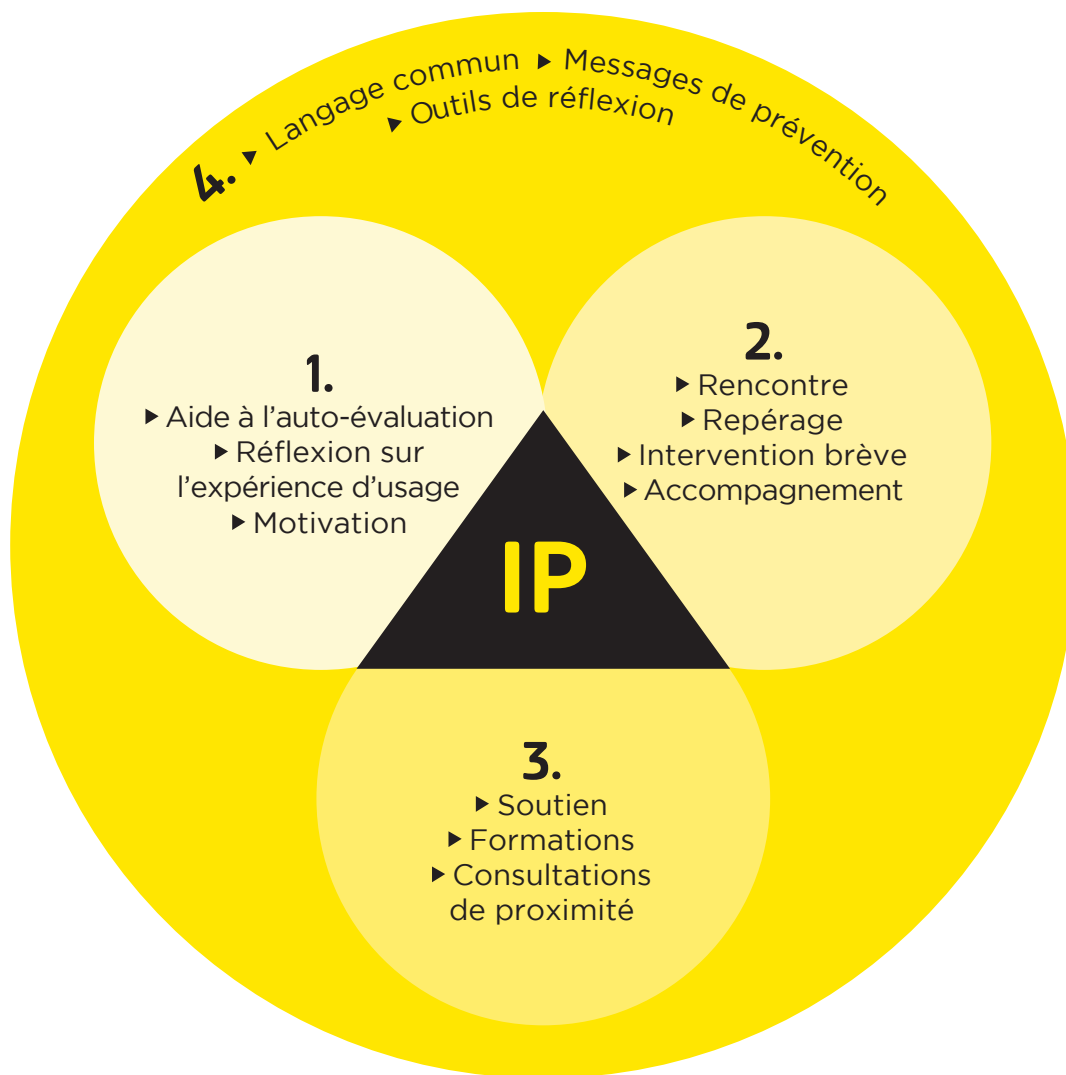
4. La société, l'institution, et le contexte.

Les conduites addictives sont profondément inscrites dans le contexte socioculturel de la modernité²⁴. Ainsi la société à travers la vie en institution, la culture dominante et les stéréotypes véhiculés par les médias exercent une pression à la surconsommation mais peuvent constituer aussi des influences inverses²⁵ tant sur les jeunes (1) que sur leur entourage (2).

24. Alain Morel, Jean-Pierre Couteron « Les conduites addictives, comprendre prévenir, soigner » Editions Dunod, 2008, p. 214.

25. Ibid, p222.

QUELLES SONT LES ACTIONS ?



1. Les usagers, les jeunes, ont accès à des outils d'auto-évaluation, une réflexion sur leurs expériences d'usages, et sont sensibilisés à la question de l'empowerment ou comment reprendre du contrôle sur leurs consommations, par exemple dans des entretiens motivationnels.

2. Les adultes, et les professionnels ou les leaders intra-communautaires sont formés au repérage, à l'intervention brève, à la rencontre et à l'accompagnement des jeunes sur le champ de l'addictologie et des conduites à risques à l'adolescence. Ils partagent avec les professionnels des services spécialisés leurs perceptions de la situation, des enjeux économiques, et leurs préoccupations concernant les jeunes et les familles.

