


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)

**P**our 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 »

**E**n 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'enga-

gement, 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<sup>1</sup>, 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

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

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