Axes de la prévention

Éducation pour la santé, promotion de la santé, information, écoute, intervention précoce, réduction des risques, telles sont les modalités utilisées aujourd'hui pour la prévention des conduites addictives. En quoi consistent-elles plus précisément ? Le milieu du travail est-il aussi à investir pour la prévention des addictions ?

Éducation pour la santé et conduites de consommation à risque

René Demeulemeester
Médecin inspecteur de santé publique, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Parmi les comportements liés à la santé, les consommations de substances psychoactives sont probablement celles qui ont les conséquences les plus lourdes en termes de décès prématurés, de maladies et de souffrances sociales. Elles occupent donc, à juste titre, une place prépondérante dans le champ de l'éducation et de la promotion de la santé. Ces comportements sont au moins aussi anciens que l'histoire de l'humanité, mais les produits consommés et leurs modes de consommation sont en constante évolution ; ils sont fortement influencés par le contexte culturel, et sont au centre d'importants enjeux économiques. La prévention de ces comportements complexes s'accommode mal de modèles simplistes.

Trois modèles pour comprendre les comportements de consommation et leurs modalités de changement

Le présent article sera centré sur les concepts et les principes d'action qui fondent explicitement ou implicitement les activités engagées au niveau national par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Cet exposé de la méthode sera illustré des exemples concrets empruntés aux activités de l'Institut.

Les comportements de consommation de substances

L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1999) distingue trois types de comportements de consommation de substances : l'usage, l'usage nocif et la dépendance.

L'usage : il est défini comme une consommation de substances psychoactives n'entraînant ni complication ni dommage. L'existence d'un comportement régulier ou non de consommation de substances psychoactives qui n'entraînerait aucun dommage fait encore l'objet de controverse. On parlera plutôt d'usage réglé, dès lors que cet usage ne comporte qu'un risque faible pour la santé et qu'il est socialement acceptable.

L'usage nocif : dans ce cas, la consommation génère des dommages somatiques, psychologiques, sociaux pour l'individu, son entourage, la société, alors même que l'état de dépendance n'est pas constitué.

La dépendance : elle est définie comme un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques survenant à la suite d'une consommation répétée d'une substance psychoactive, associés à un désir puissant de prendre de la drogue, à une difficulté à contrôler la consommation, à une poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives, à un désinvestissement progressif des autres activités et obligations au profit de

la consommation de cette drogue, à une tolérance accrue, et, parfois, à un syndrome de sevrage physique.

Les modèle et processus de changement de comportement

Le modèle actuellement le mieux adapté aux interventions sur les comportements de consommation à risque est issu des travaux de Prochaska et DiClemente (1983). Il postule qu'un changement durable de comportement passe par cinq stades successifs :

L'indifférence : *je ne sais pas que fumer est dangereux pour ma santé, ou bien je le sais mais ça m'est égal.*

L'intention : *j'ai envie d'arrêter de fumer.*

La programmation : *je vais profiter des vacances pour arrêter, je me suis procuré des substituts nicotiniques.*

L'action : j'arrête de fumer.

Le maintien : *je ne fume plus depuis 2 ans.*

La progression dans ces différents stades met en jeu des processus différents (figure 1).

Des processus cognitifs seront mis en œuvre dans les premiers stades : augmentation des connaissances, prise de conscience des risques (rappel des conséquences du tabagisme), compréhension des bénéfices d'un changement de comportement, sentiment de responsabilité vis-à-vis de soi-même et des autres (tabagisme passif).

Comment la communication peut préparer et accompagner une mesure de santé publique ?

Dans le domaine de la santé publique, la communication peut jouer un rôle essentiel quand elle remplit différentes conditions. La première est de lui assigner des objectifs cohérents et atteignables. La deuxième est de la doter des moyens adaptés pour lui permettre de remplir sa mission. Enfin et surtout, la communication doit s'inscrire dans une action plus globale qui comprend d'autres stratégies d'action.

En effet, si la communication peut agir sur les représentations, interpeller les individus sur leurs propres comportements, ou encore informer sur une maladie ou un risque et les moyens de le prévenir, elle ne peut à elle seule créer toutes les conditions favorables à l'adoption de comportements de prévention.

D'autres interventions sont nécessaires, impliquant différents acteurs (associations, enseignants, professionnels de santé, élus, entreprises, etc.). Ces interventions peuvent aussi être d'ordre réglementaire, la communication pouvant alors contribuer à préparer et accompagner l'évolution de la réglementation.

Le tabagisme passif : une communication en trois actes

Premier acte de la communication

Une campagne en 2004 alertant pour la première fois sur le fait qu'un non-fumeur exposé régulièrement à la fumée de cigarette fume aussi. Deux spots TV illustrent la quantité de cigarettes inhalées par un non-fumeur lorsqu'il vit ou travaille en présence de fumeurs. L'objectif est d'inciter les fumeurs à respecter les non-fumeurs, mais aussi de faire prendre conscience aux non-fumeurs de la réalité du tabagisme passif.

Cette campagne, largement diffusée, et à plusieurs reprises entre 2004 et 2006, a eu un fort impact. Elle a également contribué à faire évoluer la perception de la fumée de cigarette qui, d'une gêne, est devenue un risque pour la santé des non-fumeurs.

Deuxième acte

L'accompagnement du décret du 15 novembre 2006 relatif à l'interdiction de fumer dans les lieux publics, avec différents temps de communication.

Tout d'abord, une campagne TV diffusée du 16 novembre au 6 décembre, dénonçant, plus précisément qu'en 2004, les risques du tabagisme passif pour les non-fumeurs. Cette campagne a permis de renforcer la perception positive de cette interdiction qui vise à protéger les non-fumeurs dans les lieux publics. Elle aide aussi les fumeurs réticents à mieux accepter cette future interdiction (71 %). Enfin, bien que n'étant pas un objectif direct, elle incite ou conforte 34 % des fumeurs à arrêter.

Pour inciter et aider les fumeurs à s'arrêter de fumer pendant la période des bonnes résolutions, une campagne de promotion du dispositif Tabac info service (TIS) a été diffusée du 26 décembre au 6 janvier à la radio, sur Internet et *via* l'envoi de 70 000 MMS. Tabac info service délivre, par téléphone et par Internet, des informations sur le tabac et le sevrage, et accompagne les démarches d'arrêt. Un volet d'information sur la loi a été ajouté en décembre pour répondre aux questions des professionnels et des particuliers sur les modalités d'application de l'interdiction prévue pour le 1er février 2007.

Une nouvelle campagne radio d'incitation à l'arrêt et de promotion de TIS a été diffusée du 8 au 25 février, déclinant l'axe suivant : « *Être dans un lieu non fumeur, c'est mieux pour arrêter de fumer* ».

En parallèle des communications grand public, des supports d'information ont été mis à la disposition des professionnels pour les accompagner dans la mise en place de l'interdiction : affichettes (près de 200 000 affichettes commandées par les entreprises, établissements scolaires et hospitaliers), dépliants (près d'un million d'exemplaires commandés), signalétique.

Un e-mailing et des insertions dans la presse professionnelle diffusés en janvier ont permis par ailleurs de mobiliser et de présenter aux professionnels de santé les ressources à leur disposition pour traiter la question du tabac avec leurs patients.

Les effets conjugués de la communication publicitaire, de la diffusion des supports d'information sur lesquels figurent les coordonnées de Tabac info service, mais aussi des articles et émissions sur l'entrée en vigueur de l'interdiction se sont notamment traduits par une progression constante du trafic vers TIS entre décembre 2006 et février 2007. La semaine du 1er février, avec plus de 4 600 appels traités, a ainsi représenté le plus fort volume d'appels jamais enregistré depuis l'ouverture du numéro. Plus de 60 % des appels sur la période concernaient l'arrêt de tabac, les autres ayant trait à la loi. Les connexions au site Tabac-info-service.fr ont également fortement augmenté, avec plus de 270 000 visites entre décembre 2006 et février 2007 et 4,6 millions de pages vues.

Le dernier acte

Le dernier acte sera la mise en œuvre d'une nouvelle communication pour accompagner la dernière phase d'application de l'interdiction de fumer dans les cafés, hôtels, restaurants, discothèques et casinos. Outre un nouveau spot TV sur les dangers du tabagisme passif, un nouveau dispositif d'incitation et d'aide à l'arrêt, s'appuyant sur Tabac info service, sera réalisé.

Les stades suivants vont mettre en jeu des processus comportementaux : adoption de comportements alternatifs (prise de substituts), recherche de support dans l'entourage, auto-récompense, rappels (substituts dans la voiture…).

Ce modèle explique pourquoi, contrairement à une croyance encore très répandue, la connaissance des risques et même des moyens d'y faire face ne suffit pas à modifier les comportements. Cela est particulièrement vrai s'agissant de comportements dont les plaisirs ou les avantages sont immédiats, les complications le plus souvent différées et qui, au stade d'addiction, privent la personne d'une grande part de sa liberté d'agir.

L'approche écologique

De nombreux travaux ont montré comment les contextes physique et social influencent la santé et les comportements individuels. L'approche écologique prend en compte à la fois les caractéristiques personnelles et les caractéristiques d'environnement qui vont favoriser ou entretenir les conduites de consommation à risque, ou au contraire aider les individus à maîtriser ces comportements. Ces caractéristiques, même si elles ne sont pas directement la cause d'un comportement, vont en quelque sorte « déterminer » son adoption. C'est ainsi que, s'agissant par exemple des conduites de consommation à risque des enfants et des adolescents, l'approche écologique prend en compte les déterminants qui suivent (Refips à paraître).

Les facteurs individuels

Certaines caractéristiques personnelles ont été identifiées comme favorisant les conduites de consommation à risque. Avoir une faible estime de soi, souffrir d'autodépréciation, être timide, présenter des réactions émotionnelles excessives, des difficultés à faire face aux événements, des difficultés à établir des relations stables et satisfaisantes et des difficultés à résoudre les problèmes sont au nombre de ces caractéristiques.

Les relations avec la famille

L'attitude des parents à l'égard de l'alcool et des substances psychoactives en général peut jouer un rôle incitateur et favoriser la survenue d'un abus ou d'une dépendance ultérieure. Le risque est corrélé au degré de disponibilité des substances psychoactives au sein du milieu familial, à l'importance des conduites d'usage chez les parents et dans la fratrie, ainsi qu'à la précocité de l'exposition de l'enfant à ces conduites. L'ambiance familiale et la survenue d'événements de vie familiaux difficiles (telle la séparation des parents) au moment de l'adolescence constituent aussi des facteurs de risque. La précocité de l'initiation et de la consommation apparaît comme le facteur le plus prédictif d'un abus ou d'une dépendance à la fin de l'adolescence.

Les relations avec les pairs

Les pairs jouent un rôle important dans l'initiation et la consommation de substances psychoactives. Par la suite, ils peuvent avoir un rôle renforçateur, dans la mesure où l'adolescent consommateur abusif de substances psychoactives a tendance à choisir des groupes au sein desquels circulent ces substances.

Les facteurs de société

La culture dominante, la pression à la surconsommation et les stéréotypes véhiculés par les médias peuvent constituer des facteurs de risque de consommation de substances psychoactives licites ou illicites.

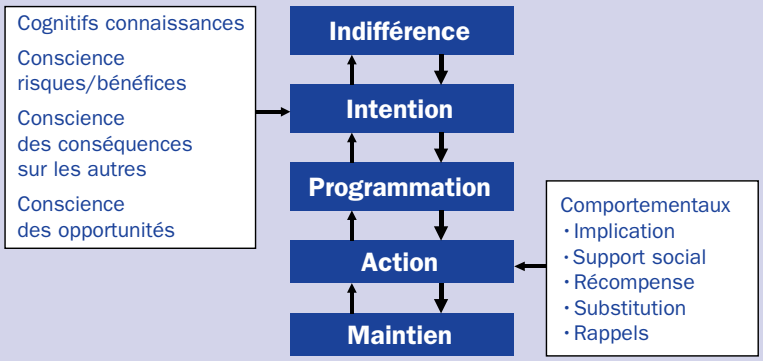
L'approche écologique (OMS, 2002) considère qu'à chaque niveau les facteurs peuvent être modifiés par un autre niveau. Ainsi, une évolution de la norme sociale peut faciliter, ou faire obstacle à l'adoption ou au maintien d'un comportement. Cette approche aide à élucider les facteurs qui interviennent à différents niveaux et à repérer ceux sur lesquels il est possible d'intervenir plutôt que de faire de l'individu l'unique cible d'intervention. Elle nous aide à comprendre pourquoi une action portant à la fois sur les éléments d'environnement qui favorisent un mode de consommation et sur la consolidation du potentiel des individus est plus prometteuse qu'une série d'efforts isolés s'adressant uniquement aux individus (figure 2).