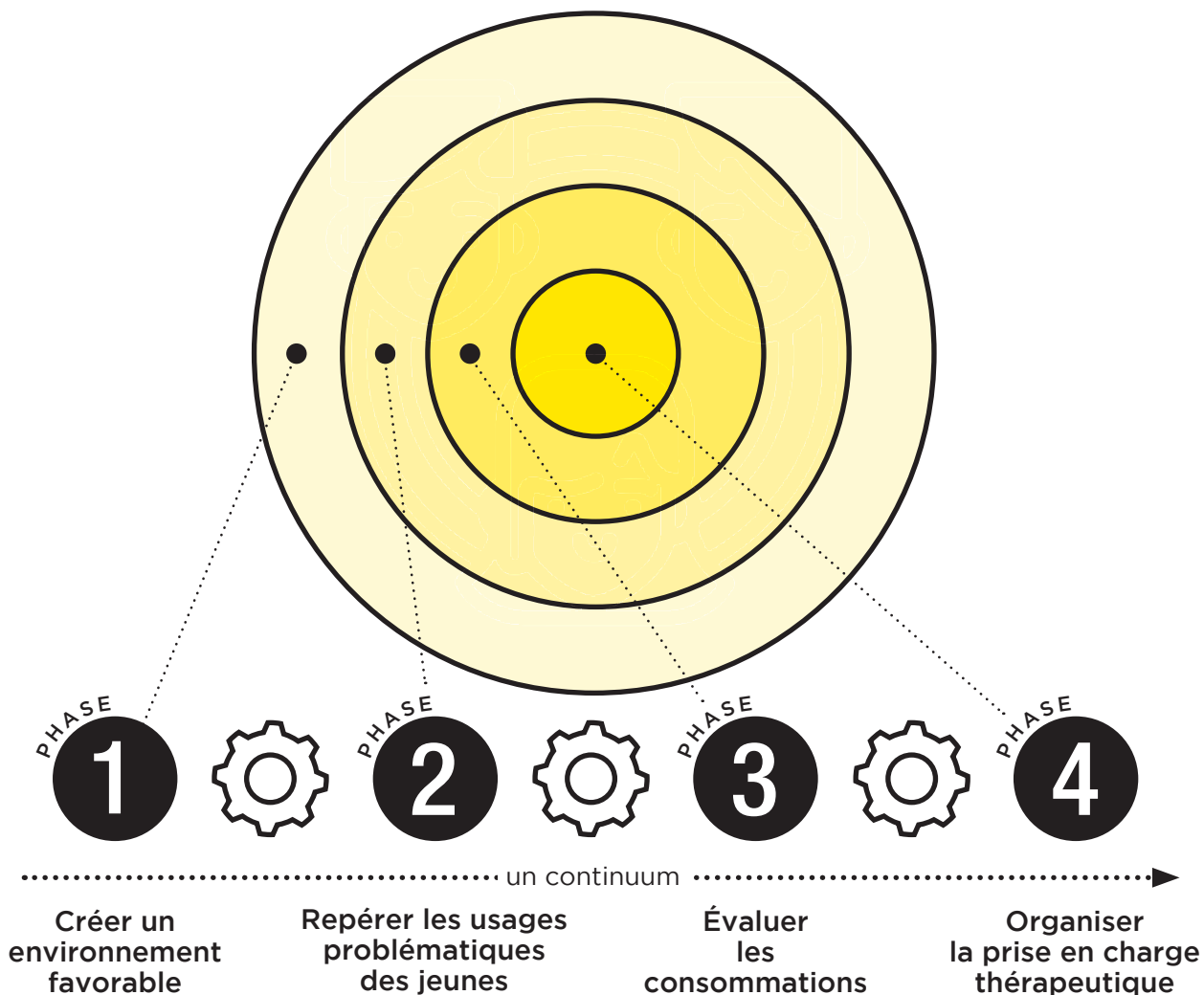
3. Les professionnels et services spécialisés soutiennent les acteurs de la société civile, en organisant des formations, des consultations de proximité pour les jeunes et leur entourage afin d'organiser un continuum prévention soins cohérent. Ils reçoivent de ces acteurs de première ligne des informations précieuses sur les conditions de vie des adolescents et des familles, et sur le contexte social et sociétal.

4. La société, l'institution, et le contexte : aller à la rencontre des parties prenantes d'un territoire, identifier les acteurs ressources et les institutions, permet de bien se situer dans son environnement et d'appréhender le contexte dans lequel la CJC intervient. Élaborer un langage commun, apporter des informations en termes de messages de prévention, sensibiliser à des outils de réflexion afin de promouvoir un environnement favorable.

C'est à l'intersection des actions des 4 parties prenantes du système que la stratégie d'intervention précoce peut se déployer.

LES DIFFÉRENTES PHASES À ARTICULER POUR DÉPLOYER UNE STRATÉGIE D'INTERVENTION PRÉCOCE

..... Intervention précoce, une stratégie en 4 phases.



..... Les 4 phases de l'IP, qui est concerné ?



Communauté des jeunes et des adultes

Enseignement, Justice, associations Jeunesse, clubs de sport, centres de formation, dispositifs d'insertion, acteurs du festif, structures d'information et d'orientation ...

= VOUS et NOUS



Professionnels de santé et spécialistes en addictologie

Médecins généralistes, infirmières et médecins scolaires, professionnels de l'adolescence.



Spécialistes en addictologie

Dispositifs spécialisés en addictologie (médecins, psychologues, travailleurs sociaux), professionnels libéraux, santé mentale, jeunesse...

■ PHASE 1 : PROMOTION D'UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE À LA SANTÉ ET À L'ÉDUCATION

LES OBJECTIFS :

- ▶ Renforcer les compétences collectives et individuelles dans tous les contextes de vie : famille, écoles, communes, milieu associatif, centres de loisirs, milieu festif, rue...
- ▶ Agir au sein de la communauté et mobiliser les ressources du territoire
- ▶ Développer le travail en réseau et s'impliquer dans la dynamique partenariale
- ▶ Ancrer la promotion d'un environnement favorable au sein des institutions
- ▶ Limiter le recours à des services spécialisés

LES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS :

- ▶ **Mobiliser** tous les acteurs du territoire
- ▶ Comprendre et **articuler** les différentes logiques professionnelles et institutionnelles et leurs contraintes
- ▶ Définir et **délimiter** ensemble les intentions de l'intervention précoce pour chacun
- ▶ **Co-construire** un processus interne validé par les directions
- ▶ Renforcer le langage **commun** des différents acteurs
- ▶ **Spécifier** les rôles, territoires et limites de chacun des acteurs
- ▶ Clarifier le mode de **collaboration** avec le réseau « spécialisé »

LES ACTIONS :

Dans l'esprit de la promotion d'un environnement favorable et une stratégie d'intervention précoce les acteurs doivent veiller à ce que les services soient bien adaptés à l'accueil du public jeune.

LES ACTEURS :

Tous les acteurs du territoire comme les habitants, doivent avoir accès aux informations concernant la CJC : leurs missions, leurs modalités d'accès, leurs horaires...

Le professionnel qui pense avoir repéré une situation de vulnérabilité doit savoir comment agir et avec qui partager ses interrogations.

Concrètement la CJC doit informer tous les réseaux, les canaux, les dispositifs territoriaux de ses modalités d'accès.

Afin de promouvoir un environnement favorable, la CJC peut mettre en place des programmes de sensibilisation de la communauté adulte aux facteurs de vulnérabilité chez les jeunes. Ce qui signifie que les professionnels « spécia-

listes » de l'addictologie informent les « non spécialistes » sur les mécanismes qui permettent de comprendre la signification des conduites addictives. Ainsi il s'agira de travailler sur les représentations individuelles et collectives, d'aborder la précocité des consommations, la récurrence des consommations, la fonction thérapeutique des usages, la recherche de sensations, d'excès, le potentiel de dépendance, de toxicité, comme les satisfactions recherchées, mais aussi les facteurs liés à l'environnement...

