

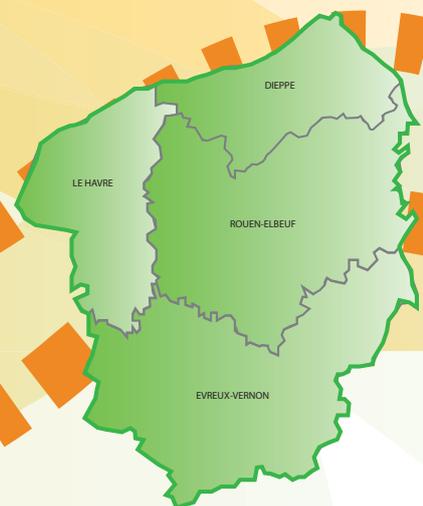
## ACTES DU COLLOQUE

La 2<sup>ème</sup> rencontre Rouennaise de la santé  
et la 7<sup>ème</sup> rencontre des acteurs de l'Éducation et Promotion  
de la santé du PRC

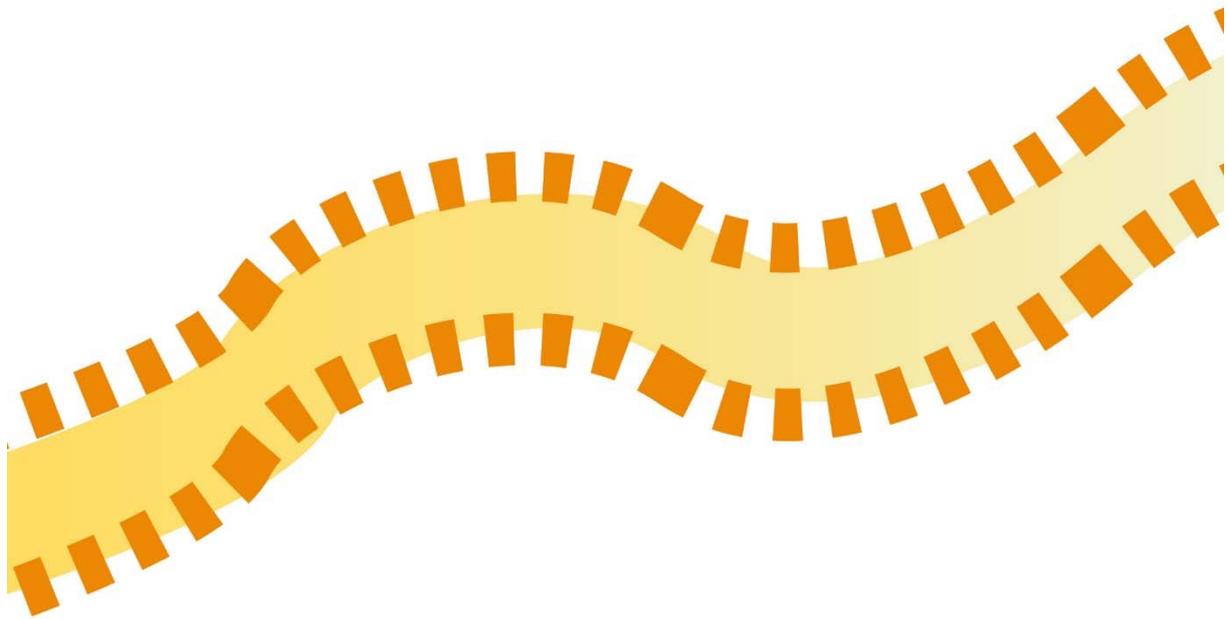
Le 21 janvier 2016

**Jeunes, actifs, personnes vulnérables,  
séniors :**  
**Quels parcours de santé en addiction sur les  
territoires ?**

Prévention  
Intervention Précoce  
Prise en charge  
Repérage







Jeunes, actifs, personnes vulnérables, séniors : quels parcours de santé en addiction sur les territoires ?, colloque, 21 janvier 2016

Ce colloque a été organisé conjointement par le Pôle Régional de Compétence (PRC) en Éducation et Promotion de la santé Haut-Normand et la Ville de Rouen.

Le Pôle Régional de Compétence est composé des structures suivantes : la Fédération Addiction, l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie, Aides, les Réseaux Locaux de Promotion de la Santé et Ateliers Santé Ville, l'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé et l'Agence Régionale de Santé Haute-Normandie.