De l'éducation pour la santé à la promotion de la santé, des principes d'action qui évoluent

L'éducation pour la santé se donne pour but de permettre à chacun d'acquérir les compétences nécessaires pour

figure 1

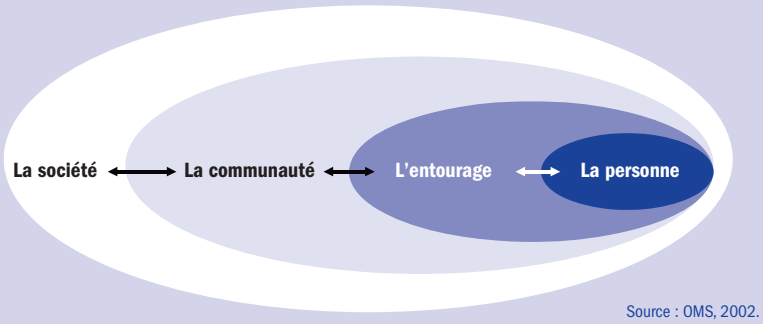
Modèle et processus de changement de comportements



D'après Prochaska et DiClemente, 1983.

figure 2

L'approche écologique



Source : OMS, 2002.

« Libre comme l'air » : un coffret d'éducation pour la santé et de prévention du tabagisme au collège

Une approche globale de la santé

« *Libre comme l'air* » est un coffret pédagogique destiné aux classes de collège. Il s'inscrit dans une perspective globale de promotion de la santé des adolescents et entend se construire à partir des préoccupations des jeunes eux-mêmes et de leur vie quotidienne, approche qui semble la plus pertinente au regard de la complexité des déterminants des comportements de santé. Cette volonté de partir du comportement des jeunes et de leurs préoccupations quotidiennes s'appuie sur plusieurs arguments.

- Le phénomène de dépendance à l'œuvre dans la consommation de substances psychoactives est de même nature, qu'il s'agisse du tabac, de l'alcool ou d'une autre « drogue ». Les comportements de dépendance ont globalement les mêmes caractéristiques cliniques et les mêmes mécanismes neurobiologiques. Il est donc important, en plus de transmettre des connaissances sur les produits, de travailler avec les jeunes sur les facteurs déclenchants de cette consommation [53].
- Les recherches mettent en avant l'importance de l'interaction entre le jeune et son environnement familial et social pour expliquer la rencontre avec une substance : le milieu d'origine, les pratiques culturelles, le réseau de sociabilité influencent le type de consommation en termes de produits. Développer chez les jeunes une certaine habileté sociale à gérer leur intégration dans l'environnement semble être un facteur de protection important (savoir résoudre un problème, savoir résister à l'influence sociale, avoir une pensée critique…).
- Enfin, il existe des facteurs individuels de vulnérabilité qui vont contribuer à l'amorce de ces comportements à risque. Tous les jeunes ne vont pas essayer toutes les drogues et, à consommation égale, deux personnes n'ont pas les mêmes risques de devenir dépendantes.

Il existe donc une multiplicité de déterminants environnementaux, sociaux, psychologiques et biologiques qui vont interférer dans la rencontre d'un individu avec un produit. L'approche globale semble ainsi être la plus à même de répondre à ce foisonnement de facteurs.

Une approche éducative

Le coffret « *Libre comme l'air* » cible la prévention du tabagisme et plus largement celle des dépendances, en apportant non seulement des connaissances sur ce sujet mais aussi en développant le savoir-être et le savoir-faire des élèves, ou ce que l'on appelle leurs compétences psychosociales, en référence aux travaux édités par l'Organisation mondiale de la santé en 1993. Elles recouvrent la capacité à se connaître, à gérer ses émotions, à communiquer, à résoudre un problème, à prendre des décisions, et à analyser les informations et les expériences de façon critique. Appliquées au champ de la promotion de la santé, ces compétences jouent un rôle déterminant. Il s'agit en effet de leur permettre de mieux comprendre la complexité de l'environnement dans lequel ils évoluent, et donc de mieux réagir aux exigences et aux pressions de la vie quotidienne, dans la relation à eux-mêmes et aux autres. Les leviers sur lesquels l'outil se propose d'agir sont les représentations, les attitudes et les compétences développées par les jeunes [43].

Une utilisation « à la carte »

La santé, telle qu'elle est ici approchée, est un aspect à considérer de façon transversale dans le collège, et dont tout le monde peut se saisir à condition de s'être familiarisé avec l'approche éducative de la promotion de la santé.

« *Libre comme l'air* » peut être à l'origine de la mise en place d'un projet d'établissement centré sur les dépendances, développé au niveau de l'ensemble du collège, regroupant plusieurs activités et s'échelonnant sur une année scolaire.

Il peut être utilisé de façon plus ponctuelle avec une seule classe pour approfondir un thème proposé. Néanmoins, dans une perspective d'éducation pour la santé, on privilégiera des actions sur le long terme.

Sept fiches d'animation sont proposées. Elles sont indépendantes et peuvent être utilisées isolément selon l'intérêt de l'animateur.

- Moi, ma bande et les autres : tabac et relations aux autres
- Assume tes choix : tabac, liberté individuelle et dépendance
- Citoyen, à tes marques ! : tabac, rapport à la loi et citoyenneté
- Des sous pour faire ce qu'il te plaît : le tabac et l'argent
- Le fumeur, il assure ? : tabac et représentations sociales
- Respirer dans un environnement sain : tabac et environnement
- Avoir du souffle pour s'éclater : tabac et souffle

Chaque coffret contient :

- 1 livret pédagogique présentant les objectifs, la méthodologie et le cadre d'utilisation du coffret
- 7 fiches d'animation
- 16 cartes de mise en situation
- 1 Cd-rom
- 2 affichettes
- 30 brochures élèves.

Coffret actualisé par l'INPES en 2007.

promouvoir sa santé et celle de la collectivité. Ces compétences sont non seulement d'être informé des risques et des moyens de s'en protéger ou d'être pris en charge en cas de problème grave, mais aussi de faire des choix d'abstinence ou de modes de consommation, et enfin d'être apte à réaliser ces choix (être capable d'arrêter de fumer ou de réguler sa consommation d'alcool…). La reconnaissance de l'influence de l'environnement sur les comportements a conduit à y ajouter des interventions qui vont viser à créer un environnement favorable à la mise en application des connaissances et des compétences acquises par les personnes ainsi qu'à l'adoption de comportements de santé. C'est ainsi que l'éducation pour la santé s'intègre désormais dans le champ plus large de la promotion de la santé.

Le concept de promotion de la santé a lui-même progressé, donnant lieu à des applications extrêmement concrètes. La philosophie de santé publique : « *Processus qui confère aux populations les moyens s'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci* » (charte d'Ottawa, 1986) a inspiré une démarche professionnelle : « *Ensemble de pratiques spécialisées visant le changement des comportements humains et des environnements sociaux liés à la santé* » (O'Neill, 1998). Cette démarche est particulièrement bien adaptée aux conduites de consommation à risque.

Des travaux récents ont identifié les différents types

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 83.

d'activités de promotion de la santé ainsi que les résultats que l'on pouvait en attendre à court ou à moyen terme (Promotion santé Suisse, 2005)[1]. Le modèle distingue quatre types d'activités qui seront illustrées par des exemples empruntés aux programmes de l'institut.

Le développement d'offres de promotion de la santé. Cette catégorie d'activités englobe la réalisation de prestations de promotion de la santé destinées tant à la population qu'à des professionnels, ainsi que la création d'infrastructures permettant d'offrir ces prestations.

Il peut s'agir d'activités aussi diverses que la réalisation et la mise à disposition des Baromètres santé, la diffusion d'outils professionnels (voir encadré « Libre comme l'air… »), l'appel à projets visant à doter chaque région d'un pôle régional de compétence en éducation pour la santé au service des professionnels et bénévoles, le dispositif de soutien et de diffusion du repérage précoce et de l'intervention brève auprès des buveurs à risque ou encore le soutien à une expérimentation de terrain visant à réduire les risques d'infection par le VHC.

La représentation d'intérêts, la collaboration entre organisations. Il s'agit ici d'activités de diffusion et d'ancrage de questions de promotion de la santé dans les organisations et leurs politiques. Ce type d'activités est développé grâce à des conventions de collaboration, par exemple les accords en préparation entre l'INPES et les groupements régionaux de santé publique (GRSP).

1. Outil de catégorisation des résultats des projets de promotion de la santé et de prévention accessible sur le site de l'INPES : http://www.inpes.sante.fr/

Promouvoir, initier et coordonner des actions de prévention du tabagisme et d'aide au sevrage tabagique en entreprise dans la région Limousin

En 2000, des entreprises ont fait appel aux partenaires de prévention des trois départements de la région Limousin pour amorcer des projets introduisant l'interdiction de fumer. Les partenaires, en collaboration avec les entreprises, ont donc construit une méthodologie de projet adaptée aux attentes des entreprises et accompagnant au mieux les salariés. En 2003, ils ont échangé leurs expériences en région. En 2004, grâce à l'impulsion du financement de l'INPES pour soutenir des projets de prévention cancer (tabac et alcool), et à la volonté des acteurs de terrain, a été mise en place une structuration régionale pour développer des actions de prévention et de sevrage du tabac.

À ce jour, elle regroupe : les Codes 23, 87 et 19, la CDPAA 87, les Ligues contre le cancer 19 et 23, les caisses primaires d'assurance maladie 23 et 87, le CIRDD du Limousin, le Centre d'aide au sevrage tabagique CMN MGEN 23, le Centre régional d'examens et de santé 87, le CHU de Limoges, la Mutualité française du Limousin.

Trois axes sont développés par l'ensemble de ces partenaires.

Axe 1 : Valoriser la structuration régionale

L'organisation d'une structuration régionale a été la première étape indispensable au bon fonctionnement du projet. Cette organisation est passée par des temps d'échanges pour :

- mettre en mouvement la coordination des acteurs ;
- organiser des rencontres et des échanges de pratiques entre les partenaires ;
- poursuivre la création et valider une charte d'intervention commune au sein des entreprises ;
- valider des protocoles, créer des outils communs, notamment dans le cadre de l'évaluation ;
- communiquer annuellement sur ses travaux auprès des instances régionales.

Pour rassembler tous les éléments de ces réflexions régulières, un ouvrage dénommé *Guide de prévention du tabagisme en entreprise de la région Limousin* a été élaboré en 2006. Cet outil destiné aux partenaires et aux entreprises évolue constamment suivant la conjoncture (constats du terrain, les nouvelles législations, le travail des partenaires sur de nouveaux outils tels que des tableaux de bords sur l'évaluation,…). Ainsi la version 2007 vient d'être éditée.

Axe 2 : Mener des actions de prévention et de sevrage dans les entreprises de la région

Les partenaires et les entreprises s'attachent à développer la méthodologie validée et décrite dans le guide dont les objectifs s'articulent autour de la mobilisation de l'entreprise, l'identification des attentes et des besoins, la diminution de 20 % du nombre de fumeurs et la diminution de 40 % de la quantité de tabac consommé. Le projet tient compte également de la protection du personnel en lien avec le tabagisme passif, de l'information en direction du personnel et de l'aide aux fumeurs qui souhaitent s'arrêter.

La méthodologie est ajustable à chaque entreprise en fonction du temps et de la progression du projet. En voici les grandes lignes :

- Communiquer, informer et mobiliser les instances de l'entreprise.
- Constituer un groupe de pilotage pour chaque entreprise.
- Faire un état des lieux de l'entreprise.
- Mener des actions d'information et de sensibilisation auprès de tous les salariés.
- Adapter les locaux, la signalétique et la réglementation de l'entreprise.
- Aider à l'arrêt du tabac les salariés qui le souhaitent.
- Évaluer l'action réalisée au sein de chaque entreprise.

Lors de ces quatre dernières années, les partenaires de la région sont intervenus dans des structures très diverses : entreprises privées, structures hospitalières, associations pour l'emploi de travailleurs handicapés,…

Cela représente 25 projets d'entreprises et concerne environ 12 000 salariés.