La CJC doit s'inscrire dans une démarche territoriale et compléter l'offre d'actions de prévention collective déjà organisée par la ville par la mise en place de projets adaptés.

Par exemple la CJC peut coordonner la mise en place de programmes de développement des compétences psychosociales du type GBG, Primavera, PSFP, Unplugged, Verano... Il s'agit là de s'appuyer sur des programmes qui ont fait leurs preuves au sens de la recherche scientifique.

La CJC doit également se préoccuper des mesures réglementaires en vigueur et contribuer par exemple à mobiliser les commerçants et les aider, si nécessaire, en lien avec les autorités à respecter les interdits de vente aux mineurs, identifier les zones de pressions publicitaires... soutenir les actions ponctuelles de maraude comme intervenir avec des équipes de prévention spécialisée sur les alcoolisations massives des jeunes en fin d'année scolaire...

■ PHASE 2 : REPÉRAGE

LES OBJECTIFS :

- ▶ S'intéresser aux personnes et aux familles en situation de vulnérabilité, en souffrance et aux pratiques à risque, sans stigmatiser
- ▶ Promouvoir le dialogue avec les jeunes et les familles qui semblent éprouver des difficultés
- ▶ Valoriser les compétences des jeunes et des familles dans les divers contextes sociaux et institutionnels
- ▶ Favoriser l'utilisation des outils d'auto-évaluation

LES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS :

- ▶ Ouvrir des espaces d'accueil spécifiques dans la **proximité** des lieux de vie des jeunes
- ▶ Offrir des lieux d'écoute non jugeant, **sans attente particulière** vis-à-vis de comportements de jeunes, qui permettent de travailler sur les risques comme sur les bénéfices d'une consommation
- ▶ Inscrire son action dans un lien d'**échanges réciproques** de savoirs entre acteurs
- ▶ Former les professionnels **non spécialistes** de l'addictologie à l'utilisation d'outils de repérage et d'auto-évaluation

LES ACTIONS ET LES ACTEURS :

► **Une formation des acteurs** de premiers recours, au repérage, à l'intervention brève et à l'orientation. Le repérage est la plupart du temps initié par les personnes de « premier recours », qui jouent un rôle essentiel en permettant l'orientation vers les services spécialisés, et qui sont les personnes en contact des jeunes au quotidien.

► **Des réunions d'acteurs autour des « cas complexes »** : les CJC peuvent organiser des réunions de concertation pluri-professionnelles afin que toutes les compétences indispensables à la prise de décision autour d'un jeune soit réunies.

► **Un soutien régulier** sous forme de contacts téléphoniques ou de rencontres, afin d'entretenir un lien qui favorisera une meilleure connaissance mutuelle ainsi que des orientations pour lesquelles les jeunes seront davantage partie prenante.

EXEMPLES D'OUTILS DE REPÉRAGE²⁶ :

• **ADOSPA** : ADOLescents Substances Psycho Actives²⁷ interroge les **conduites addictives** liées à l'alcool et aux drogues en général. L'ADOSPA est un outil court (six questions), compatible avec le temps limité des intervenants et permettant d'objectiver le recours à une intervention spé-

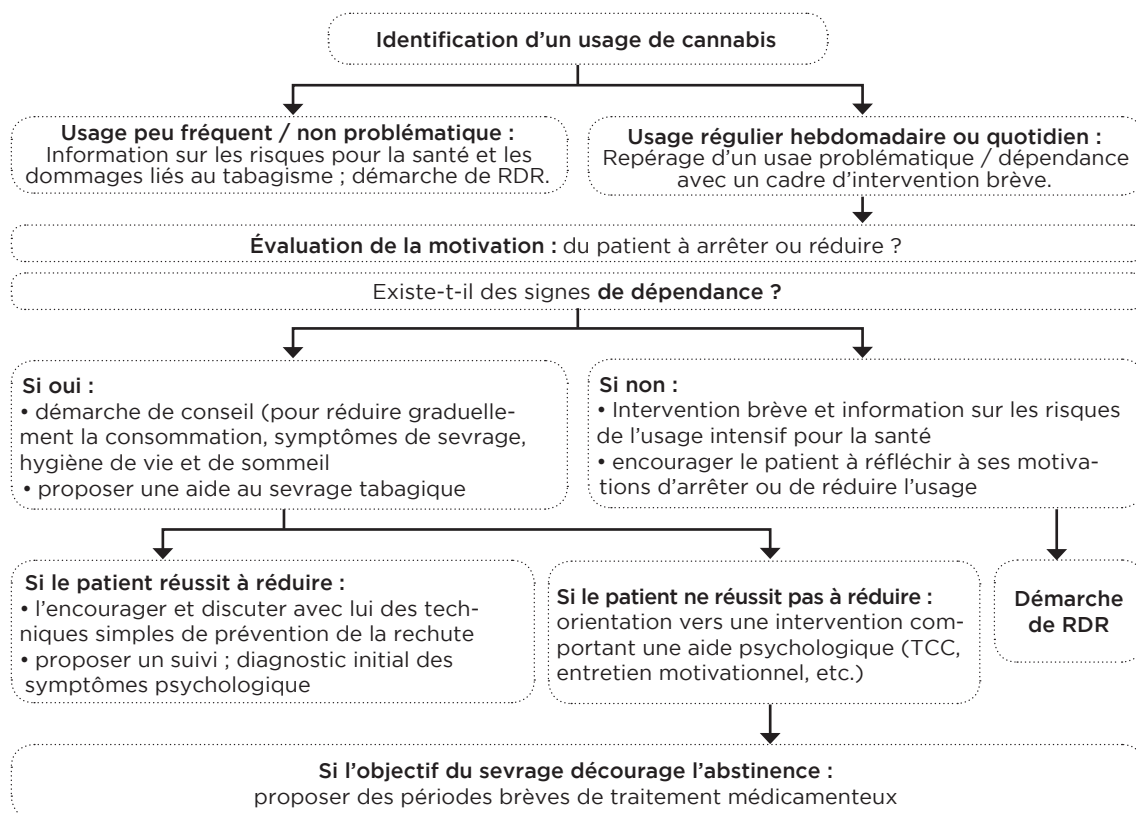
cialisée en deuxième instance. Il peut être proposé sous la forme d'un questionnaire ou remis au patient sous la forme d'un auto-questionnaire.