[www.prceps-hn.fr](http://www.prceps-hn.fr)

### **Contact**

IREPS Haute-Normandie  
Pôle Régional des Savoirs  
115 Boulevard de l'Europe  
76100 ROUEN  
Tél. 02 32 18 07 60



## Préambule

Cette année, la 7<sup>ème</sup> rencontre annuelle des acteurs de l'éducation et de la promotion de la santé organisée par le Pôle Régional de Compétence (porté par l'Instance Régionale de Promotion de la Santé), s'est associée à la 2<sup>nde</sup> rencontre rouennaise de la santé organisée par la Ville de Rouen dans le cadre de son Contrat Local de Santé.

Cette journée, intitulée « **Jeunes, actifs, personnes vulnérables : quel parcours de santé sur les territoires ?** » a eu pour objectifs de :

- Permettre aux acteurs de premières lignes (en contact direct avec les populations) de travailler à identifier et lever les points de rupture dans le parcours « addictions » des populations en partant de 4 situations « types »
- Rencontrer les professionnels et découvrir les dispositifs et offres en addictologie sur les territoires
- Réfléchir sur l'apport possible de l'Intervention Précoce pour d'autres publics que les jeunes dans une perspective de continuum addiction sur les territoires depuis la promotion de la santé en général, en passant par la prévention ciblée, jusqu'à l'accompagnement et la prise en charge.

Alternant saynètes de théâtres pour mettre en scène les situations « type », ateliers de réflexions et d'échanges par territoires de santé, intervention d'un expert, il s'agissait de donner, aux professionnels d'horizons divers, les moyens pour améliorer le parcours de santé addiction des publics qu'ils rencontrent dans leur pratique quotidienne.



## Sommaire

### Introduction de la journée

P. 3

Monsieur Yvon ROBERT (Maire de la Ville de Rouen)

Madame Nathalie VIARD (Directrice de la Santé Publique à l'ARS Haute-Normandie)

Monsieur Patrick DAIMÉ (Président de l'IREPS Haute-Normandie)

### Parcours de santé en addiction sur les territoires (Ateliers)

P. 11

1. Une représentativité des structures et des dispositifs « addiction »
2. 4 situations concernant les jeunes, les actifs, les personnes vulnérables et les seniors, issues du vécu des professionnels comme support de réflexion.
3. Résumé des saynètes
4. Synthèse des échanges
  - Territoire : Le Havre – Dieppe
  - Territoire : Evreux
  - Territoire : Rouen Nord
  - Territoire : Rouen Sud

### L'intervention précoce

P. 23

1. L'intervention précoce : une nouvelle approche ? De nouvelles pratiques ?  
Jean-Pierre COUTERON (Psychologue clinicien, CSAPA Le trait d'Union (92), Oppélia – Président de la Fédération Addiction)
2. l'intervention précoce une nouvelle solution pour nos territoires ? (Café débat)
  - A. Conclusion des échanges
  - B. Questions restent en suspens

### Conclusion par l'ARS

P. 47

Thomas AUVERGNON (Chef de projet "pratiques addictives" à l'ARS Haute-Normandie)

### Annexe

P. 51

Bibliographie



## Introduction de la journée

**Monsieur Yvon ROBERT**  
(Maire de la Ville de Rouen)



Mesdames, Messieurs,

Aux côtés de Françoise LESCONNEC, Adjointe au Maire déléguée à la santé et de Béatrice BOCHET, Conseillère municipale déléguée à cette même thématique, je suis très heureux d'être présent aujourd'hui à la Halle-aux-Toiles, à l'occasion de cette journée « Parlons santé ».

Organisée pour la deuxième fois dans le cadre de notre Contrat local de santé en direction des professionnels, ce moment de discussions, de débats et d'échanges représente, pour vous et pour nous, un moment privilégié de partage d'expériences sur cette thématique déterminante de santé publique qu'est l'addiction.

Nouveauté cette année, la journée prend une dimension régionale puisqu'elle s'associe à celle du Pôle Régional de Compétence en éducation et promotion de la santé.

Cette rencontre a été rendue possible par l'engagement des institutions et des structures que vous représentez :

- L'Agence régionale de santé, dont je remercie sa Directrice adjointe, Nathalie VIARD pour sa présence ;
- L'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé, dont je salue la présence de son Président, Patrick DAIME ;
- Le Pôle régional de compétence en éducation et promotion de la santé ;
- ainsi que tous les membres du groupe de travail qui ont participé à la préparation de cette rencontre : Le CLIC de Rouen, l'association « Emergence-s », la Protection judiciaire de la jeunesse, le service prévention universitaire, l'association « la Boussole », le Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie du CHU de Rouen, l'association « AIDES », la Médecine du travail, et bien entendu les services de la Ville, notamment Nathalie ARMANGUÉ en charge du Contrat local de santé et de l'Atelier Santé Ville à Rouen ainsi que Vanessa RAPITEAU, Cheffe du service Cohésion territoriale.