Axe 3 : Organiser des formations

Sur l'axe formation, les partenaires se sont concentrés sur deux actions :

- la première a été de former en interne à la gestion et à l'animation de groupes de motivation à l'arrêt du tabac ;
- la deuxième est de former les médecins du travail à la méthodologie afin qu'ils puissent au maximum mettre en place le projet en autonomie.

Ces projets ont permis aux entreprises d'ouvrir leurs portes aux acteurs de prévention. La thématique tabac a été le déclencheur d'actions dans ces entreprises, mais a souvent permis de faire des actions autour de la santé globale.

La mobilisation des réseaux autour de la thématique fixée par l'OMS le 31 mai 2007 : « Smokefree environnement », avec la fourniture des supports de communication nécessaires, en est un autre exemple.

La mobilisation sociale. À la différence des activités précédentes, ces activités ne concernent pas des organisations formelles, mais la population ou certains groupes de population bénéficiaires des activités de promotion de la santé. La campagne Toxicorps sur les manipulations de l'industrie du tabac, mais aussi l'organisation des états généraux de l'alcool sont des exemples de ce type d'activités.

Le développement de compétences personnelles. Ces activités s'adressent directement aux personnes. Elles comprennent des informations sur la santé, des conseils, l'apprentissage de compétences de vie relatives à la santé… L'INPES a développé un savoir-faire reconnu dans ce domaine. Le dispositif de communication visant à débanaliser la consommation de cannabis en diffusant des informations claires aux parents et aux jeunes sur les risques de consommation participait à cette catégorie d'activités.

Le plus souvent, les programmes développés par l'institut sont liés aux mesures législatives et réglementaires mises en œuvre par le ministère de la Santé et vont combiner plusieurs modalités d'intervention. C'est ainsi, par exemple, que le dispositif visant à aider les fumeurs à s'arrêter de fumer vient compléter les mesures relatives à la prévention du tabagisme passif et qu'il est décliné en quatre modalités complémentaires (voir encadré « Comment la communication peut-elle préparer et accompagner une mesure de santé publique ? ») : des campagnes de communication destinées à agir sur l'image du tabac et à inciter à l'arrêt, un service pour aider les fumeurs à s'arrêter, le soutien à des actions de proximité permettant d'agir en affinité avec le public (voir encadré « Promouvoir, initier et coordonner des actions de prévention du tabagisme et d'aide au sevrage tabagique en entreprise dans la région Limousin »), un suivi permettant d'étudier « en temps réel » l'état de l'opinion et la prévalence du tabagisme.

En perspective pour les années à venir

Les perspectives pour les années qui viennent sont de :

- développer l'expertise de l'institut, non seulement en continuant à fonder les activités sur les apports de la littérature scientifique et technique, sur la veille marketing et sur les évaluations, mais aussi en mettant à la disposition des autorités sanitaires, des professionnels et du public les éléments d'expertise sur les interventions efficaces ;
- mieux conjuguer les activités visant à développer les connaissances et les capacités individuelles avec la promotion d'environnements favorables, mieux articuler les campagnes de communication nationales avec les actions des intervenants de terrain ;
- renforcer les liens avec les institutions, organismes et associations concernées par les conduites de consommation à risque ;
- ajuster les activités à l'âge, aux habitudes de consommation, au stade d'usage et aux risques encourus : depuis la promotion d'interventions globales visant au développement des compétences chez les plus jeunes, en passant par des stratégies adaptées aux produits consommés et aux modes de consommation des différentes communautés de loisir, jusqu'au soutien aux interventions ciblées de réduction des risques chez les toxicomanes en incapacité de décrocher ;
- étudier systématiquement l'apport possible des nouvelles technologies de l'information dans la mise en œuvre de ces stratégies.

Actions de prévention de proximité en addictologie

Alain Rigaud
Psychiatre des hôpitaux, chef de service de l'Intersecteur d'alcoologie Reims, président de l'Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie

Les intervenants de prévention en addictologie privilégient une prévention de proximité permettant de répondre aux besoins spécifiques des populations en matière d'éducation à la santé.

En complémentarité et en collaboration avec les professionnels de santé, les professionnels éducatifs et sociaux ont en charge quatre objectifs :

- développer, dans une perspective d'éducation à la santé, une sensibilisation et des formations collectives relatives aux addictions ;
- assurer le relais entre les actions réglementaires et médiatiques nationales et régionales et les publics rencontrés sur le terrain ;
- renforcer les passerelles entre les acteurs sanitaires, sociaux et éducatifs qui concourent, chacun à leur niveau, à la sauvegarde de la santé ;
- réaliser des repérages ou interventions précoces, et soutenir, lorsqu'il y a lieu, les démarches d'accès aux soins.

Les différents acteurs en prévention

Dans les champs de l'éducation à la santé en général et de la prévention des conduites addictives en particulier, ces missions sont assurées sur le terrain par divers intervenants, principalement ceux des 110 comités régionaux et départementaux d'éducation pour la

santé (Cres-Codes) regroupés au sein de la Fédération nationale des comités d'éducation à la santé (Fnes) dans le cadre de leurs missions généralistes et ceux des acteurs associatifs spécialisés dans le cadre de leurs missions thématiques. C'est le cas notamment en addictologie pour les animateurs de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie (Anit) et de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa), qui sont le plus souvent adossés à une structure médico-sociale d'accueil, de soin et d'accompagnement spécialisés.

Les qualifications et compétences des intervenants mobilisés pour assurer des actions de prévention sont variées, du fait des méthodes et des outils, mais aussi du fait qu'entre prévention primaire, secondaire et tertiaire les frontières ne sont pas étanches et qu'il existe un continuum. Au cours d'une action de prévention se révèlent souvent des situations problématiques qui suscitent des demandes de conseil, d'orientation et même d'aide urgente. C'est également un besoin des travailleurs socio-éducatifs et des professionnels des services de santé au travail qui sont souvent seuls face aux problèmes d'alcool des personnes en situation de précarité et des salariés de l'entreprise. Plusieurs catégories professionnelles doivent donc (pouvoir) participer à la réalisation des actions de prévention sur la base de la complémentarité des compétences : non seulement les animateurs de prévention, les animateurs socio-éducatifs, les éducateurs spécialisés ou les conseillers en économie sociale et familiale, mais aussi les psychologues cliniciens, les infirmiers, ainsi que les médecins. L'intervention de ces derniers au cours des actions permet en effet d'établir une passerelle entre prévention et soins, et de développer des consultations avancées, favorisant ainsi l'accès aux soins. L'on passe ainsi de la prévention primaire à l'intervention précoce, de l'éducation à la santé à l'action médico-sociale.

Les actions de prévention : l'exemple de l'Anpaa

À titre d'illustration, nous présenterons les objectifs de l'Anpaa : développer dans tous les milieux, notamment auprès des publics vulnérables, et à tous les âges de la vie une stratégie globale de prévention des risques et des conséquences liés à la consommation d'alcool et participer, devant l'usage croissant d'autres substances psychoactives souvent liées à l'alcoolisation, à la prévention des autres toxicomanies. Il s'agit principalement de :

- réduire les risques d'inadaptation sociale inhérents aux phénomènes d'alcoolisation, chez les jeunes comme chez les adultes ;
- favoriser l'accès aux soins, au suivi thérapeutique et à la réinsertion à toute personne en difficulté avec l'alcool ;
- promouvoir la formation de groupes relais dans tous les milieux afin de permettre à chacun de s'approprier la démarche préventive ;
- créer les conditions juridiques et socio-économiques favorisant pour chacun l'autonomie, les possibilités d'expression et d'épanouissement grâce à une meilleure qualité de vie et de respect de l'individu ;
- jouer un rôle promoteur et novateur en alcoologie.

La prévention de proximité a pour but principal la prévention primaire. Elle propose des actions en milieu scolaire (école, collège, centre de formation des apprentis, lycée, université) en partenariat avec les différents acteurs de l'Éducation nationale, de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, en milieux professionnels : administrations, collectivités territoriales, entreprises privées, acteurs médico-psycho-sociaux, ou dans d'autres champs comme ceux des dispositifs sociaux (jeunes, précarité…), le milieu pénitentiaire, la sécurité routière… Ces actions, conduites par un ou plusieurs animateurs, les amènent ainsi à intervenir auprès de différents publics aux différentes étapes de leur parcours de vie dans divers milieux.

Pour assurer leurs interventions, les animateurs de prévention de l'Anpaa partent du constat que les messages délivrés autour d'une signature par les grandes campagnes nationales de prévention ont besoin, pour produire leurs effets, d'être relayés et explicités par un réel travail de terrain auprès du public pour lui permettre de se les approprier. Ils s'appuient sur différents outils de prévention, qu'ils choisissent en prenant en considération le contexte local, ou bien ils élaborent et développent des actions et des outils spécifiques au besoin du public concerné. À titre d'exemple, les actions en direction des jeunes – enfants, adolescents, jeunes adultes – font l'objet de discussions préalables afin d'établir une relation de confiance et de susciter l'adhésion, de préciser leurs attentes, leurs besoins, leurs motivations, et de définir avec eux le type d'action la plus adaptée. Quelle que soit l'ampleur de l'action, qu'il s'agisse de programmes éducatifs à caractère ludique, d'expositions, de réalisations de documents vidéo, de séances de théâtre interactif…, une problématique est prise en compte, des objectifs sont annoncés, des moyens mis en œuvre en privilégiant une approche pluridisciplinaire et donc partenariale, et une évaluation est réalisée.

Dans la pratique, les intervenants de l'Anpaa s'inscrivent dans une démarche éducative favorisant la réflexion et la participation actives plutôt que la seule transmission d'informations. La priorité est alors donnée aux démarches interactives en utilisant des supports pédagogiques de prévention qui permettent au public d'exprimer ses représentations et comportements en matière de substances psychoactives et de pratiques de consommation. Ces démarches peuvent prendre la forme de séances d'information et de sensibilisation, de débats, d'animations de groupe, d'activités ou de création d'événements.

Les actions de prévention peuvent aussi prendre la forme de démarches socio-éducatives qu'assurent les animateurs de rue intervenant auprès des milieux à

risque où la prévention passe par le développement des compétences psychosociales pour favoriser ou préserver l'intégration ou la réintégration dans la vie sociale. Elles s'appuient également sur le dispositif des consultations avancées (intervention précoce) dont l'objectif est de créer une passerelle entre les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) et les établissements et services qui reçoivent des jeunes, des personnes en situation de précarité et/ou sous main de justice en intervenant directement auprès d'eux ou en appui des acteurs non spécialisés de ces dispositifs. Les modalités d'intervention se situent alors entre « la prévention avancée » et les « consultations avancées », et opèrent donc à mi-chemin entre la prévention et le soin. Ces actions mobilisent plusieurs intervenants dont la complémentarité est favorisée par la culture commune qu'ils possèdent en addictologie.

Des intervenants en prévention confrontés aux évolutions réglementaires

Ces cadres et modalités de mise en œuvre de prévention en addictologie sont actuellement en train de se réordonner de par la mise en place des Csapa. Leur dénomination même leur en assigne la mission, dorénavant officiellement reconnue d'abord par le premier alinéa de l'article D. 3411-1 du décret du 14 mai 2007 qui les promeut et qui dispose que ces centres « *peuvent mettre en place des consultations de proximité en vue d'assurer le repérage précoce des usages nocifs* », ensuite par l'article D. 3411-8 qui stipule que « *les centres peuvent participer à des actions de prévention, de formation, de recherche en matière de pratiques addictives. Ils peuvent également les mettre en œuvre.* »

Si l'on peut se réjouir de constater la reconnaissance, par ces articles, du continuum entre la prévention et le soin, et plus précisément entre la prévention primaire « de proximité » et les « consultations de proximité », il nous semble que l'utilisation à trois reprises du terme « peuvent » introduit une dimension facultative, comme si la mise en œuvre d'actions de prévention restait en fin de compte une mission accessoire de second ordre. Certes, la prévention représentée par les consultations avancées pourra s'effectuer au moyen de la dotation médico-sociale, mais la prévention primaire de proximité, celle qui vise à prévenir à la fois les premières consommations de substances psychoactives, leurs risques et l'apparition des conduites addictives, restera suspendue à l'octroi de financements par les groupements régionaux de santé publique (GRSP). Nous y lisons donc à la fois le cloisonnement des financements et la dispersion de la notion de prévention qui vont continuer d'entretenir, tant sur le plan de la politique publique que sur celui territorial de sa mise en œuvre, un manque de lisibilité, d'organisation et de cohérence des missions, des actions et des acteurs[1].