- **CAST** : Cannabis Abuse Screening Test, pour le cannabis,
- **DEP-ADO (RISQ)** est un outil de repérage des consommations de substances psychoactives pour les adolescents de 13 à 18 ans,
- **RPIB** : outil d'aide au repérage précoce qui concerne la consommation déclarée et repose sur un questionnaire qui évalue le risque encouru du consommateur. L'objectif est de repérer les consommations à risque de dommages, à l'aide de seuils quand ils existent.
- **Test de Fagerström** ciblé sur la dépendance à la nicotine
- Le **Problematic Internet Use Questionnaire (PIUQ)** peut être utilisé pour Internet

Depuis quelques années, la réflexion autour du repérage et de l'orientation connaît un nouvel essor. Parmi les schémas d'orientation formalisés à partir des interventions scientifiquement validées, on peut citer celui de Winstock²⁸ qui établit clairement les étapes de décision qui se présentent au médecin de premier recours. Pour soutenir un accompagnement institutionnel au repérage des situations d'usage de cannabis à risque chez les adolescents, ce schéma pourrait être utilisé comme support de sensibilisation des soignants de première ligne (ci-dessous).

Schéma d'organisation du repérage et de l'orientation

Source : Winstock et al., 2010



PHASE 3 : ÉVALUATION MULTIDIMENSIONNELLE

LES OBJECTIFS :

- ▶ Confirmer/Infirmer une situation de vulnérabilité.
- ▶ Identifier les facteurs de protection.
- ▶ Déterminer AVEC le jeune (et son entourage) un projet qui répond à ses besoins.
- ▶ Favoriser l'alliance avec le jeune.

LES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS :

- ▶ Explorer en lien avec la CJC un ensemble de dimensions significatives de la situation globale d'une personne et de son contexte de vie :
 - Environnement familial.
 - Appartenance sociale et communautaire.
 - Histoire personnelle (traumatismes, migration, etc.).
 - Situation psychique, affectivité et estime de soi.
 - Situation socio-économique.
 - Pratiques à risque (sexualité, consommations, violence, etc.).
 - Projets de vie.
 - Ressources, expériences vécues positives, comme avec le GSM, Grille de Satisfaction et Motivation, utilisé dans le cadre de l'approche expérientielle.

LES ACTIONS ET LES ACTEURS :

Une clinique assurée par les professionnels des CJC.

Une CJC dans ses murs et hors les murs : les consultations dites « avancées » peuvent se situer dans des institutions aussi bien que dans des locaux « indépendants »,²⁹

La plupart ont lieu dans des établissements scolaires, des Maisons des Adolescents, des Centres de Formations pour Apprentis, des missions locales ou avec des services de prévention spécialisée.

▶ Dans la majorité des cas il s'agit d'orientations et non pas d'une demande émanant des jeunes : ce sont **les professionnels de l'institution** qui accueillent les jeunes qui **sollicitent l'aide des professionnels de la CJC pour faire cette évaluation ; malgré la proximité, il n'en reste pas moins que les jeunes devront faire le pas d'aller à la CJC...**

▶ La CJC doit offrir **un espace d'échanges** pour les jeunes et les professionnels à base d'informations, de conseils, d'aide au repérage, et d'auto-évaluation.

▶ Ce type de partenariat doit faire l'objet d'une convention entre les 2 structures (Structures d'accueil et CJC) afin de bien délimiter les

champs d'intervention et de compétences des uns et des autres, afin de garantir la pertinence de cette permanence avancée mais aussi son cadre éthique (confidentialité, anonymat...).

Se décentrer de la demande initiale d'évaluation sans pour autant la négliger.

PHASE 4 : PRISE EN CHARGE

LES OBJECTIFS :

- ▶ Proposer un accompagnement psychosocial au jeune et à son entourage.
- ▶ Mobiliser et valoriser les compétences des adultes qui entourent le jeune.
- ▶ Favoriser l'autonomie du jeune, promouvoir ses ressources.

LES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS :

- ▶ Favoriser le travail de réseau.
- ▶ Travailler avec l'entourage et en particulier avec les parents dans une approche systémique.
- ▶ Renforcer les facteurs de protection et diminuer les facteurs de risques.
- ▶ Répondre de manière individuelle et adaptée aux questions que se pose le jeune.

LES ACTIONS ET LES ACTEURS :

Les actions sont ajustées aux situations singulières des jeunes, en fonction du repérage, et de l'évaluation, de manière à ce que les réponses soient bien les leurs, et que ce soit leur capacité à agir qui soit mobilisée (et non pas le désir de son entourage, voire du professionnel).

Le modèle de Prochaska et de Di Clemente³⁰ illustre bien l'adaptation que nécessite l'accompagnement en fonction du niveau de motivation de la personne.

Dans cette approche, à chaque stade, le thérapeute adapte son discours aux représentations du patient sur son comportement problématique, de façon à induire un passage au stade suivant.

26. OBRADOVIC I. Guide pratique des principaux outils de repérage de l'usage problématique de cannabis chez les adolescents. OFDT, Fédération addiction, Saint-Denis, 2013, 118 p.

27. Version française du CRAFFT, Reynaud, Karila, Legleye, 2003.

28. Winstock et al. 2010.

29. « PAACT » Processus d'Accompagnement et d'Alliance pour le Changement Thérapeutique.

30. Prochaska et coll., 1992 ; Prochaska et coll., 1997.

■ LES PRINCIPES D'ACTION

■ Repérer les usages problématiques (il ne s'agit pas d'être dans le contrôle social) :

Le repérage est assuré par des professionnels non spécialistes du champ de l'addictologie (animateurs, enseignants, éducateurs de prévention spécialisée, des conseillers de la mission locale) comme par les personnes ressources de l'entourage des jeunes (famille, amis). Les professionnels des CJC les accompagnent dans ce repérage des situations problématiques, fait à partir des signes et indicateurs qui les inquiètent. Ils contribuent à **faire émerger une réponse et sont vigilants à ne pas seulement repérer des signes de vulnérabilité mais aussi identifier les ressources contribuant à une réponse adaptée** : accompagner la personne vers une évaluation ou/et promouvoir un environnement favorable.