Vous le savez, la mutualisation des connaissances et des savoir-faire est la clef de toute politique publique réussie. Le thème de l'addiction est en l'illustration parfaite.

Dans le cadre de notre Contrat local de santé, cette thématique fait d'ailleurs partie de nos priorités, travaillée en lien étroit avec les structures que vous représentez :

- Notre Atelier Santé Ville a notamment porté des actions concrètes comme : les « p'tits déj de la prévention », organisés depuis 2013, à la fois moments informatifs et d'échanges réguliers pour les acteurs de l'atelier autour des pratiques addictives ;

- Temps fort organisé par les acteurs socio-éducatifs du centre-ville, l'organisation d'« Indépendance Day » en 2013 a notamment permis de sensibiliser des collégiens et des lycées aux thématiques de l'addiction. Il a été également l'occasion de réaliser des supports de prévention ;
- Plus proche de nous, la mise en place de la « Charte de la vie nocturne », l'année dernière, permet de répondre aux problématiques de l'hyper-alcoolisation des jeunes notamment. Là encore, la démarche partenariale est forte. Nous travaillons en amont avec les universités, les grandes écoles, les bars, les services des transports en commun, la police municipale. Car, comme le dit l'adage bien connu, « il vaut mieux prévenir que guérir ».
- C'est d'ailleurs cette démarche qui nous a amenée l'année dernière à renouveler notre convention d'objectifs avec l'association « La Boussole ». Je profite d'ailleurs de cette occasion pour remercier, Nathalie RAULT qui va quitter cette association début mars. Elle a joué un rôle très actif au sein de l'Atelier Santé Ville de Rouen pendant plus de 10 ans, notamment à l'époque où la Ville avait confié à l'association la coordination de cet atelier. Pour cet engagement, soyez-en aujourd'hui très chaleureusement remerciée.

L'ensemble des institutions et des structures que vous représentez sont déterminantes pour répondre aux problèmes posés par l'addiction aujourd'hui. Vos connaissances et vos savoir-faire sont pour nous très précieux. Sachez que la Ville de Rouen sera toujours là pour vous accompagner et vous soutenir dans vos actions.

Je vous souhaite, à toutes et à tous, une journée riche en discussions, en échanges et en débats sur cette thématique déterminante pour la santé des Rouennaises et des Rouennais.

Seul le prononcé fait foi.

## Introduction de la journée (suite)

**Madame Nathalie VIARD**  
(Directrice de la Santé Publique de l'ARS Normandie)

Nathalie VIARD remercie les organisateurs et prie d'excuser Mme RICOMES, qui ne peut pas être présente à la journée.

Le Pôle Régional de Compétence et le Contrat Local de Santé sont des dispositifs importants de l'animation de la politique régionale de santé :

- Le PRC, porté par l'IREPS, parce qu'il participe activement à l'amélioration de la qualité des interventions en PPS ;
- Le CLS parce qu'il permet de renforcer les collaborations entre les acteurs et la cohérence entre les interventions proposées à la population d'un territoire dans un objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Pour le CLS de Rouen, nous nous sommes attachés à repérer et proposer des actions pour faire face aux freins et ruptures dans les parcours de vie et de santé des Rouennais.

Les addictions, ou pratiques addictives constituent un sujet qui interpelle tous les acteurs qui interviennent, d'une manière ou d'une autre, dans le « parcours de vie et de santé » des normands. A ce titre, elles occupent une place importante dans les travaux du PRC et du CLS et il nous a semblé intéressant de vous proposer cette thématique de travail aujourd'hui.

En effet, les addictions font historiquement partie du paysage sanitaire et social normand, notamment concernant l'impact des consommations de tabac et d'alcool.

Aujourd'hui encore, elles interviennent dans un tiers de la mortalité prématurée en France (morts avant 65 ans donc considérées comme évitables), l'ex-Haute-Normandie détenant quelques tristes performances :

- elle se place encore au 3ème rang des régions les plus touchées par la mortalité prématurée par cancers des voies aéro-digestives supérieures et par cirrhose du foie ;
- 2ème région la plus concernée par l'usage régulier de cannabis avec 3.1% des 16-64 ans concernés en 2010 ;
- 2ème région en termes de vente de cigarettes par habitant en 2013 ;
- 1ère région métropolitaine pour la part des accidents corporels de la route où l'alcool est impliqué (18.5% contre 10.7% pour le France entière) ;

Il faut surtout rappeler que les pratiques addictives ne se limitent pas aux chiffres liés à la mortalité mais :

- qu'elles produisent ou participent à des dommages sanitaires et sociaux douloureux pour les personnes concernées et leur entourage ;
- qu'elles sont facteurs d'exclusion, en participant aux inégalités sociales de santé : faut-il rappeler le « gradient social » constaté dans la majorité des pratiques addictives (par exemple concernant la sur-consommation de tabac par les chômeurs : 50% de consommateurs réguliers contre 33% en population générale) ?