1. Rigaud A. « Vers la reconnaissance et le financement de la prévention » dans ce numéro.

L'aide à distance en addictologie

Baptiste Cohen
Psychologue,
directeur du service téléphonique
Drogues alcool tabac info service

Ouvert en 1990 par les pouvoirs publics, Drogues info service avait pour fonction d'assurer un service d'accueil téléphonique pour l'information et la prévention en matière de consommation de drogues et toxicomanies. Depuis, sa mission a été étendue à l'ensemble des consommations de produits psychoactifs et son organisation a fait l'objet de plusieurs évolutions. Créé sous l'appellation de Drogues info service en 1990, il a changé de nom, en 2001, pour devenir Drogues alcool tabac info service, puis, en 2004, pour devenir accessible sous trois appellations différentes : Drogues info service, Écoute alcool et Écoute cannabis (les trois lignes étant gérées par la même équipe du groupement d'intérêt public Drogues alcool tabac info service). Cette évolution avait l'avantage de faire disparaître la confusion générée par l'existence de deux lignes téléphoniques concernant le tabac (Tabac info service et Drogues alcool tabac info service), mais elle avait l'inconvénient de générer une autre confusion en isolant le cannabis de l'ensemble des drogues. Depuis décembre 1999, le service est également accessible par Internet, sur le site de la MILDT www.drogues.gouv.fr, aux rubriques [vos questions – nos réponses], [adresses utiles] et [réponses aux questions les plus fréquentes].

Mais ce sont les appelants eux-mêmes et les chargés d'accueil téléphonique à leur écoute qui ont provoqué les principales évolutions du service. Initialement mis en place pour servir les causes de l'information et de la prévention, le service a été largement utilisé par un public qui en a attendu autre chose, notamment d'être écouté et aidé à explorer des situations singulières où sont souvent mêlées peurs irrationnelles et craintes légitimes, envie de trouver des solutions et peur de changer de comportement, besoin d'information et besoin de se comprendre soi-même, envie de changer l'autre et difficulté à se changer soi-même… Les drogues, les comportements à risque, les dépendances sont toujours très intriqués avec les crises familiales, les crises de croissance, les histoires personnelles compliquées, les difficultés à dialoguer, à parler comme à entendre, les craintes devant les incertitudes de l'avenir, les regrets devant les hésitations du passé.

Au téléphone ou devant leur écran, ceux qui cherchent à nous joindre ne connaissent pas les situations où, comme

dans les séries télévisées, quelques mots suffisent à se faire comprendre ou à changer un destin. Dans la vie, tout prend du temps, surtout quand elle est un peu plus difficile que d'habitude. Le même phénomène s'observe au téléphone. En matière de prévention, le rôle des services téléphoniques ou sur Internet ne permet pas de régler à distance les moteurs individuels du changement, comme on ferait de la maintenance à distance, avec un ordinateur. Au téléphone, il nous faut prendre en compte ce que la personne apporte, au moment où elle l'apporte, essayer de la comprendre, en tout cas de l'entendre, chercher avec elle le sens à donner à sa démarche, trouver qui peut l'aider, avec qui en parler.

L'accueil téléphonique ne peut plus être considéré comme un simple outil de communication facilitant la transmission de messages et de coordonnées de centres spécialisés. L'accueil téléphonique et aujourd'hui les services sur Internet constituent un pôle de ressources, accessible à échelle nationale et proposant des services d'aide à distance dans les différents domaines de l'addictologie. Et bien que rattachées à des établissements différents, les lignes Tabac info service, gérées par l'INPES, ou celles gérées par Datis participent de cette même logique. Elles mettent à disposition du public, par téléphone ou sur l'Internet, un ensemble de ressources, à la fois humaines et documentaires lui permettant de faire face aux difficultés ou aux interrogations singulières concernant, le plus souvent, ses propres consommations ou celles d'un proche. Sur les lignes de Datis, plus de 80 % des appels concernent directement l'usage de l'appelant (40 %) ou celui d'un tiers (40 %).

Dans le domaine de la prévention, l'accueil téléphonique joue un rôle très différent et complémentaire de celui des campagnes qui énoncent des messages destinés au grand public. L'accueil téléphonique est sollicité lorsqu'un appelant compose son numéro, c'est-à-dire toujours à partir d'une démarche individuelle. Si, le plus souvent, c'est par une demande d'information que l'appel est motivé, le plus souvent aussi, c'est l'écoute et l'échange qui apportent aux appelants leur principal motif de satisfaction[2].

Toujours sur le registre de la prévention, il faut aussi souligner le rôle très particulier que joue l'accueil téléphonique auprès de l'entourage et des parents des consommateurs. Alors qu'ils appellent souvent avec l'intention d'aider, voire de « faire soigner » un de leurs enfants (48 % des appelants de l'entourage sont des parents, dont 80 % de mères), les parents découvrent assez souvent, grâce à l'échange et à une réflexion médiatisée, qu'ils peuvent se faire aider à comprendre les situations familiales qu'ils connaissent. Avec les parents, les professionnels à leur écoute jouent un rôle de « médiateur » même s'ils ne sont pas en contact avec les jeunes concernés. La médiation est rendue possible par la parole et par le dialogue. L'écoutant est un tiers qui aide à recentrer l'appel sur l'appelant lui-même plus que sur l'autre tiers (le jeune) pour qui le parent appelle. Le parent appelle un tiers pour un tiers et, en étant aidé à parler de lui, c'est-à-dire en étant écouté, se met à parler en son nom et non plus au nom d'un tiers… dont il aimerait modifier le comportement. Ici, le rôle du service téléphonique n'est pas de transmettre un message mais, à distance, de renforcer la capacité d'une personne à entendre ceux que lui adressent ses proches. La prévention suppose une réelle capacité de communication et le rôle des professionnels de l'accueil, au téléphone ou sur Internet, peut justement être de renforcer cette capacité, en commençant par celui ou celle qui nous sollicite.

Au-delà de l'expérience interpersonnelle, l'accueil téléphonique est ainsi devenu un nouvel outil de l'action publique et des politiques publiques dans les domaines où l'on sait que les individus peuvent avoir besoin d'être aidés, dans leur intérêt comme dans celui de la société. Dans le domaine de l'addictologie, les enjeux individuels et sociétaux sont considérables et les outils d'aide à distance peuvent apporter une contribution non négligeable à la réalisation de politiques publiques modernes, centrées sur l'efficacité, mais aussi sur la participation du public et des personnes concernées. L'aide à distance associe toujours et directement ceux qui la sollicitent. Elle favorise la mobilisation du public et des usagers eux-mêmes, elle facilite l'implication individuelle et la responsabilisation de chacun des appelants, elle offre un service ciblant particulièrement les jeunes, même par l'intermédiaire de leur entourage, elle fait le lien entre comportements à risque et conséquences sanitaires, sociales et psychiques, elle contribue à la prévention de ces comportements, elle met en œuvre des principes de protection des jeunes et de précocité de l'action, principes désormais inscrits dans le Code de la santé publique[3].

Bien au-delà d'un dispositif de communication, la téléphonie sociale appliquée à la santé publique et plus généralement les outils d'aide à distance correspondent à la fois à une attente légitime du public (avoir un accès simplifié à des ressources de qualité) et à une orientation forte de l'action publique qui vise à développer des services ne relevant pas seulement de l'expertise mais d'une approche globale et transversale des questions de santé publique. Mais soulignons que, même en empruntant les nouvelles « autoroutes de la communication » que sont les nouvelles technologies de la communication, les chemins de la prévention ne cesseront d'être parsemés de paradoxes et d'ambiguïtés. En effet, au moment où l'on se rend compte de l'intérêt de l'Internet comme outil de prévention, on réalise qu'il peut être le support de nouvelles formes d'addiction. La prévention reste, encore et toujours, un véritable défi.

2. Enquête INPES-BVA auprès de 998 appelants de cinq services de téléphonie sociale (Tabac info service, Fil santé jeunes, Sida info service, Cancer info service, Drogues alcool tabac info service) entre le 17 novembre 2004 et le 2 février 2005.

3. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (1), NOR : SANX0300055.

Le travail, un lieu où apprendre à gérer ensemble la réalité alcool

Jean-François Vallette
Directeur Aides alcool, Lyon
Pascale Gayrard
Médecin de santé publique, consultante

Intervenir sur les risques liés à l'alcoolisation au travail a un sens : l'alcool y est présent, il y apporte, comme ailleurs, de la convivialité et du lien en même temps que des problèmes. Quand ceux-ci prennent trop de place, une demande s'exprime.

Il est heureux qu'elle puisse être saisie pour engager une démarche globale associant prévention, management et aide où tous les acteurs soient parties prenantes et où une réflexion collective tenant compte des spécificités du milieu de travail permette de définir la place à donner à la consommation d'alcool et de s'entendre sur la façon de nommer et de gérer ses risques.

La place de l'alcool au travail

La place de l'alcool en milieu du travail est le reflet de celle qu'il occupe dans la société. Il y est consommé :

- *souvent pour le plaisir.* Dans la plupart des milieux de travail, de l'alcool est consommé collectivement de façon conviviale à l'occasion de l'arrivée ou du départ d'un salarié, d'événements familiaux, de l'aboutissement d'un projet, lors de repas de travail, voire plus régulièrement à la pause du matin ou avant de se quitter pour le week-end. Les effets euphorisants et désinhibiteurs de l'alcool renforcent sa place symbolique de produit associé « à tout ce qui se fête ». Au-delà des rituels, l'alcool est aussi consommé simplement pour le plaisir ;
- *parfois pour résister.* La consommation d'alcool (comme celle d'autres produits psychoactifs) peut également constituer une réponse efficace à des souffrances engendrées par le travail. Une alcoolémie même faible, mais plus ou moins constante, permet de résister plus facilement à des contraintes physiques comme le bruit, la chaleur, ou des contraintes liées à la pression de la chaîne, la surcharge de travail ou l'ennui, les incohérences de management, la confrontation à des situations humaines difficiles ou encore l'inquiétude face à la précarisation du travail… La psychodynamique du travail conçoit l'alcoolisation comme un « symptôme », l'expression d'une défense psychique inconsciente qui permet à des collectifs de « tenir » dans des contextes où la peur, la souffrance et ses causes ont besoin d'être mises à distance.

En milieu de travail, si dans un premier temps l'alcool répond bien aux attentes en renforçant le lien social et en apaisant les difficultés, il arrive souvent un moment où sa consommation va poser des problèmes :

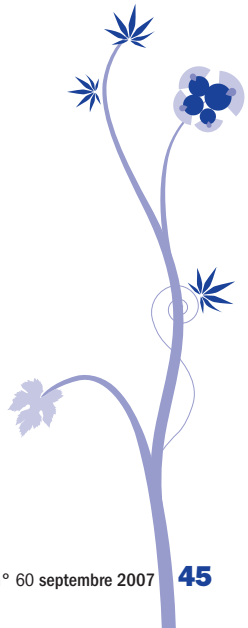
- un cariste va provoquer un accident grave ;
- une bagarre va exploser dans un atelier ;
- plusieurs salariés vont présenter des problèmes de comportement au travail ;
- la qualité des relations va se dégrader, celle du travail aussi ;
- un pot va mal se finir…

La demande de prévention et son traitement

Ces problèmes vont enclencher un malaise et une demande vers des organismes spécialisés comme Aides alcool. Elle s'exprimera souvent sur un point précis et avec l'espoir que le problème pourra vite être réglé : « *Avez-vous des affiches ? Nous voudrions lutter contre l'alcoolisme au sein de notre entreprise ; nous avons plusieurs cas de personnes alcooliques, nous voudrions les faire soigner ; un salarié a eu un accident de la route très grave, nous voudrions refaire le règlement intérieur, notamment pour l'organisation des pots.* »

À partir de cette demande, l'organisme intervenant va aider les interlocuteurs à resituer leurs difficultés dans une problématique plus large et plus nuancée et à envisager les différentes dimensions liées à la consommation d'alcool au travail.