■ Impliquer l'entourage (notamment si c'est un tiers qui sollicite pour un jeune) :

Les personnes ressources de l'entourage sont elles aussi impliquées dans l'environnement du ou des jeunes au sens où elles en font partie. Le fait d'impliquer l'entourage permet de ne pas renforcer le sentiment du jeune d'être le problème mais de **partager la responsabilité entre chacun de ce qui advient, en particulier dans les relations entretenues entre tous les membres.**

Illustration :

Les parents sont responsables des comportements de leurs adolescents aux yeux de la loi, mais surtout aux yeux de la société. Les politiques publiques ont largement contribué à ce qu'il en soit ainsi en créant des dispositifs pour les accompagner à « être de bons parents ». Il reste néanmoins difficile de solliciter ces dispositifs : reconnaître ses limites, exprimer ses difficultés, peut faire naître le sentiment de ne pas être « à la hauteur » des attentes de la société, de ne pas être suffisamment un bon parent et d'être stigmatisé. Des actions de proximité, collectives, groupes d'échanges, débats, comme des actions individuelles, des consultations familiales, peuvent permettre aux parents de partager leurs inquiétudes, leurs craintes, leurs doutes entre pairs ou avec un professionnel et de prendre de la distance sur la relation à leur adolescent et leur capacité à agir sur celle-ci.

■ Renoncer à tout catalogue de critères objectifs et aux tests de dépistage :

La recherche et la mise en évidence d'un problème par une observation systématique de critères avant l'apparition des premiers signes d'une consommation problématique chez des jeunes pourrait conduire à un effet « totalitarisme », à la stigmatisation et à l'exclusion du public

jeune ainsi placé dans une relation contraignante de dépendance ou de soumission à l'institution qui organiserait ce type de tests.

■ Promouvoir une compréhension multidimensionnelle et contextuelle des problématiques pour dépasser le symptôme désigné.

Les interventions les plus efficaces s'inscrivent dans un cadre multi-interventionnel (agit sur plusieurs facteurs) et multi-systémique (agit sur les divers environnements auxquels appartient le jeune). Ce type d'interventions nécessite de **s'appuyer sur toutes les dimensions de l'expérience, du savoir.** De plus la situation du jeune et son comportement d'usage est toujours en lien avec le contexte dans lequel il s'inscrit. Le professionnel ou l'adulte qui repère un usage problématique doit donc chercher à **comprendre la situation au regard d'éléments contextuels, notamment sociaux et culturels, qui influencent les consommations et toutes les dimensions de l'expérience et du savoir du jeune.**

■ Renforcer l'interdisciplinarité et le travail en réseau

« L'interdisciplinarité apparaît comme élément de réponse aux exigences d'un monde professionnel confronté à la nécessité de réagir face à des situations de plus en plus complexes. Traiter de manière interdisciplinaire une problématique consiste à questionner des disciplines et/ou leurs spécialistes en intégrant leurs apports disciplinaires en vue de construire une représentation de cette problématique, en fonction d'un projet spécifique. Il s'agit de **se donner le temps de la réflexion avant d'agir, de prendre une décision ou encore de poser un jugement** »³¹.

Les professionnels de la CJC, dont l'action n'est que transitoire, travaillent à renforcer et développer les ressources du réseau, autour de l'usager. Ainsi c'est l'environnement du jeune qui est mobilisé de manière à pérenniser différentes formes d'appui dans la durée.

La stratégie d'intervention précoce doit être institutionnalisée afin de passer d'une logique de coopération très souvent interpersonnelle à une dynamique partenariale qui croise et densifie les compétences, les savoirs et les ressources.

■ Formuler le droit à la confidentialité et au refus de répondre

Le respect de la confidentialité est une condition impérative du dialogue clinique³², à plus forte raison avec des adolescents³³.

Les jeunes consommateurs sont des adolescents ou des jeunes adultes qui viennent généralement du fait de la demande de leur entourage. La démarche est rarement de leur propre initiative. De ce fait et en raison de leurs fragilités spécifiques, la stratégie d'intervention précoce doit poser des principes comme le droit à la confidentialité et au refus de répondre afin de sécuriser les jeunes qui doivent être le plus possible parties prenantes de cette démarche.

■ Adopter une approche non conflictuelle, empathique et exempte de jugement³⁴

L'écoute est une qualité essentielle de la relation entre le soignant et le patient notamment lorsqu'il s'agit d'aborder la consommation de cannabis. **La stigmatisation de l'usage de cannabis est contre productive pour amorcer un processus de changement chez le patient.** Le soignant doit réussir à ouvrir un dialogue avec le patient autour des risques associés à son usage. De même, il doit s'attacher à **rassurer le patient, sur sa capacité à agir sur lui-même et sur ses chances d'y parvenir** »³⁵

■ Intégrer les procédures et le règlement intérieur des institutions et accompagner au changement si besoin

Dans la compréhension de l'interaction individu, environnement et substances psychoactives, et de ce qu'implique l'accompagnement des jeunes consommateurs, le rôle de la CJC consiste notamment à **faire prendre conscience aux professionnels de première ligne de leur rôle et de leur champ de responsabilité tout en respectant les logiques différentes qui sont à l'œuvre dans une même institution.** Ces différences peuvent rendre difficiles la cohésion de tous les acteurs de l'institution et la cohérence des dimensions médico-sociales et éducatives de l'accompagnement.

■ Veiller au secret professionnel

Il faut se mettre d'accord sur les **procédures qui déterminent ce que les acteurs de l'entourage du jeune peuvent échanger entre eux afin de respecter le droit à la confidentialité.** Travailler ensemble dans un désir de coopérer, sous-entend que l'on partage des informations. Celles-ci sont parfois difficiles à identifier : quelles sont les informations utiles à l'autre ? De plus, elles peuvent générer de la crainte pour les professionnels d'exposer à cette occasion leurs pratiques. Les réseaux connaissent parfois des turn over important, or il faut chaque fois faire référence à la charte ou au protocole adopté par les partenaires afin de respecter le **cadre éthique co-construit** initialement, dans le respect des personnes.

■ Veiller à l'application/articulation des 4 phases de l'IP et de leurs objectifs opérationnels :

- La **mise en réseau** de différents acteurs sur le territoire.
- Un **état des lieux** de la situation avec tous les acteurs concernés, y compris les jeunes !
- Des **échanges**, par exemple en groupes de travail sur la **situation territoriale et les représentations** qu'en ont les différents acteurs.
- La **clarification des missions et des rôles** que chacun des acteurs jouent sur le territoire, des enjeux qui lient les acteurs et qui renforcent ou bien réduisent le problème identifié.

La co-construction d'une stratégie d'intervention précoce territoriale et communautaire passe par la répartition des rôles des parties prenantes en fonction de la phase dans laquelle il intervient et des actions que chacun met en œuvre.

■ Garder son rôle spécifique sans se substituer aux autres, tout en étant dans la relation d'aide.