- qu'elles ont un coût social et économique (impact sur le travail et la productivité, l'ordre public...).

Alors que les addictions « classiques » (tabac, alcool) se maintiennent, d'autres ont fait leur apparition (addictions sans substances...). Les pratiques et les usages se diversifient (développement des poly-consommations). Certains, dont notre invité de la journée –Jean Pierre Couteron-, décrivent l'avènement d'une « société addictogène » : tournés vers la performance, l'immédiateté, la consommation, nous serions condamnés à être tous « addicts ».

Face à l'ampleur du phénomène, nous sommes mis au défi et parfois mis en échec. Dans le domaine des addictions, les parcours de vie et de santé sont trop souvent marqués par des freins dans l'accès à la prévention et aux soins et des ruptures. L'efficacité de nos actions est interrogée quand :

- une action d'éducation pour la santé n'est pas pensée en intégrant les modalités d'orientation et/ou d'accompagnement vers le soin ;
- on agit trop tard (seulement au stade de la dépendance), en ne mobilisant qu'une réponse curative (la cure de sevrage) ;
- les pratiques addictives restent encore trop souvent stigmatisantes et culpabilisantes pour les personnes en difficultés (sous l'antienne « il n'a qu'à arrêter ; ce n'est qu'une question de volonté ») et que l'action sur l'environnement est insuffisante.

L'Agence régionale de santé de Normandie entend rompre avec ce schéma :

- parce qu'il est inefficace sur le plan de la santé ;
- parce qu'il est économiquement dispendieux ;
- parce qu'il est éthiquement contestable.

La politique de l'ARS Normandie vise à structurer, avec ses partenaires, des réponses accessibles et coordonnées à l'échelle de chaque territoire, comme c'est le cas à Rouen, notamment dans le cadre du contrat local de santé. L'organisation des parcours de vie et de santé est un objectif majeur et pour cela deux référents thématiques ont été désignés : Thomas Auvergnon et le Dr Carole Pornet.

La construction des parcours de vie et santé dans le domaine des addictions est en effet particulièrement pertinente parce que les pratiques addictives touchent tous les âges (de l'enfant à naître aux moins jeunes), tous les lieux et milieux (travail, lieux festifs, sport...) et interpellent tous les acteurs (élus, professionnels de santé, acteurs sociaux et éducatifs, police, justice...).

L'intervention précoce est également une des manières de repenser nos réponses aux pratiques addictives :

- pour agir quand c'est encore possible, donc plus efficacement ;
- pour agir sans exclusion, en évitant les ruptures familiales, la désinsertion professionnelle, l'enfermement dans le statut de « malade ».

Cela implique de nouvelles modalités de coopération entre les acteurs spécialisés en addictologie et les acteurs non spécialistes qui sont « en première ligne » face aux conséquences des addictions, confrontés à des problématiques qui semblent inextricables.

CSAPA, CAARUD, CJC... ces sigles et les dispositifs qui se cachent derrière vont être présentés aujourd'hui. A vos côtés, les acteurs de l'addictologie de votre territoire pourront discuter avec vous autour de situations aussi complexes que celles que vous rencontrez sur le terrain. Nous espérons que ces discussions vous seront utiles pour organiser, sur vos territoires respectifs, des réponses concrètes.

Nathalie VIARD remercie les participants.

## Introduction de la journée (suite)

**Monsieur Patrick DAIMÉ**  
(Président de l'IREPS Haute-Normandie)

Monsieur le Maire, Madame la Directrice,

Mesdames, Messieurs, chers Collègues, chers Amis,

Bonjour et bienvenue, à Toutes et à Tous, pour cette septième rencontre annuelle du pôle régional de compétence en éducation et promotion de la santé, couplée cette année avec la deuxième journée rouennaise de la santé .

Merci à la ville de Rouen de nous accueillir et à son maire de nous faire l'honneur de sa présence ; Merci à la direction de la Santé Publique de l'ARS de nous accompagner fidèlement.

C'est toujours avec grand plaisir que nous nous retrouvons pour cette journée sympathique et enrichissante. Je vous remercie encore au nom de toute notre équipe de votre participation importante, et de votre fidélité, à ce colloque maintenant traditionnel.