- *La sécurité*. Une consommation banale (à 0,3 g/litre de sang) altère le potentiel psychosensoriel et, par la levée d'inhibition, peut générer des prises de risques. De fait, ce ne sont pas les alcoolodépendants qui sont la cause de la majorité des accidents du travail et de la route du fait d'une alcoolisation.
- *La santé*. Une consommation quotidienne, sur de nombreuses années, de plus de trois verres pour les hommes et de deux verres pour les femmes augmente le risque d'atteintes somatiques du fait de la toxicité de l'alcool.
- *La responsabilité pénale et managériale*. Le Code du travail et la jurisprudence sont de moins en moins laxistes. Ils exigent que les manageurs tiennent compte des besoins des salariés pour définir les consignes de travail. La mise en cause judiciaire de la hiérarchie suite à un accident mortel est de plus en plus courante. Le fait qu'un salarié transgresse la règle peut être interprété comme le signe d'une difficulté à faire son travail.
- *La responsabilité sociale.* Sans devenir un hôpital où un centre social, on attend de l'entreprise qu'elle puisse prendre en compte positivement la vulnérabilité psychosociale des salariés qui ont développé avec l'alcool une conduite addictive. Et qu'elle leur permette de garder leur place dans la communauté de travail, tout en en respectant les règles, les exigences de production et de qualité du travail.
- *La convivialité.* L'alcool est le produit associé à la fête, aux rituels des événements importants dans l'entreprise. Mais, sous l'effet de l'alcool, ces événements



vont parfois dégénérer ou être à l'origine d'accidents. Les salariés alcoolodépendants remettent aussi en cause ce rapport festif avec l'alcool.

● *Un contexte culturel « alcoolophile et alcoolophobe » à la fois.*

Au total, tout comme le corps social, l'entreprise a tendance à « adorer l'alcool et détester les alcooliques ». Ce qui revient à sous-évaluer les risques associés à des alcoolisations socialement perçues comme « normales ». Et aussi à rejeter le salarié lorsqu'il est devenu dépendant au produit. Cette mauvaise évaluation amène bien souvent collègues ou hiérarchie de proximité à ne pas comprendre ce qui se passe et à tolérer et couvrir les dysfonctionnements les plus flagrants. Et puis, brutalement, lorsque la situation devient trop dégradée (notamment lors de décompensations psychosomatiques ou lors de ruptures psychosociales), à faire du chantage au soin ou menacer d'exclusion à très court terme. On ne dit rien pendant très longtemps, alors que la personne aurait encore les moyens de réagir. Puis on la persécute lorsqu'elle est devenue dépendante, alors que son état psychosocial et somatique ne lui laisse que très peu de ressources pour opérer un changement bénéfique…

La démarche proposée[1]

Compte tenu des différentes dimensions des comportements d'alcoolisation au travail, toutes les approches consistant à se focaliser sur le seul produit (« *on va informer des dangers de ce produit et les problèmes disparaîtront* ») ou sur les seuls alcoolodépendants (« *on va les forcer à se soigner et nous pourrons, nous les "bien buvants" continuer à ne pas respecter les règles et à régler les dysfonctionnements grâce à l'alcool* ») relèvent de la méthode Coué. Les modèles « classiques » de la prévention sanitaire (informer sur les seuls problèmes, individualiser les comportements pathologiques, surinvestir sur le contrôle et le répressif) ne sont pas satisfaisants.

Alors, comment faire pour prévenir les problèmes et mieux gérer les risques ?

Engager une prise de conscience collective pour que la question de l'alcool concerne à terme tout le monde et faire accepter que l'on est face à une réalité complexe qui ne pourra être traitée que dans la durée en tenant compte de :

● l'intérêt des salariés (droit à un certain épanouissement au travail) ;

● l'intérêt de l'employeur (qualité du travail et respect de la loi) ;

● la culture singulière du collectif de travail ;

● la nécessité de débloquer du temps et des moyens pour engager un travail collectif en profondeur ;

● la place spécifique de chaque acteur pour travailler en bonne intelligence (pour éviter que les encadrants jouent aux travailleurs sociaux, que les médecins posent la loi…) ;

● et des contraintes de l'environnement.

Pour cela, une rencontre direction, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et personnel médico-social est proposée, puis un groupe ressource représentatif des acteurs directement en charge de la problématique alcool est constitué. Membres de l'équipe de direction, responsables sécurité, communication, formation, membres du pôle médico-social, représentants du CHSCT, membres de la hiérarchie de différents niveaux, salariés *a priori* n'ayant pas de comptes à régler vis-à-vis de l'alcool vont se mettre autour de la table sans trop de préjugés et rechercher le plus petit commun dénominateur afin de fonder une politique se traduisant par un texte indiquant des constats relativement consensuels, quelques grands objectifs articulés à des valeurs et un début de stratégie.

Après une formation brève en addictologie et à la méthodologie de projet d'action, ce groupe va impulser l'ouverture de trois chantiers.

● Celui de la prévention, qui aura pour but de faire évoluer les représentations afin de gagner en connaissances, en comportements adaptés par rapport à des enjeux de recherche de plaisir, de sécurité, de santé et de responsabilité. Mais aussi visera à travailler sur l'ensemble des facteurs de risques générés par l'entreprise elle-même (dysfonctionnements, mauvaises conditions de travail, problèmes d'organisation, de management, de communication, etc.).

● Celui du management dans le triple objectif que le collectif de travail :

◆ Ait des règles respectueuses de la jurisprudence, applicable à tous (y compris à la direction et à l'ensemble de la hiérarchie, car l'exemplarité est la condition *sine qua non* pour atteindre un minimum de cohérence).

◆ Qu'il se donne les moyens de les faire appliquer en étant attentif aux besoins des salariés (qualité de l'accompagnement managérial, adaptation du poste, respect, valorisation du travail, épanouissement professionnel optimal). Besoins qui, s'ils n'étaient pas satisfaits, risqueraient de mettre les salariés en situation de transgression des règles ou/et de souffrance psychique.

◆ Qu'il fasse en sorte que si les règles sont transgressées, une réponse immédiate et progressive soit mise en œuvre (rappel de la règle, aide aux difficultés de travail, accompagnement managérial et, lorsque l'on entre dans une chronicité, sanctions progressives justes et explicitées accompagnées d'une proposition d'aide médico-sociale).

● Enfin, le chantier de l'aide et de l'accompagnement afin de définir un protocole et un réseau permettant à tout salarié en difficulté de trouver une réponse adaptée à la singularité de son besoin dans le but de retrouver un équilibre personnel satisfaisant qui lui permette de préserver sa place dans l'entreprise.

Cette politique énoncée, il est essentiel que ces trois objectifs d'action (prévention–management–aide

1. Cf. l'ouvrage : *Gérer le risque alcool au travail*, J.P. Jeannin, avec la collaboration de J.F. Vallette et C. Harzo, Chronique sociale. 2003.

et soins) soient traités de façon distincte afin d'éviter les confusions de rôles. La hiérarchie est responsable du travail à fournir sur le volet du management (règles, protocole de gestion des crises, formation des personnels encadrants, etc.). Le CHSCT va animer le projet de la prévention, notamment en suscitant un groupe de prévention (qui peut s'élargir à moyen terme aux autres enjeux de la sécurité, de la santé et des conditions de travail). Le pôle médico-social est en charge de la structuration d'un réseau d'aide externe et interne à l'entreprise pour accompagner les salariés en difficulté.

Un comité de pilotage bien souvent issu du groupe ressource est utile pour assurer la cohérence d'ensemble et le suivi de la démarche. Une cellule de conseil et de soutien aux encadrants avec quelques cadres formés peut également être instituée pour porter assistance à des pairs en difficulté dans l'application du protocole de management.

Avec du recul

Travailler sur la prévention, le management et l'accompagnement, s'assurer que chacun joue son rôle et se donner du temps sont les conditions de réussite des démarches de prévention des risques de l'alcoolisation au travail. Cela permet de toucher à la culture sans créer des mécanismes de rejet, d'appréhender la complexité de la relation singulière de chacun avec le produit dans un climat de communication favorable et de responsabilisation de tous, et d'interroger progressivement le collectif de travail sur les facteurs de risques.

Si les résultats des interventions réalisées auprès d'entreprises et d'administrations sont rarement quantifiés, ils sont néanmoins tangibles : tel médecin du travail dit que les salariés se confient bien plus aisément dans la visite médicale sur cette question, tel directeur des ressources humaines assure que, depuis que la règle existe et qu'un protocole de management est défini, l'intervention sur les problèmes de comportements est plus aisée et débouche plus vite sur une proposition d'aide… Le meilleur indice se trouve peut-être dans la durée des démarches, dans la motivation que les collectifs de travail ont à poursuivre la formation de leurs salariés et à interroger parfois leur fonctionnement et les conditions de travail. En résumé, à transformer parfois la démarche alcoologique en une démarche plus globale de santé au travail.

Conduites addictives et milieu professionnel

Michel Massacret
Chargé de mission Prévention ; Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)

Les consommations de produits psychoactifs, et leurs conséquences sur les personnes et le milieu professionnel, sont encore bien souvent insuffisamment prises en compte au sein de l'entreprise, quels que soient leur statut et leur taille. La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) a réuni à partir de mai 2005 un groupe de travail, composé d'experts et de représentants d'organisations de médecine du travail, qui a procédé pendant un an à l'audition des acteurs concernés : représentants du monde patronal, syndical et médical. Cette commission a remis un ensemble de recommandations, afin d'offrir un cadre légal, réglementaire et éthique, à la « gestion » des conduites addictives en milieu professionnel. Parmi les principales orientations préconisées :

- Poser comme préalable que la connaissance par l'entreprise de pratiques addictives ne doit en aucun cas constituer un prétexte à la stigmatisation, à la discrimination ou à la sanction, mais favoriser au contraire une politique de prévention, d'accompagnement et de protection du personnel et de l'entreprise.
- Lever le déni et approfondir les connaissances sur la question des conduites addictives en milieu professionnel. Au vu de l'insuffisance de statistiques générales et de savoirs scientifiquement fondés sur l'imputabilité de certains troubles et dysfonctionnements aux conduites de consommation, des études doivent être menées sur ces questions. Les connaissances ainsi acquises pourront être alors intégrées au mieux dans le pilotage et la gestion des ressources humaines.
- Considérer les conduites addictives comme une composante de la problématique santé/sécurité. Pour un salarié qui occupe ou sollicite notamment un poste de sécurité ou à risque, il est indispensable que soient prises en compte d'éventuelles consommations de drogues et que les conduites addictives soient évaluées. En ce sens, la commission préconise que soient listés et « critériés » ces postes de sécurité, la nature des capacités nécessaires ainsi que leurs modalités d'évaluation. Des balises devront être déterminées, afin de fonder la décision d'aptitude médicale au travail. En cas d'inaptitude, le dispositif de recours à des mesures individuelles de reclassement, d'adaptation de poste, de mutation, etc., devra être renforcé.
- Définir et élargir le rôle et les fonctions du médecin du travail : protection de la santé des salariés, repérage des conduites addictives, appréciation de l'aptitude médicale, orientation du salarié vers les structures de soins… Une réflexion devra être engagée sur les limites de son champ d'action, notamment en matière de contrôle et d'expertise, là où il pourrait être fait appel à des compétences extérieures.
- Encadrer la pratique du dépistage. Le dépistage, dont la réalisation est confiée aux seuls médecins du travail, doit s'appliquer exclusivement aux catégories professionnelles exerçant des fonctions comportant des

risques pour la sécurité et la santé de soi ou d'autrui, désignées par un texte officiel de la Direction générale du travail, ou recensées par des accords contractuels au sein des entreprises ou des branches. La commission distingue les différentes modalités de dépistage, qui devront être inscrites au règlement intérieur, et insiste sur le fait que le dépistage « sauvage » ne saurait prendre place dans le fonctionnement de l'entreprise. La commission insiste également sur la nécessité d'optimiser le dispositif des tests cliniques, biologiques et psychotechniques.

- Construire dans l'entreprise une politique de prévention qui ne se limite pas à une vigilance particulière portée sur les seuls postes à risque. Celle-ci n'est pas dévolue au seul médecin du travail et la prévention des conduites addictives devra, par exemple, être inscrite comme objectif du CHSCT dans les entreprises qui en sont pourvues. Ces actions de prévention doivent dépasser les seules problématiques de santé liées aux activités de l'entreprise et aux risques professionnels, pour porter également les messages de santé publique, tels ceux ciblés sur les conséquences des pratiques addictives.
- Modifier le Code du travail et le Code de la santé, pour que soient cadrées et articulées les responsabilités de chacun : salariés, médecins du travail, employeurs. La place et le rôle de chacun des acteurs devront faire l'objet d'une clarification juridique.