Les institutions qui sollicitent les CJC méconnaissent souvent la stratégie d'intervention précoce. Elles attendent des réponses précises en même temps que des conseils. Toutefois ce qui permettra d'être dans une co-construction, déterminante pour une meilleure appropriation du plan d'actions à mettre en place, est de **situer son rôle et sa fonction dans le plan d'actions.**

Les interventions des CJC ont pour objectifs de permettre aux professionnels et à toute la communauté adulte d'avoir des réponses à leurs questions à propos des consommations des jeunes qu'ils encadrent, des repères objectifs... Néanmoins c'est le plus souvent autour de leurs relations avec les jeunes, des limites qu'ils doivent poser, et des règles qu'ils doivent négocier que les professionnels des CJC devront les accompagner en leur proposant une lecture différente de ce que l'entourage des jeunes a déjà pu identifier comme leviers ou freins et en mettant au travail la question de la posture professionnelle et du pouvoir d'agir.

■ ÉTHIQUE, POSTURE DU PROFESSIONNEL ET DE L'INSTITUTION

Pour mener ce travail, les équipes des CJC devront interroger de manière permanente l'éthique qu'elles souhaitent adopter afin d'épouser une posture de professionnels experts de la clinique de l'adolescent, de l'éducation préventive et de l'accompagnement³⁶, et **non experts en solutions toutes faites.** Ils devront communiquer sur le but et les objectifs de leur travail afin d'être bien compris et reconnus comme des ressources pour les personnes de l'entourage qui les sollicite comme pour les jeunes.

La stratégie d'intervention précoce est un outil de réduction des risques et des dommages et à ce titre **elle ne doit pas stigmatiser une communauté quelle qu'elle soit : que ce soit les parents, les jeunes, ou un territoire.** C'est une question éthique importante qui doit être partagée avec les différents acteurs de tout l'environnement : la communauté adulte comme les spécialistes.

31. Barbara Dufour, Recherche en soins infirmiers N° 79 - décembre 2004.

32. Ford et al. 1997; Griswold et al. 2008; Mauerhofer et al. 2009.

33. McPherson 2005 ; Sanci et al. 2000.

34. Miller et al. 2009 ; Nanda et al. 2006.

35. Usage problématique de cannabis, OFDT, Fédération Addiction, 2013.

36. Paul, Maela. « L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient », Recherche en soins infirmiers, vol. 110, no. 3, 2012, pp. 13-20.

■ LES OUTILS MÉTHODOLOGIQUES

La mise en œuvre d'un projet doit être inscrite dans une méthodologie qui va permettre de définir les principales étapes et de s'assurer d'une co-construction efficiente et efficace. La plupart du temps le professionnel qui a en charge le projet (quel qu'il soit) a tendance à se concentrer sur sa partie visible, c'est-à-dire l'action « face public ». Or, **sans préparation, le passage à l'action n'est pas optimisé, et le risque est que la mise en œuvre du projet soit semée d'embûches que l'on devra traiter au fur et à mesure de leur apparition.** Ces difficultés peuvent être d'ordre institutionnelles, matérielles, humaines, ou financières, et peuvent nuire gravement à la réalisation du projet, que ce soit par exemple en termes de calendrier (durée) ou de budget (frais complémentaires), mais le plus fréquemment en termes de sens pour toutes les parties prenantes. Il peut être utile de se saisir d'outils méthodologiques afin d'appréhender au mieux la mise en œuvre du projet.

■ QQQQCP

La structuration du projet en 5 étapes permet d'assurer une véritable réflexion à partir de six questions fondamentales (QQQQCP) que doit se poser tout porteur de projet avant tout passage à l'acte :

Lettre	Question	Sous-questions	Exemples
Q	Qui ?	De qui, avec qui, pour le compte de qui...	Responsable, acteur, sujet, cible...
Q	Quoi ?	Quoi, avec quoi, en relation avec quoi...	Outil, objet, résultat...
O	Où ?	Où, par où, venant d'où...	Lieu, déplacement, environnement...
Q	Quand ?	Tous les..., à partir de..., jusqu'à...	Date, périodicité, durée...
C	Comment ?	De quelle façon, dans quelles conditions, par quel procédé...	Procédure, technique, action, matériel...
P	Pourquoi ? Pour quoi ?	Cause, facteur déclenchant Motif, finalité, objectif	Les causes, la « raison » d'être, objectif...

Parce que le pire lorsqu'on met en œuvre un projet c'est de vouloir aller trop vite et de faire l'impasse sur les enjeux attenants à tout projet. Il faut toujours réfléchir avant d'agir et réunir l'équipe qui sera impliquée dans le projet afin de rassembler toutes les informations disponibles et de se poser les questions suivantes :

- **Qui** est le commanditaire ? Quelles sont les personnes impliquées par le problème ? Qui est concerné par le problème identifié ? Le commanditaire peut être l'institution qui vous sollicite pour une intervention dans un centre de formation pour apprentis, votre institution qui vous demande d'organiser un projet pour les jeunes consommateurs, un financeur qui demande à ce que vous meniez une campagne de prévention dans votre établissement... les personnes concernées par le problème identifié ne sont bien souvent pas informées de la mise en œuvre du projet à ce stade. Pourtant il serait intéressant de pouvoir associer rapidement les publics « ciblés ». À cette étape, il s'agit d'identifier les différentes parties prenantes, et parmi elles, les niveaux de responsabilités de chacune.

- **Quoi ?** Quel est le problème ? Quels faits le montrent ? Que souhaite-t-on réaliser ? Cette question nous aide à penser l'objet du projet et les difficultés liées au problème identifié. Cela permet de mettre le focus sur des points bien identifiés et comprendre ce qui a déjà été mis en place pour pallier aux difficultés qui se sont posées. C'est cette question qui va vous permettre d'avoir une idée plus précise de ce qui se passe, de mieux situer et cerner les informations qui vous intéressent.

- **Où** apparaît le problème ? On s'intéresse là aux informations spatiales, à la géographie, qui peuvent nous donner de précieux renseignements sur le territoire, des données démographiques, sanitaires, sociales, les rapports entre les publics ciblés ou associés et le territoire, les interactions entre les habitants... Il est important de contextualiser le projet avant de le mettre en œuvre.

- **Quand** apparaît le problème ? Cette question cherche à situer les choses dans le temps : on est là sur le temporel, on s'intéresse à la durée, la récurrence. On peut se poser par exemple la question de quand le problème se déclenche-t-il ? à quel moment ? à quelle période ? Est-ce que le problème existe depuis longtemps ?

- **Comment** souhaite-t-on le réaliser ? Comment mesurer le problème et sa résolution ? Comment comptez-vous vous organiser ? Comment les parties prenantes seront-elles associées ? Il s'agit ici d'appréhender le mieux possible le processus avec des méthodes, des outils, des techniques qui permettent de décider le plus possible des étapes et des manières de procéder pour déployer celles-ci dans un continuum cohérent.