Je ne manquerai pas à la tradition et je vous présente mes meilleurs vœux pour l'année 2016. Santé, bonheur et sérénité, pour vous, vos proches, mais aussi pour les personnes en difficulté, notamment avec les conduites addictives, et pour la santé publique dans notre région, dont les addictions constituent un déterminant majeur.

L'analyse de la genèse et de l'installation des conduites addictives nous montre que c'est tout au long d'un continuum, de l'usage, plus ou moins simple, à l'usage risqué, à l'apparition des dommages, d'une dépendance, que cette problématique évolue.

Le comportement va plus ou moins rapidement laisser la place à la conduite addictive avec ses conséquences, sociales, physiques et psychiques et à la maladie. Plus le comportement perdure, plus les risques vont se matérialiser, les dommages s'aggraver et la dépendance s'installer.

Au continuum évolutif de la problématique doit répondre un continuum d'intervention, où chacun a sa place, dans une dynamique de « faire ensemble », de partenariat, de coordination des acteurs et des actions bien sûr, mais aussi des décideurs et des politiques publiques de santé.

Multidisciplinarité et pluri-professionnalisme sont indispensables.

Le continuum d'intervention doit se décliner de la prévention, éducation pour la santé, prévention sélective et prévention ciblée, à l'intervention précoce, à la réduction des risques, aux soins et à l'accompagnement ; tout au long du parcours de soins, du parcours de santé, et du parcours de vie !

À chaque niveau d'intervention il est nécessaire de s'inscrire dans une approche globale, centrée sur la personne, intégrant le produit, le comportement, la conduite addictive et l'environnement, l'entourage.

L'éducation pour la santé, et plus largement la prévention, s'appuient sur des données probantes et des méthodologies éprouvées.

Elle doit être développée, enfin reconnue et valorisée, ses acteurs doivent bénéficier d'un statut attestant de leurs compétences et de leur professionnalisme.

Les soins ont trop longtemps constitué la seule réponse aux conduites addictives, particulièrement à leurs conséquences et bien souvent après l'apparition de complications irréversibles.

Les soins s'organisent et se développent, même s'il reste beaucoup à faire pour répondre à l'ampleur de la problématique.

La réduction des risques repose enfin sur une politique publique qui permet sa reconnaissance et sa diffusion.

L'accompagnement, dans la proximité, au quotidien et dans la durée, doit porter non seulement sur l'observance des soins, et la renarcissisation, mais aussi sur la restauration des droits, la réhabilitation, la réintégration sociale et professionnelle.

L'intervention précoce doit être mieux formalisée et systématisée.

Elle doit se situer le plus en amont possible d'une demande, encore hypothétique, d'intervention ou de soins, qu'elle s'acharnera à faire naître et à orienter à chaque fois que nécessaire.

Anticiper, aller vers, et repérer précocement, en sont les maîtres mots.

Tout usager, à risque, dans l'usage nocif voir la dépendance doit pouvoir bénéficier de cette intervention précoce visant à modifier, le plus tôt possible, le comportement de consommation de substances psycho actives.

Au-delà du repérage, l'intervention s'appuiera sur l'évaluation individuelle, la réflexion sur les pratiques, sur les notions de plaisir et de risque, de l'intervention brève au travail motivationnel, pour favoriser un changement durable de comportement, favorable à la santé.

L'intervention est informative, sensibilisatrice, motivationnelle, à la fois clinique et sociale.

Le changement durable repose sur la prise de conscience, l'auto-détermination, la responsabilisation, l'auto-changement, et l'autonomie retrouvée.

Le développement des compétences psychosociales, de l'usager, mais aussi de ses pairs, de ses proches, ..., augmentera les capacités d'autogestion et in fine les chances de changement de comportement et la durabilité de ce changement.

La réflexion et l'intervention doivent aussi s'inscrire dans l'approche tridimensionnelle ;

La personne / l'usager, le produit / la conduite, l'environnement / l'entourage.

Votre mise en situation, à travers les ateliers de ce matin, va vous permettre de toucher du doigt la réalité et la complexité des situations, la diversité des approches et des réponses possibles, la richesse de la réflexion collective et du « faire ensemble ».

Cet après-midi Jean-Pierre Couteron, vous fera part de l'expérience des professionnels de l'addictologie en matière d'intervention précoce et développera la description de cette pratique.

La journée se terminera par un temps d'échange et de partage, pour trouver la place et les modalités adaptées de mise en œuvre de ce type d'intervention sur nos territoires, différents et diversifiés dans leurs réalités humaine, géographique et sociale.