Un diaporama ouvert pour la formation et la prévention dans les écoles de police

Depuis l'an dernier, correspondant à la 211e promotion, sont inscrites au programme habituel de la formation des élèves gardiens de la paix des séances de présentation des « professionnels de soutien », et certaines informations spécifiques en santé. Rappelons que leur formation dure un an, et touche 7 000 à 8 000 élèves répartis en 14 écoles sur tout le territoire.

Les « professionnels de soutien » sont des assistantes sociales, des psychologues et des médecins de prévention (équivalent des médecins du travail dans le privé) qui se relaient auprès des fonctionnaires pour leur permettre d'anticiper ou de faire face à leurs difficultés de vie professionnelle et parfois de vie privée. En effet, les policiers, surtout lorsqu'ils sont jeunes, sont soumis à de fortes sollicitations, à des charges physiques, psychiques, mentales lourdes, et ont besoin d'être accompagnés.

Ces intervenants se présentent donc dès l'école, et insistent sur certains points *a priori* utiles, pour les hommes et femmes de 20 ans, futurs gardiens de la paix.

Les médecins de prévention ont choisi de parler des conduites addictives, avec un objectif de formation professionnelle et de prévention à titre personnel.

En parallèle aux cours traditionnels sur les drogues, effectués par des spécialistes du ministère de l'Intérieur, un diaporama a été élaboré, résolument axé sur une réflexion sur « les comportements », avec en illustration la palette des substances psychoactives licites ou illicites disponibles en France.

Lors de la conception de ce support, l'objectif était bien d'amener le futur gardien de la paix à envisager l'usage de la « drogue » dans une perspective globale. Les définitions des substances psychoactives, les différentes modalités d'usage sont ainsi proposées. Les facteurs d'environnement et individuel (dont les facteurs de protection) sont expliqués. Le médecin qui passe le diaporama a toute latitude pour insister sur certains aspects, en fonction des réactions ou des demandes de la salle. Les médecins de prévention sont d'ailleurs préparés, formés à l'utilisation de ce diaporama, les mettant eux-mêmes en situation de pouvoir comprendre les enjeux et utiliser ce support dans de bonnes conditions.

Les premières diapos s'éloignent délibérément des mots « drogue et drogué » et permettent d'appréhender l'usage de substances psychoactives sous un jour global (évitant les désignations hâtives, travaillant sur les présupposés). Ce trouble du comportement, incluant d'ailleurs les addictions sans produit, est expliqué, puis le médecin choisit dans la palette des diapos restantes qui couvrent l'ensemble des produits celles qui lui paraissent les plus adaptées aux besoins. Il est particulièrement intéressant de faire valoir une vision de l'histoire individuelle des usagers, en parallèle au respect de la loi.

À l'évidence, cette introduction d'une vision non uniquement répressive de la personne consommatrice de produits illicites ou d'alcool, ouverte sur la compréhension des comportements individuels, est précieuse. Il faudra évaluer si elle modifie les attitudes ou les réflexes des policiers, en particulier dans les gardes à vue des personnes interpellées.

On peut espérer aussi, de façon non annexe, que les liens avec les professionnels de soutien en sortent renforcés, et que les fonctionnaires sauront mieux et davantage faire appel aux médecins ou aux psychologues, en particulier lorsqu'ils seront confrontés à un usage nocif ou à une dépendance.

Pierre Poloméni

L'intervention précoce : pourquoi et comment ?

Jean-Pierre Couteron
Psychologue clinicien, président de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie (Anit)
Jean-Jacques Santucci
Psychologue clinicien, directeur de l'Association méditerranéenne de prévention et de traitement des addictions (Ampta)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

À peu près à la même époque, les travaux de Klingemann et Sobell[4] ont mis en valeur l'importance des rémissions spontanées, et ce pour tous les produits et tous les âges. Nombre d'usagers ont modifié leur comportement, reprenant le contrôle de leur usage. En montrant combien ce changement se construit tout au long d'un trajet influencé par les représentations sociales de l'usage (plus ou moins stigmatisantes), par une offre de soins existante (plus ou moins adaptée et accessible), dans des contextes environnementaux et de ressources personnelles plus ou moins favorables, ils ont participé à relancer la réflexion sur les politiques publiques.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ce travail, pour être suivi d'effets, doit être soutenu par l'ensemble de l'institution (école, foyer…) où il se déroule.

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

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

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

Le schéma d'intervention

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le spécialiste doit savoir écouter avant d'intervenir et

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'obstacle que constitue la dépendance, en ce qu'elle contraint le sujet à persister dans un comportement d'usage, n'est pas encore érigé en un symptôme auquel le sujet tient et dont il serait psychiquement trop coûteux de se défaire. Cette moindre prégnance de la magie chimique rend moins inaccessible l'idée d'y renoncer.

Conclusion

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ces interventions brèves ont fait la preuve de leur efficacité — constatée par une baisse moyenne de la consommation d'alcool — à court et à moyen termes (entre 6 mois et 5 ans), à l'étranger comme en France. Ces interventions brèves reposent sur les composantes suivantes : s'adresser aux buveurs excessifs et viser en priorité la réduction de la consommation d'alcool, et non pas l'abstinence ; leur faire percevoir les bonnes raisons et les bénéfices de modifier leur comportement de consommation ; fonder l'attitude sur l'empathie, l'absence de jugement et sur le respect de la responsabilité du consommateur vis-à-vis de son comportement. Sur un plan économique, les études réalisées font apparaître que le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) présentent un bon rapport coût/efficacité et que leur coût est compensé par les gains potentiels de réduction des coûts médicaux liés à la réduction des dommages alcoolo-induits.

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

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

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

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

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

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

D'autres fois, par contre, lorsque la consommation a pour fonction de calmer, d'apaiser une profonde douleur psychique, plusieurs mois peuvent s'avérer nécessaires pour que le changement s'opère et soit durable. C'est pour cette raison qu'il est important que ces interventions soient faites avec ou en lien avec des soignants à même de relayer les demandes de soins.

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

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

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

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

Après un premier bilan d'expériences variées dans différentes régions (Aquitaine, Bourgogne, Bretagne, Champagne-Ardenne, Ile-de-France et Rhône-Alpes[1]), la Direction générale de la santé a mis en place, en 2006[2], une stratégie de diffusion nationale du RPIB en matière d'alcool auprès des médecins généralistes, avec un financement spécifique dans cinq régions volontaires (Aquitaine, Bretagne, Centre, Ile-de-France et Midi-Pyrénées). Les formations des médecins généralistes se font soit en soirée, par un binôme médecin généraliste/alcoologue, soit sous la forme d'une visite au cabinet du médecin généraliste par un médecin addictologue (visite confraternelle – Aquitaine — resapsad@wanadoo.fr), une animatrice de prévention (Bretagne – comite29@anpaa.asso.fr), ou par une déléguée santé prévention (Aquitaine – reseau.agir33@wanadoo.fr). Ces formations peuvent, dans certains cas, entrer dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) avec acquisition de crédits, comme dans le cadre du projet porté par le département EPP-FMC du groupe Huveaux-France[3] cofinancé par l'Institut national du cancer et la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Intervention précoce à partir des « consultations jeunes consommateurs »

Jean-Pierre Couteron
Psychologue clinicien, président de l'Association nationale des intervenants en toxicomanie (Anit)
Jean-Jacques Santucci
Psychologue clinicien, directeur de l'Association méditerranéenne de prévention et de traitement des addictions (Ampta)

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

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

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

Dans un premier temps : former des adultes référents

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

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

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

Dans un second temps : intervenir auprès des jeunes consommateurs

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

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

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

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

viser une prise de conscience et une responsabilisation de ces jeunes par rapport à leurs consommations. L'objectif étant de générer, au minimum, une « gestion » de leurs usages de façon à ce qu'ils ne causent pas trop de dommages, au plus, qu'ils cessent de consommer. En tout état de cause, cette intervention, à partir du moment où elle signifie que le problème posé par la « consommation » est pris en compte, a toujours un effet pacifiant sur le fonctionnement de la structure ainsi que sur les conduites des jeunes.

Ceux-ci « entendent » qu'ils ne sont pas passés inaperçus et que quelque chose peut être dit de ce qu'ils font et montrent. Ils ont trouvé une adresse à leurs questionnements.

L'intervention auprès des jeunes est dans un premier temps collective et consiste à leur permettre de mettre en mots leurs expériences, là encore sans jugement ni prise de position. C'est la condition de l'instauration d'un climat de confiance.

Ce n'est que dans un deuxième temps que des éléments d'un discours préventif peuvent intervenir, sous la forme d'un questionnement des « évidences », leurs évidences : « *Fumer, c'est autorisé, tout le monde fume* » ; « *Fumer, c'est pas mauvais pour la santé, c'est naturel* » ; « *Le shit, c'est pas une drogue, on s'arrête facile* » ; toute une série de « savoirs » et de représentations qu'il convient de mettre à l'épreuve.

C'est donc en partant de leurs discours que peut être délivré un discours de prévention. Tout d'abord en précisant les questions, en explorant les modes d'usages, leurs contextes, les raisons qui conduisent à consommer : à quel moment ? pour quels effets ? avec quels résultats, quelles conséquences ? : remises en cause des certitudes.

Peu à peu, on pourra « peser le pour et le contre », essayer de voir ce que le cannabis apporte, ce qu'il enlève ou empêche. C'est là que les « jeunes » peuvent prendre conscience de ce dans quoi ils évoluent, de ce à quoi leur sert le cannabis : être mieux, oublier les problèmes, s'endormir, chasser l'ennui, ne pas penser, calmer l'agressivité, l'angoisse… Un certain nombre de « découvertes » qui vont les amener à modifier leur rapport au cannabis.

À partir de ce moment, certains vont modifier leurs consommations, les réduire pour les rendre moins problématiques, moins « dangereuses » ; certains vont

Le dispositif des « consultations jeunes consommateurs »

En application du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, la circulaire n° DGS/DHOS/DGAS/2004/464 du 23 septembre 2004 a permis la mise en place de consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives et leur famille. Un cahier des charges annexé à cette circulaire précisait notamment les missions, contenu de la prestation, modalités d'intervention, organisation et procédure de désignation.

Ces consultations ont été désignées pour trois ans par les préfets de région, à partir de fin 2004.

Dès mars 2005, un dispositif de suivi de l'activité mensuelle de ces consultations (SIMCCA) a été mis en place par l'OFDT, qui a également réalisé un bilan du public accueilli, des consommations déclarées, des modalités de recours et du suivi ou de l'orientation proposée.

De plus, un comité de pilotage composé des principales administrations concernées et de professionnels a accompagné leur création. Il a, notamment, permis la tenue de trois rencontres des responsables des consultations :

- deux sessions de deux jours ont eu lieu pour l'ensemble des personnels cliniciens des consultations fin 2005 et début 2006 ;
- une rencontre plus spécifiquement destinée aux responsables des consultations, et à laquelle les Drass ont été invitées, s'est tenue à l'automne 2006.

Chiffres et données clés

- Les caractéristiques du dispositif :
  - 280 structures désignées ;
  - 75 % « adossées » à un CSST, 8 % à un CCAA, 2 % à une structure mixte CCAA/CSST, 15 % à un centre hospitalier, toutes financées par l'assurance maladie ;
  - de 1 200 à 1 400 jeunes primo-consultants reçus chaque mois ;
  - le nombre moyen de personnes vues, par consultation, est de 17, sur la période mars 2005 – septembre 2006 (dont près de 13 jeunes consommateurs) (Système d'information mensuel des consultations cannabis – SIMCCA) ;
  - coût global assurance maladie : 3,8 millions d'euros en 2005.

- Les caractéristiques des populations accueillies :
  - grande stabilité de la proportion de consommateurs par rapport à l'entourage (75/25) (SIMCCA) ;
  - 16,5 % des consultations voient 50 % des consommateurs ;
  - 13 % des consommateurs ont plus de 25 ans ;
  - la majorité des consommateurs reçus déclarent un usage régulier ou quotidien de cannabis (63 %) ;
  - plus du tiers des consommateurs fait l'objet d'un diagnostic de dépendance ;
  - importance des consommations associées : le tabac chez la quasi-totalité (90 % des usagers réguliers et 93 % des usagers quotidiens de cannabis sont aussi des fumeurs de tabac quotidiens), l'usage régulier d'alcool pour 20 %, l'expérimentation d'ecstasy (25 % des 17-18 ans *vs* 4 % en population générale) ;
  - pour 10 % des consultants, le premier contact avec la structure est une réunion de groupe ;
  - importance des personnes adressées par la Justice (38 %), qui tendent à présenter des parcours de consommation moins problématiques ;
  - nombre de consultations par consultant : deux en moyenne, avec de fortes variations.