- **Pourquoi** le projet ? Quels sont les éléments déclencheurs ? Quelles sont les raisons d'être du projet ? En d'autres termes, on peut également se demander pour quelles raisons on doit passer du temps et de l'énergie dessus ? Il s'agit ici d'identifier les finalités, le but du projet mais aussi ses objectifs. En d'autres termes quels sont les résultats attendus de ce projet ? Il s'agit là également d'évaluer la faisabilité du projet.

RACI

Pour bien définir les rôles et les responsabilités de chacun des acteurs la matrice RACI peut être utilisée. La colonne de gauche liste les activités, les tâches à exécuter, et les colonnes de droite les personnes impliquées. Dans chaque cellule figure la lettre « R », « A », « C » ou « I », ce qui signifie :

R : responsable. Le **R** réalise l'activité. Il doit y avoir au moins un R pour chaque activité.

A : accountable. Le **A** est celui qui doit rendre des comptes sur l'avancement de l'action. Il y a toujours un A (et un seul) pour chaque action. « Être A » signifie être totalement responsable d'une action.

C : consulted. Les **C** sont les entités (personnes, groupes) qui doivent être consultées.

I : informed. Les **I** sont les entités qui doivent être informées.

	Acteur 1	Acteur 2	Acteur 3	Acteur 4	Acteur 5	Acteur 6	...		
Tâche, activité, processus, action...	R	C							
Activité 2	A	I							
Activité 3									

SWOT

La matrice SWOT est un outil d'analyse stratégique qui permet d'obtenir une vision synthétique d'une situation. L'intérêt de cette matrice est de rassembler et de croiser les analyses interne et externe. Elle sépare ce qui relève de l'environnement des caractéristiques particulières du projet. Elle permet à un collectif de construire une vision commune d'une situation, notamment dans la phase de diagnostic, et de l'analyser de la manière la plus objective possible.

SWOT : Strengths (Forces), **W**eaknesses (Faiblesses), **O**pportunities (Opportunités), **T**hreats (Menaces). C'est un outil d'analyse stratégique qui facilite la recherche des forces et des faiblesses d'une organisation, d'un secteur, d'un territoire, d'un projet. Il permet de combiner forces et faiblesses avec le contexte et l'environnement. Il facilite la définition d'une stratégie de développement.

MODÈLE DE MATRICE

Facteurs	POSITIFS	NÉGATIFS
INTERNES	FORCE	FAIBLESSES
EXTERNES	OPPORTUNITÉ	MENACES

POUR REMPLIR LA MATRICE :

- Lister de trois à cinq éléments par case
- Les hiérarchiser (par exemple dans la case force, classer par intensité de force décroissante)
- S'appuyer sur des faits, pas des intuitions
- Préciser, étayer, chiffrer les données
- Être synthétique, aller à l'essentiel
- Étayer avec des annexes si nécessaire

Par exemple :

Les forces, ce sont les points positifs de la CJC qui lui donnent une valeur ajoutée concernant le projet à développer, telle que sa position d'acteur ressource sur le territoire.

Les faiblesses, ce sont les points négatifs que la CJC peut retirer de cette position d'acteur ressource comme un manque de lien avec le public féminin par exemple.

Les opportunités, ce sont les situations dont la CJC peut tirer parti comme la création d'un nouvel équipement accueillant des adolescents sur la Ville.

Les menaces, ce sont les freins extérieurs au projet comme l'instabilité des financements sur les actions de prévention.

Une fois la matrice remplie il est nécessaire de réfléchir de manière institutionnelle à une stratégie qui permettent de s'appuyer sur les points forts et les opportunités de manières à surmonter les faiblesses et prévenir les menaces.

■ LA RECETTE DE L'IP EN PRATIQUE :

1. Mettre en place une coordination.
2. Engager une stratégie pluri-professionnelle, clarifier les responsabilités et les rôles de chaque partie prenante en tenant compte de l'intérêt des jeunes.
3. Définir conjointement une méthodologie d'action (convention, nombre de réunions, groupes de travail spécifiques, charte éthique, point d'étapes, évaluation, confidentialité...).
4. Installer un langage commun et se mettre d'accord sur les objectifs poursuivis.
5. Lister les déterminants sur lesquels il est possible d'agir.
6. Prendre en considération les besoins exprimés par les populations cibles et associées, des actions.
7. Reconnaître la personne comme sujet à part entière et non pas juste la cible des actions.
8. S'appuyer sur les ressources existantes.
9. Resituer l'action dans le contexte sociétal.
10. Assurer la pérennité du dispositif : passer d'une logique d'action ponctuelle à celle de programme interinstitutionnel durable.
11. Inclure une phase évaluative qui permettra de faire l'analyse et le bilan de l'action.
12. Inscrire l'action d'IP dans le contexte spécifique (réalités locales, différence de cultures professionnelles...)

■ CHECK LIST :

- S'agit-il d'une approche globale ?
- Les notions clés de l'Intervention Précoce sont-elles présentes ?
- Y-a-t-il une démarche d'aller vers ?
- Qui sont les acteurs mobilisés ? Qui est impliqué ?
- Y-a-t-il des objectifs communs et partagés ?
- Y-a-t-il une culture commune en addictologie entre tous les acteurs impliqués ?
- Les spécificités du contexte sont-elles prises en compte ?
- L'entourage est-il impliqué ?
- Les jeunes sont-ils acteurs ?
- Les 4 objectifs opérationnels sont-ils présents ?
- Y-a-t-il un continuum entre prévention et soin ?
- Les 4 phases de l'IP sont-elles articulées ?
- Y-a-t-il une coordination ?
- Une définition claire des rôles de chacun ?
- Une méthodologie d'action ?
- Le projet s'inscrit-il dans la durée ? Quelle est la pérennité de l'action ?
- Les ressources existantes sont-elles prises en compte ?
- Y-a-t-il un risque de stigmatisation ?
- Y-a-t-il un risque de contrôle social ?
- La confidentialité, le secret professionnel de réseau sont-ils respectés ?
- La direction a-t-elle validé le projet ?
- La CJC est-elle suffisamment connue ?