La dynamique de cette journée nécessite votre participation active; je vous en remercie par avance.

Ce colloque comme chaque année est l'occasion de se rencontrer ; de mieux se connaître ; et de se reconnaître.

Au-delà du partage de savoir, de la mutualisation des expériences, de la formulation de propositions communes, la rencontre et la mise en lien favoriseront le « faire ensemble » pour l'éducation et la promotion de la santé dans notre région, particulièrement dans le champ des addictions, déterminants majeurs de santé.

Chacun dans son rôle, dans ses missions, selon ses compétences, ses moyens,..., sur son territoire, dans le respect mutuel et dans l'intérêt commun de la population de notre région ; nous avons toutes et tous à apporter à la construction d'une réponse collective, pertinente et efficiente.

Je cède sans plus tarder la parole, non sans vous avoir souhaité un excellent colloque, enrichissant et productif, sous le double signe du partage et de l'acquisition de compétences, dans une ambiance chaleureuse.

Très bonne journée de travail à Toutes et à Tous !

L'objectif de ce temps de travail était d'inviter les participants à **identifier les freins et les leviers des usagers et des professionnels face aux problématiques d'addiction**, sur leur territoire d'intervention. Ainsi, les 182 participants ont été répartis en 4 groupes selon leur territoire d'action : Rouen Nord, Rouen Sud, Le Havre-Dieppe, Evreux-Vernon.

### 1- Une représentativité des structures et des dispositifs « addiction »

Dans chacun des ateliers, étaient organisée une table ronde composée des représentants des structures addiction de chacun des territoires, en veillant à ce que toute la diversité des offres soit représentée, c'est-à-dire des professionnels issus des CSAPA, des CJC et des CARRUD.

L'objectif était ici, au-delà de présenter concrètement les missions et fonctionnement de ces structures et dispositifs, de permettre aux professionnels présents de rencontrer physiquement les professionnels « addiction » auxquels ils pourraient faire appel, à l'issue de cette journée, dans leurs activités quotidiennes et de réfléchir avec ces professionnels des CSAPA, CJC aux **réponses possibles sur leur territoire au regard de différentes situations**.

### 2- 4 situations concernant les jeunes, les actifs, les personnes vulnérables et les seniors, issues du vécu des professionnels comme support de réflexion.

Les travaux ont donc pris appui sur des situations écrites par les membres du comité de pilotage de la journée, professionnels de première ligne (médecin du travail, professionnels de CCAS, de la PJJ, de l'Education Nationale...), qui ont été mises en scène par la Compagnie «Café Crème Théâtre».

Les 4 représentations ont mis en avant des problématiques de consommation d'alcool et de cannabis, chez différents publics (jeunes, actifs, personnes âgées, personnes vulnérables) et ont été jouées en plénière devant l'ensemble des participants avant qu'ils se séparent dans les ateliers.



### 3- Résumé des saynètes

#### Scène 1 : L'alcool chez les personnes âgées isolées

La situation reprend le cas d'une personne âgée de 90 ans, vivant seule dans son logement. Pour combler l'isolement et les angoisses de la solitude, cette personne s'alcoolise régulièrement, tous les jours. Elle est suivie par son médecin traitant. Malgré tout, son entourage et particulièrement l'épicier chez qui elle achète ses bouteilles d'alcool s'inquiète et fait appel au CLIC. La rencontre entre cette dame et le professionnel du CLIC a été relativement complexe puisqu'elle ne souhaitait pas accepter les propositions du professionnel. Finalement, elle a accepté d'être hébergé dans un EHPAD mais à la seule condition qu'elle puisse amener avec elle ses deux chats, souvent interdits dans un établissement médicalisé.

« Et vous, qu'auriez-vous fait à sa place ? »

#### Scène 2 : Alcool et personne vulnérable

La situation reprend le cas d'une maman vivant seule avec sa fille dans un logement insalubre. Elle est sans emploi et bénéficiaire du RSA. Suite à des problèmes d'alcool et après avoir été suivie par le CSAPA, cette femme est orientée vers un nouveau service en addictologie. Elle explique à l'éducateur qu'afin de calmer ses angoisses et pouvoir dormir elle consomme énormément de bière en soirée. Elle souhaite débiter une démarche de soins mais l'éducateur estime qu'il est trop tôt et que ce projet est précipité et manque de maturité. Ne supportant pas ce jugement, elle s'emporte. Pour la calmer, l'éducateur décide d'aller dans son sens. Mais une fois que la question de l'hospitalisation est mise en avant, elle refuse catégoriquement cette option puisqu'elle n'a personne pour s'occuper de sa fille pendant son séjour à l'hôpital. L'éducateur lui assure qu'ils vont trouver une solution qui va satisfaire tout le monde.