- Qualité des pratiques professionnelles : la moitié des consultations utilisent des outils de repérage des consommations abusives validés.

Ces consultations, appelées aussi « consultations cannabis », ont bien accueilli le public visé : plus des 2/3 sont des consommateurs de cannabis âgés le plus souvent de moins de 25 ans.

cesser de consommer et trouver d'autres « objets d'investissement psychique » ; d'autres enfin, qui prennent conscience de leur mal-être et de la réponse qu'ils lui donnent, peuvent entreprendre une démarche visant à atténuer cette « douleur » voire à la faire taire.

Cette démarche, souvent adressée à un psychologue, rendra possible, par le moyen d'un travail de parole, sur un temps plus ou moins long, l'évaluation de la consommation, l'exploration des liens entre l'usage du cannabis et la « douleur », de la motivation au changement, la recherche de solutions alternatives, l'engagement, le cas échéant, dans une véritable démarche thérapeutique.

Nous gageons que, sans les préalables décrits plus haut (travail avec les adultes, groupes de « jeunes »…), les démarches individuelles seraient plus difficiles : déni de l'importance de la consommation, déni des difficultés, méconnaissance des dispositifs, manque de confiance, représentations négatives des « soignants »…, et plus tardives, rendant ainsi, plus complexe et plus long le projet de « soins ».

La réduction des risques : aujourd'hui et demain

Catherine Pequart
Psychiatre, directrice médicale, Association Charonne, Paris
Martine Lacoste
Directrice, Association Clémence Isaure, Toulouse

La réduction des risques a induit une mutation dans la représentation des consommations de drogues, dans celles du soin et de la prévention : acceptation de l'usage, redéfinition du soin et de la prévention en fonction de la hiérarchie des risques encourus : « *Mieux vaut ne pas consommer de drogues mais, en cas de consommation, que ce soit de la façon la moins dangereuse possible. Mieux vaut ne pas s'injecter des drogues mais, en cas d'injection, que ce soit avec du matériel stérile* » [18].

Les pratiques de la réduction des risques se sont appuyées sur différents principes d'intervention :

- Accueillir sans condition ces usagers, là où ils sont et là où ils en sont ; « Aller vers » complétant « l'accueil et le traitement de la demande », et entrer en contact avec les publics, en particulier les plus marginalisés, qui ne veulent pas ou ne peuvent pas arrêter les drogues.
- Informer les personnes sur les risques associés à l'usage de drogue et leur prévention par toute forme de support, de conseils personnalisés ou d'interventions en groupe.
- Distribuer et promouvoir les matériels visant la prévention de la transmission interhumaine d'agents infectieux et des risques septiques (seringues, préservatifs, etc.), et récupération du matériel d'injection, usagé.
- Favoriser l'accès aux droits et aux soins.
- Orienter vers les dispositifs spécialisés et de droit commun.
- Soutenir l'action des groupes d'entraide, l'expertise et le soutien par les pairs.

Priorité à la santé publique

La réduction des risques s'est imposée dans les années quatre-vingt-dix, au nom de l'urgence médicale liée à l'épidémie du sida et sur des impératifs de santé publique. L'interdiction de vente de seringues (1972), malgré ses intentions protectrices, avait provoqué cette catastrophe sanitaire. La réduction des risques a été promue sans que le débat sur la pénalisation de l'usage des drogues puisse être publiquement soutenu. La consigne était de « faire sans dire », de taire ce paradoxe aux yeux du grand public car la réduction des risques impliquait l'acceptation de l'usage… Les discours de la réduction des risques seront néanmoins portés par deux courants : celui qui pense que l'abus et la dépendance trouvent leurs sources dans une vulnérabilité particulière des usagers, le second se positionnant comme tenant du droit à consommer au nom de la liberté individuelle *et* ce à moindre risque.

Reconnaissance des usagers comme « experts »

L'expertise sur les questions des drogues était jusque-là portée par des acteurs de santé et de justice. Avec la réduction des risques, comme d'ailleurs auparavant aux origines du dispositif spécialisé de soins aux toxicomanes dans les années soixante-dix[1], les usagers de drogues deviennent experts en matière d'usage, et acteurs de la prévention. C'est à partir de leur savoir, sur les produits et leurs usages, que se développe une meilleure connaissance des modes de consommation et des risques encourus. C'est aussi sur leur responsabilisation que doit reposer une meilleure maîtrise des risques. Des travaux de recherche (médicale, sociologique ou ethnographique…) approfondissent ce savoir, avec toujours comme objectifs l'amélioration de la santé des usagers et de leur condition.

La morbidité et mortalité par le sida chez les toxicomanes ont également révélé le retard pris en France par les politiques publiques en terme de prévention, en comparaison des pays nord-européens, et les effets délétères des strictes politiques répressives. Il faut rappeler que cette dénonciation et les premières actions

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 83.

1. Implication d'usagers dans l'accueil des premières institutions spécialisées telles que Marmottan ou l'Abbaye.

de réduction des risques ont d'abord été portées par les acteurs de l'humanitaire pour « limiter la casse ».

Les enjeux de l'institutionnalisation

Après plus d'une quinzaine d'années d'« expérimentation », de résultats probants, mais aussi d'interrogations critiques (mouvements d'associations de riverains, commission sénatoriale de 2003…), la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique inclut parmi ses orientations prioritaires « *les comportements à risque et les pratiques addictives* », et intègre officiellement la réduction des risques. Elle affirme la responsabilité de l'État en la matière, définit ses objectifs ; sécurise le statut et le financement des structures œuvrant dans ce champ, et assure aux usagers le bénéfice d'une prise en charge anonyme et gratuite.

En 2005, plusieurs textes réglementaires viennent rendre effective la loi : décret approuvant un référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues[2], décret relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (Caarud)[3] :

Une enquête interassociative[4], portée par l'association Safe sur le dispositif national de réduction des risques [54], dresse un état des lieux du dispositif français, Caarud et hors Caarud, et tente une description de son évolution entre 2003 et 2005.

- La couverture nationale reste non exhaustive : deux régions, trente-trois départements, plusieurs grandes villes… ne disposent pas de structures de réduction des risques identifiées.
- La dotation en personnels est faible, avec une moyenne de 4 ETP (équivalents temps plein) par Caarud (à peine plus de deux pour les structures non Caarud).
- La richesse de la réduction des risques tenait tant à l'innovation de ses pratiques qu'à la compétence de ces intervenants de terrain, en partie issues du volontariat ou de l'auto-support. Aujourd'hui, l'institutionnalisation dans le cadre de la loi de 2002 risque de mettre à mal cette richesse au regard de l'exigence de diplômes pour exercer dans les établissements « médico-sociaux » que sont devenus les Caarud.
- Une enquête complémentaire sur les budgets, menée par la commission réduction des risques de l'Anit, montre que la stabilisation financière du dispositif reste inégale sur le territoire national. Un effort important devra être fait pour les structures les plus petites, ainsi que pour les structures de réduction des risques « non Caarud ».

Des incertitudes persistent :

- Quelle stabilisation budgétaire pour le dispositif médico-social des Caarud ?
- Quel est le devenir des actions menées par des structures ou associations « non Caarud » ?
- Quelle place va subsister pour l'innovation ?
- Faut-il dans les Caarud, lieux d'accueil inconditionnels, obliger à l'individuation et à la standardisation (dossier patient, document individuel de prise en charge : DIPEC), alors que précisément une des spécificités est de ne pas contractualiser de liens *in situ* et l'une des missions est d'orienter vers des prises en charge ?
- Comment le dispositif de soins spécialisés en addictologie — incluant le secteur Alcool — s'engagera-t-il dans la réduction des risques, prévue dans ses missions ?

Quelles spécificités cliniques entre réduction des risques et soins ?

Outre le développement de services spécifiques, l'enjeu pour la réduction des risques a été et continue d'être l'adaptation des pratiques sanitaires et sociales afin de les rendre plus efficientes et plus accessibles à ceux qui n'en demandent et n'en attendent rien ou peu de chose.

La réduction des risques est inscrite dans les missions des centres de soins. Les décrets imputent aux futurs centres de soins, d'accompagnement, de prévention en addictologie (Csapa), comme aux actuels centres de soins spécialisés en toxicomanie (CSST), une mission de réduction des risques : « *repérage précoce des usages nocifs et la réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives* ». L'intégration de la réduction des risques aux pratiques des structures de soins peut soulever des questionnements et des difficultés au sein des équipes si elle est trop assimilée à la mise à disposition des matériels de consommation, alors que les pratiques en sont multiples.

Les spécificités des services de réduction des risques sont l'accueil inconditionnel à seuil adapté d'exigence, non contractuel, œuvrant dans la logique d'« aller vers », là où sont les usagers et là où ils en sont… Ces pratiques supposent que se développent des théorisations et des pratiques autour d'une « clinique de la non-demande » et du travail avec les groupes. Escamoter ces priorités et trop individualiser l'accueil et l'accompagnement, pourrait aboutir à une confusion d'objectifs entre réduction des risques et soins, avec à terme la disparition de l'un au profit de l'autre, soit plus probablement l'absorption de la réduction des risques par le soin.

Les intervenants en réduction des risques ont des fonctions d'intermédiaire et de relais, de médiation et de tremplin entre les lieux de prise en charge et les usagers qui en sont le plus à l'écart : soutien dans les démarches, explicitation des logiques institutionnelles, médiation et négociation avec ces institutions. Mais face à certaines situations, ces structures mènent des actions qui vont au-delà en assurant des accompagnements et suivis médico-psycho-sociaux. En particulier, elles peuvent accompagner un grand nombre d'usagers chroniquement inscrits dans les consommations, les comorbidités psychiatriques et somatiques, et marginalisés : usagers qui y trouvent des lieux capables

2. Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005.
3. Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005.
4. Association nationale des intervenants en toxicomanie (Anit), Association française de réduction des risques, Médecins du monde.

d'accompagner à moindre risque et au long cours cette chronicité, dans la proximité du quotidien.

Au plan des traitements médicamenteux, on peut déplorer que seuls deux programmes de substitution bas seuil — « bus Méthadone » — s'inscrivent clairement à la fois dans le soin et dans des perspectives de réduction des risques.

L'approche psychothérapeutique a été plus ou moins radicalement mise de côté dans la perspective de réduction des risques. En fait, les modèles psycho-dynamiques apparaissent compatibles avec une approche pragmatique des usagers et de leurs usages, conçus comme une stratégie d'adaptation, à laquelle la conscience a plus ou moins accès (automédication, gestion des relations, des émotions, béquille identitaire…). Les drogues ont un sens et une fonction dans la vie des sujets, d'où une vraie ambivalence par rapport à l'arrêt de ces consommations, qui sont, dans un certain nombre de cas, inenvisageables et/ou hautement risqués ici et maintenant. Des objectifs de diminution et de reprise de contrôle sont recevables et peuvent être accompagnés. Ils visent à initialiser un processus de changement à travers des étapes « réalisables » telles que modérer les consommations ou réduire les dommages qui y sont associés ; cette intention de lien étant le préalable à l'intention de soin.

La prévention et le soin du VHC : état actuel de l'épidémie, dépistage, accès aux soins, prévention, perspectives…

Si le succès de la réduction des risques en matière de VIH est incontestable, les effets sur le virus de l'hépatite C (VHC) sont nettement moins performants. Sur les 500 000 à 600 000 personnes atteintes par le VHC, une majorité sont ou ont été usagères de drogues. 50 à 70 % des usagers de drogues par voie veineuse et intranasale sont contaminés. Seuls 10 à 15 % d'entre eux sont actuellement traités, alors que les traitements conduisent à la guérison dans globalement 50 % des cas. Sur environ 4 500 contaminations annuelles par le VHC, 70 % concernent des usagers de drogues. Les contaminations par le virus de l'hépatite B persistent alors qu'il existe un vaccin efficace disponible.

Dépistage

40 % des structures de réduction des risques proposent un accès actif au dépistage [54]. Celui-ci doit donc être rendu plus opérationnel par différentes mesures (recherche d'ARN viral sur le même prélèvement en cas de sérologie positive, mise au point de nouveaux outils de dépistage, type salivettes ou buvards, plus adaptés à l'accueil bas seuil).