■ À NE PAS FAIRE³⁷ :

- ▶ Des actions isolées
- ▶ Orienter l'intervention sur des mesures de contrôle
- ▶ Viser uniquement l'acquisition de connaissances liées aux substances
- ▶ Viser le développement affectif
- ▶ Utiliser un message simpliste
- ▶ Porter un message moralisateur et fataliste
- ▶ Vouloir convaincre
- ▶ Décider pour l'autre

37. Myriam Laventure, Ph. D.
centre de réadaptation de Montréal, 2015

■ CE N'EST PAS :

- ▶ Vouloir convaincre
- ▶ Décider pour l'autre
- ▶ Faire la morale
- ▶ Penser ce qui est bon pour l'autre
- ▶ Apporter une aide
- ▶ Modeler
- ▶ Contraindre
- ▶ Séduire
- ▶ Faire pour l'autre
- ▶ Orienter la demande
- ▶ Occulter la question des âges et des comportements

■ VRAI FAUX ...

▶ Toutes les personnes en contact avec des jeunes sont concernées par l'intervention précoce exceptée la police

✗ Faux : la police fait partie de l'environnement social.

▶ Coordonner une stratégie d'intervention précoce demande de prendre du temps au détriment des consultations et du temps alloué aux usagers du CSAPA.

✓ Vrai : coordonner prend du temps mais c'est au profit des usagers du CSAPA qui bénéficieront d'actions et de pratiques plus articulées entre elles car elle veille à organiser les réponses de façon globale en un continuum d'actions allant de la prévention aux soins.

▶ Mettre en œuvre un programme de développement des compétences psychosociales des enfants n'est pas du ressort des CSAPA.

✗ Faux : les CSAPA ont une mission de prévention des addictions, et la division de la santé mentale et de la toxicomanie de l'OMS définit les compétences psychosociales comme des déterminants de la santé.

▶ Le repérage doit être systématisé afin de dépister au plus tôt les usages problématiques.

✓ Vrai : on peut à certains endroits comme dans une consultation de médecine générale systématiser le repérage de consommations problématiques néanmoins cela ne doit pas être confondu avec du dépistage, et encore moins du contrôle

■ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 no 2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie.
- Circulaire DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008.
- MILDECA, Plan Gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives, 2013-2017 -- Action 24.
- Al, Kurdi C., Carrasco K., Savary J.-F., (2010), « Intervention précoce. Accompagner les jeunes en situation de vulnérabilité », GREA.
- Conférence internationale pour la promotion de la santé, (1986), Ottawa, «Charte d'Ottawa ».
- Couteron J.-P., (Dir) (2015), « Le défi de l'intervention précoce », Actal n°14, Fédération Addiction.
- Couteron J.-P., Lascaux M., Phan O., (2014), « PAACT » (Processus d'Accompagnement et d'Alliance pour le changement Thérapeutique), Fédération Addiction.
- Dauphin S. (2009), « Trajectoires de vie et dynamiques institutionnelles », Informations sociales, vol. 156, no. 6, 2009, pp. 4-5.
- De Zutter P., (1994), « Des histoires, des savoirs et des hommes : l'expérience est un capital » Éditions Charles Léopold Mayer.
- Dufour B., (2004), recherche en soins infirmiers, N°79.
- Fédération Addiction (2012), « C.J.C Pratiques professionnelles dans les Consultations Jeunes Consommateurs - Pratique(s) », p.50.
- Fond-Harmant L., et Tal Dia A., (2008), « Santé publique et transfert de compétences Nord-Sud : les conditions d'une approche inter-culturelle... », . Santé Publique, vol.20, no. 1, pp. 59-67.
- Goffman E., (1963) « Stigmate. Les usages sociaux du handicap », Les Éditions de Minuit.
- Hautchamp M., Naves P.,Tricard D., (2005), « Quelle intervention sociale pour ceux qui ne demandent rien ? » IGAS, Rapport de la mission.
- INSERM (dir), (2012), « Conduites addictives chez les adolescents - Usages, prévention et accompagnement : Principaux constats et recommandations », Expertise collective.
- Kerjean A., (2006), « L'apprentissage par l'expérience » Éditions ESF.
- Laventure M., (2015), « Conduites addictives chez les adolescents : comment choisir le bon programme de prévention ? », Département de psychoéducation de l'Université de Sherbrooke, Québec.
- Maela P. (2012), « L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient », Recherche en soins infirmiers, vol. 110, no. 3, 2012, pp. 13-20.
- Morel A., (2006), « Adolescents et usage de cannabis, plaidoyer pour une intervention précoce », La Santé de l'Homme, n° 386, 2006.
- Morel A., Couteron J.-P., (2008), « Les conduites addictives, comprendre prévenir, soigner » Éditions Dunod.
- Morel A., Goutte S., in Morel, Couteron, Fouilland (Dir) (2015), « Intervention précoce », Aide-mémoire en addictologie, 2ème édition, Dunod.
- Obradovic I., (2013), « Usage problématique de cannabis. Revue de littérature internationale », OFDT, Fédération Addiction.
- Obradovic I., (2013), « Guide pratique des principaux outils de repérage de l'usage problématique de cannabis chez les adolescents ». OFDT, Fédération addiction, Saint-Denis, 118 p
- Office des Nations Unies Contre la Drogue et le Crime, (2009), « Guide d'application des programmes d'acquisition de compétences familiales pour la prévention de l'usage de drogue ».
- OMS, (1993), Division de la santé mentale et de la prévention des toxicomanies – les compétences psychosociales.
- Reynaud-Maurupt C. (2015), « Prévention des conduites addictives destinée aux jeunes - Structurer et mettre en œuvre une stratégie territoriale - Guide méthodologique pour les acteurs des collectivités territoriales ».
- Reynaud M., Karila L., Legleye S., (2003), Version française du CRAFFT-ADOSPA.
- Roche P., (2007)« Les défis de la proximité dans le champ professionnel », Nouvelle revue de psychosociologie, vol. 3, no. 1, pp. 63-82.
- Santé Publique France, (2016), « Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé ?».
- Spilka S., Le Nézet O., Janssen E., Brissot A., Philippon A., (2017), ESCAPAD, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.
- Villeval P., Lavigne Delville P., (2004), « Capitalisation d'expériences... expérience de capitalisation », Traverses N°15, Groupe Initiatives, 46 p.
- Winstock, (2010), schéma d'organisation ud repérage et de l'orientation,
- Wittorski R. (2001) Contribution de l'apprentissage expérientiel et de la science action à la pratique professionnelle M ;P ; Mackiewicz, Praticien et chercheur : parcours dans le champ social, L'Harmattan, pp ; 107 à 119.

Nous adressons nos remerciements :

Rédaction :

Corinne Defrance, responsable de projet
Fédération Addiction
c.defrance@federationaddiction.fr

Conception graphique :

Nelly Gibert (Mediis Studio)

Impression :

Harmonie print