« Et vous, qu'auriez-vous proposé à sa place ? »

#### Scène 3 : Licenciement pour consommation abusive d'alcool

La situation relate le cas d'un salarié consommant de l'alcool sur son lieu de travail. Son employeur en a déjà discuté avec lui mais remarque une rechute et décide de contacter la médecine du travail. Le médecin du travail prend rendez-vous avec le salarié qui lui avoue consommer de l'alcool mais qu'il diminue depuis quelques temps. Le bilan sanguin qu'établit le médecin du travail montre qu'il consomme davantage qu'il ne le prétend. Le salarié accepte ainsi d'aller consulter son médecin traitant pendant ses congés et reprendre rendez-vous avec le médecin du travail après ses vacances. Pendant les congés du salarié, l'employeur contacte la médecine du travail pour les informer de la mise à pied de l'employé après avoir trouvé des preuves de sa consommation d'alcool sur le lieu de travail. Lors de sa visite de reprise, le salarié explique qu'il va mieux depuis qu'il a été hospitalisé en addictologie et le prouve en montrant son ordonnance au médecin et se confie sur sa motivation à s'en sortir. Une fois parti, le médecin reçoit un appel de l'employeur l'informant du licenciement du salarié. Le médecin se retrouve abasourdi par cette annonce.

« Et vous, comment auriez-vous réagi à sa place ? »

#### **Scène 4 : Jeune consommateur supposé**

La situation reprend le cas d'un jeune en foyer interpellé par son éducateur tentant d'engager un échange. L'éducateur remarque rapidement les yeux rouges du jeune et le soupçonne d'avoir consommé du cannabis. Le jeune lui affirme que non et que, quand bien même, cela ne regardait personne et que consommer de temps en temps ne représentait aucun danger. Pour illustrer son propos, il compare sa consommation avec les apéros que l'éducateur peut prendre de temps à autre sans pour autant parler de consommation à risque d'alcool. Face à l'insistance de l'éducateur, le jeune l'accuse de ne pas comprendre les jeunes et part, coupant court à l'échange.

« Et vous, comment auriez-vous réagi et qu'auriez-vous fait à sa place ? »



## 4- Synthèse des échanges

### ❖ Territoire : Le Havre – Dieppe

#### Animateurs de la table ronde

François Dechamp (CSAPA ONM Dieppe)

Pascale Brachet (Nautilus Le Havre)

Alain Roumajon, (CSAPA Fécamp)

Nathalie Vigé (CSAPA Hospitalier Dieppe)

Marie-Claude Flavigny (CSAPA Pont-Audemer)



#### Fil rouge

Nathalie Rault (La Boussole)

Jeanne Gandour (ASV de Dieppe)

Fanny Bellanger (RLPS Pays des Hautes Falaises)

### Freins repérés

#### **Freins liés au repérage**

- Public séniors pas identifié comme public à risque concernant les addictions
- Temporalité
- Consommation banalisée

#### **Freins liés à l'identification**

- Problématique de la comorbidité non pris en compte dans le diagnostic de l'intervenant
- Conditions de l'entretien non favorables au dialogue

#### **Freins liés à l'accompagnement**

- Posture de l'intervenant : est dans une démarche de placement immédiate qui ne répond ni aux besoins de la personne, ni à une prise en charge adaptée
- Absence d'écoute du professionnel, qui ne montre pas d'empathie ni de posture d'écoute active
- Ne pas interroger les conditions de vie, de travail, le contexte de la consommation...
- Manque de formation du professionnel pour réaliser un entretien
- Représentations du professionnel
- De plus en plus de demande de consultation en CSAPA de la part des séniors

#### **Freins liés à l'orientation**

- Manque de connaissance des structures référentes et des acteurs ressources.  
Qui intervient ? Comment ? Comment orienter ? Où trouver les structures ?