L'accès aux traitements

Les délais entre la connaissance d'une sérologie positive et la mise sous traitement sont très importants. Pour améliorer cet accès, il faudrait :

- mieux informer les patients porteurs du VHC sur les traitements ;
- impliquer davantage les médecins généralistes (de ville et de structures spécialisées) ;
- maintenir et faciliter les prises en charge par l'assurance maladie (ALD, AME…) ;
- lever les freins aux traitements, en particulier relatifs aux consommations actives d'alcool ou de drogues ;
- améliorer les conditions de vie des usagers (ressources et hébergement).

Le plan Hépatite du ministère de la Santé (2005) faisait priorité aux usagers de drogues : renforcement de la vaccination VHB, prévention de la contamination des usagers non encore infectés, développement des traitements de substitution par la méthadone réputés plus efficaces que la buprénorphine haut dosage (Subutex® …) en matière de prévention, accès aux dépistages, facilitation des bilans, amélioration de l'accès aux traitements…

Du point de vue des intervenants spécialisés en toxicomanie, favoriser l'accès aux soins du VHC chez ces personnes précarisées et coupées de soutiens familiaux et environnementaux suppose d'ajuster les moyens des équipes pluridisciplinaires et de créer des places d'hébergement thérapeutique et de stabilisation pour la mise sous traitement. La question est aussi celle de la couverture de l'ensemble du territoire national par ces structures (CSST, Caarud). Ces aspects recouvrent l'objectif de favoriser l'unité de lieu et de temps dans les propositions de suivis pluridisciplinaires de ces patients.

La prévention des contaminations par le VHC

La prévention des contaminations par le VHC est complexe du fait de l'étendue des pratiques contaminantes au-delà du partage de la seringue : partage de la cuillère, du petit matériel, réutilisation… Une prévention efficace nécessiterait une vigilance de tous les instants pour les usagers, peu compatible avec l'urgence des consommations, et pour beaucoup la précarité de leur condition.

Si l'injection semblait en diminution, les enquêtes récentes montrent une augmentation sensible du nombre de seringues distribuées entre 2004 et 2005 sur les programmes d'échange de seringues et dans les pharmacies d'officine (soit au total une augmentation de 7,5 % pour la France métropolitaine). Or il y a proportionnellement déficit de distribution des petits matériels (stéricups : 30 % des seringues, stérifilts : 20 % des seringues). Les kits Sniffs sont controversés, les kits Crack non validés… Soit autant de voies de contamination possibles pour le VHC, pour lesquelles le « principe de précaution » devrait s'appliquer…

Il convient donc de multiplier les approches de dépistage, mais aussi des politiques offensives d'accès aux traitements, si l'on veut que le bassin de virus dans lequel vivent les usagers ait quelques chances de se tarir, les contaminations de se ralentir, la mortalité par le VHC de s'amortir.

Les contaminations par le VHC sont connues pour être précoces dans les parcours de consommation, d'où l'importance de responsabiliser les pairs, assistant souvent les premières pratiques d'injection. L'éducation

à l'injection développée à travers des outils et des expériences récentes[5] est également à promouvoir pour atteindre ces objectifs de santé publique.

Soutenir les interventions en milieu festif

Les actions en milieu festif sont emblématiques de l'indispensable réactivité, adaptabilité et évolutivité qu'il convient de garantir pour la réduction des risques, et que son institutionnalisation peut brider.

Les paramètres sont ici multiples :

- Diversités du « milieu festif », des raves aux free parties… en passant par les discothèques, les manifestations étudiantes, les marges des rassemblements populaires ou sportifs… Multiplication des événements et espaces qui appellent des interventions « sur mesure ».
- Diversité des substances psychoactives consommées selon les milieux : drogues illicites (ecstasy, amphétamines, LSD, cocaïne, kétamine, GHB, poppers, opiacés…), dont les compositions sont toujours incertaines, ou alcools (bières ou alcools forts) conduisant à penser la réduction des risques aussi vis-à-vis de l'alcool.
- Diversité des publics : « groupes de pratiques prudentes » et « groupes de pratiques sans limites », jeunes novices associant volontiers les produits…
- Diversité des logiques d'usage et des effets recherchés : initiatiques, socialisants, stimulants…
- Diversité des modes d'usages : « gobeurs », associations de substances, augmentation du sniff, retour de l'injection…
- Et donc diversité des risques potentiels : risques somatiques, sexuels, psychologiques et psychiatriques (*bad trip*), risques d'agression, risques d'accidents entre autres routiers…

Les interventions doivent donc tenir compte de ces diversités : distribution d'eau, de boissons non alcoolisées, de nourriture, matériels de prévention, tracts et documents de prévention (flyers), espaces de repos (*chill out*), lutte contre les risques routiers…

Le « milieu festif » a fait aussi la preuve que les messages de prévention sont plus crédibles quand ils s'appuient sur la participation des pairs et des intervenants issus de l'autosupport, et que la mise à disposition d'une information fiable favorise autoévaluation et responsabilisation. La dimension collective du rapport au risque et des effets recherchés ouvre la possibilité d'élaborer des savoirs collectifs et communautaires.

Les messages de prévention dans les cadres festifs tournent autour de la gestion à moindre risque de l'usage des produits : connaissance et contrôle des effets physiques et psychologiques, diffusion des alertes sanitaires, définition des modalités de prises, ajustement des consommations par la connaissance de soi, évitement de l'inversion des effets…

On peut ici regretter la condamnation de l'expérience « testing » (analyse rapide *in situ* des produits) qui, au-delà des interrogations sur sa fiabilité pharmacologique, fait perdre un mode d'approche et de contact et une occasion d'interroger les prises de produits.

Développer une politique spécifique de réduction des risques spécifiques en milieu carcéral

30 à 35 % des détenus sont des usagers de drogues habituels, quelles que soient les drogues utilisées. La souffrance de la détention génère très fréquemment un accroissement des consommations de produits stupéfiants, y compris chez des personnes non toxicomanes et qui vont là être initiées à l'usage. Les trafics concernent les produits venant de l'extérieur et les médicaments délivrés par les services médicaux (benzodiazépines, Subutex®) [28].

Les premières substances consommées en prison sont donc sans doute les médicaments. Le cannabis est également largement présent, mais aussi dans de moindres mesures la cocaïne, l'héroïne… Fait remarquable, il n'y a pas ou peu d'alcool en prison, donc une appétence énorme pour d'autres types de substances (P. Beauverie [1]).

Au nom des principes de continuité des soins et de prévention, les objectifs généraux de réduction des risques doivent être poursuivis en milieu pénitentiaire. Ils doivent s'appuyer sur les services existants d'aide aux détenus : CSST pénitentiaires qui sont soumis aux mêmes missions de réduction des risques que les structures de soins en « milieu ordinaire », services médicaux (Ucsa).

Quelles préconisations pour améliorer la réduction des risques en prison ?

- Actualiser les connaissances des acteurs : détenus, soignants, intervenants sociaux et surveillants, à travers une information qui tient compte des réalités : information sur les produits, leurs usages, les traitements (traitement de substitution, benzodiazépines en détention), et les risques encourus notamment sanitaires (pratiques de sniff, et aussi sur l'injection potentielle ou réelle), et travailler plus ouvertement sur les risques sexuels patents.
- Privilégier l'existence d'espaces de parole et de confidentialité, permettant un travail autour de la consommation et des risques.
- Mettre à disposition des outils de prévention : flyers adaptés en milieu carcéral, travail en groupe sur la base de documents vidéo ou autres, préservatifs, pailles à usage unique, seringues ?
- Se doter de recueil de données fiables sur l'état de santé des détenus (en particulier en matière de VHC) et sur leurs comportements à risques… inexistants à ce jour.

La question de l'injection en prison

La saturation des enjeux autour de la distribution du matériel d'injection a entretenu et neutralisé les réflexions

5. *17'10… Une injection à moindre risque*, Apothicom, 2006, Aide à l'injection en milieu festif (MDM).

sur les mesures de prévention spécifiques au milieu carcéral. Les estimations sur les pratiques d'injection sont difficiles et controversées. Il existe néanmoins des témoignages de détenus toxicomanes ou de surveillants sur l'injection en prison, mais pas d'informations fiables en France quant à l'ampleur de ces pratiques. Ce qui est certain, c'est que s'il y a injection, il y a partage et réutilisation d'un matériel pénurique, réputé de fabrication artisanale. Or dès 1993 les recommandations officielles de l'OMS stipulent : *« Dans les pays où les seringues et les aiguilles stériles sont rendues accessibles aux UDVI, il convient de promouvoir la mise à disposition de matériel stérile d'injection pendant la détention. »* Ces expériences existent dans nombre de pays voisins, sans dommages notables ni pour la sécurité ni dans une explosion des consommations (C. Calderon [1]).

Favoriser l'acceptation des structures et des usagers sur les territoires urbains : médiation et prise en compte de l'environnement

La France fait aujourd'hui, dans certains quartiers, l'expérience de la fronde des habitants, et en écho des élus locaux, à l'égard des usagers de drogues. Les structures qui leur sont dédiées, implantées ou cherchant à s'implanter, subissent le même sort.

Face aux mêmes phénomènes, les Pays-Bas ont promu ces dernières années une « politique des nuisances », moins connue que leur politique de tolérance et de réduction des risques. Ces « nuisances » désignent de façon floue et diffuse tout comportement considéré par les non-usagers comme trouble de l'ordre ou de la sécurité publique (comportements violents, petite délinquance, agressivité, intimidation, abandon de seringues ou de détritus, bruits et attroupement sur l'espace public, présence irritante des usagers…). Elles sont définies principalement par les citoyens et non par la justice ou les soignants. Le cercle des acteurs en matière de drogues a pu donc s'élargir aux citoyens non usagers, aux maires…[6] L'État hollandais, par exemple, stimule l'action de citoyens coresponsables, encourage de nouveaux liens transversaux (entre les secteurs judiciaire, administratif, et de soins…), ce au niveau local (municipalité), et soutient des projets visant à réconcilier des objectifs initialement contradictoires de limitation des risques et de lutte contre les nuisances.

Les politiques néerlandaises ou suisses « jusqu'auboutistes » dans le pragmatisme doivent nous faire réfléchir. Elles ne remettent pas en cause les modes de traitement des toxicomanes et de la toxicomanie, mais elles poussent à représenter simultanément des intérêts contradictoires, sans vouloir convaincre à tout prix, en acceptant la coexistence des différentes représentations et perceptions des problèmes. Le prix en est toutefois une grande incursion de la répression dans le soin, et une insuffisance de preuve à ce jour quant au bien-fondé de cette alliance. Il n'en demeure pas moins que l'idée d'une concertation et d'un « échange de garanties » entre les usagers, les structures et les habitants des quartiers paraît plus opérationnelle, et de nature à œuvrer à une meilleure sécurité pour tous.

En conclusion

Si l'on peut se satisfaire de l'évolution passée de la politique de soin et de réduction des risques en France, elle doit néanmoins être poursuivie, consolidée, et garder la souplesse et les capacités d'innovation et d'adaptation aux usagers, aux usages et aux contextes.

L'insuffisance est criante dans certains lieux ou domaines : départements non dotés de structures ; Caarud au bord de l'asphyxie financière, pour certains quasiment avant d'avoir réellement existé ; difficulté de promotion de la réduction des risques en milieu pénitentiaire ; « faiblesse » de la prévention et insuffisance dans l'accès aux traitements des infections par le VHC…

Une des fragilités de la réduction des risques vient sans doute de son acceptation en population générale et donc de son soutien inégal des politiques, pour lesquels elle représente un thème risqué. Même si les principes de la réduction des risques peuvent être maintenant admis, les services qui s'occupent des usagers ont des problèmes importants d'implantation, de survie et de reconnaissance.

Quoi qu'il en soit, comment une société pourrait-elle se passer du concept de réduction des risques, en particulier dans ses dimensions « d'aller vers les personnes, là où elles sont, là où elles en sont » ? Bien au contraire, il est d'un intérêt majeur de tenter de l'étendre à d'autres comportements (consommation d'alcool, insécurité routière…) dans une vision prospective et humaniste de la prévention.

6. En France, et peut-être seulement à Paris, des expériences approchantes ont lieu telles « le panel citoyen » organisé par la mairie du 19e arrondissement, ou l'association Coordination toxicomanie dans le Nord-Est parisien, lieu de visibilité des trafics et consommations de crack.