#### **Freins liés au travail en commun**

- Mobilisation des acteurs de terrain difficile (médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers...)
- Pas d'alliance thérapeutique
- Le secret professionnel
- Des discours différents entre professionnels d'une même structure d'où un problème de repères pour l'utilisateur

## Leviers repérés et solutions proposées

### Solutions liées au repérage

- « Aller vers » grâce à des équipes mobiles (milieu rural)
- Sensibiliser l'entourage pour un repérage plus rapide

### Solutions liées à l'identification

- La consommation est une réponse à une souffrance, penser la conduite : « l'addiction est l'arbre qui cache la forêt »

### Solutions liées à l'accompagnement

- Travailler sur ses représentations
- Renforcer les compétences des acteurs de premières lignes (formation à la réduction des risques)
- Analyser les pratiques
- Mettre en place un accompagnement global, en associant des personnes directement et indirectement concernées (famille, amis, professionnels de santé)
- S'appuyer sur le cadre (ex : règlement intérieur)

### Solutions liées à l'orientation

- Développer le travail en réseau
- Développer les connaissances des ressources locales

### Solutions liées au travail en commun

- Le travail doit être pluridisciplinaire
- Avoir le soutien du médecin généraliste
- Avoir le soutien méthodologique d'associations spécialisées dans la prévention des addictions (notamment en milieu professionnel)
- Mettre en place des conventions
- Organiser des rencontres et échanges de pratiques

## ❖ Territoire : Evreux

### Animateurs de la table ronde

Christelle Juri (CSAPA CH de Gisors)

Léa Piens (CSAPA CH de Gisors)

Dr Michel Artus (CSAPA et CJC ANPAA)

Stéphanie Odic (CSAPA et CJC ANPAA)

Dr Thierry Etongo (CSAPA CH d'Evreux)

Elisabeth Julliot (CSAPA GCSMS Nouvel Hôpital de Navarre, L'abri)



### Fil rouge

Thomas Auvergnon (ARS Haute-Normandie)

Céline Callouet (RLPS Pays Risle Charentone)

## Freins repérés

### **Freins liés au repérage**

- L'alcoolisation de la personne âgée est un sujet tabou, peu parlé
- Les services et professionnels sont présents de façon variable selon les territoires
- La non-demande de la personne

### **Freins liés à l'identification**

- Les conditions de l'entretien ne sont pas favorables (ex : la personne est alcoolisée au moment où se déroule l'entretien)

### **Freins liés à l'accompagnement**

- Posture du professionnel non adaptée (attitude intrusive, n'est pas à l'écoute, mauvais accueil ...)
- Vouloir trouver une solution à tout prix, l'attente et la pression institutionnelle pour apporter des solutions toutes faites
- Les priorités du l'usager ne sont pas prises en compte (garde de l'enfant, logement insalubre...), ni ses besoins immédiats
- Se focaliser sur le produit, sa consommation, vouloir en établir une preuve
- Accès difficile aux professionnels et aux services selon le territoire
- Problème de mobilité du public jeune
- Conflit de loyauté (exemple de l'éducateur consommateur problématique qui a la responsabilité d'enfants)

### **Freins liés à l'orientation**

- Accès difficile aux professionnels et aux services selon le territoire
- Problème de mobilité du public jeune

## Leviers repérés et solutions proposées

### Solutions liées au repérage

- Favoriser l'« aller vers » grâce à des équipes mobiles

### Solutions liées à l'identification

- Respecter la sphère privée de la personne
- Mener l'entretien dans des conditions favorables
- S'appuyer sur les relations, l'entourage, la famille de la personne
- Evaluer les risques et informer des dangers pour la personne et son entourage
- Permettre à l'usage d'exprimer une demande
- Entendre les attentes et les priorités de la personne qui peuvent-être en contradiction avec celles du professionnel (ex : logement, enfant, diabète, emploi, alcool)

### Solutions liées à l'accompagnement

- Ne pas juger la personne
- Laisser le temps de s'installer la confiance entre la personne et les professionnels.
- S'appuyer sur les relations, l'entourage, la famille de la personne
- Intervenir sur le comportement, et non pas uniquement sur le produit
- Travailler sur les conditions de travail, les conditions de vie, de socialisation de la personne
- Aménager l'environnement pour favoriser la réduction des risques

### Solutions liées au travail en commun

- Passer le relais à celui qui a le lien
- Mettre en place des actions de prévention dans les entreprises

## ❖ Territoire : Rouen Nord

### Animateurs de la table ronde

Virginie Guillautin (CSAPA Caux et Bray)  
Alexandre Baguet (CSAPA CHU Rouen)  
Cassandre Mancel (CJC de La Boussole)  
Gabriel Auzou (CAARUD de La Boussole)

### Fil rouge

Corinne Leroy (animatrice)  
Sophie Ledieu (ASV Canteleu)  
Mathilde Kervarrec (IREPS Haute-Normandie)



## Freins repérés

### **Freins liés au repérage**

- Le manque de communication et de coordination entre les différentes structures/professionnels
- Le silence de l'entourage

### **Freins liés à l'identification**

- Ouvrir le dialogue par le soupçon
- Le déni de sa consommation par la personne
- Le silence de l'entourage

### **Freins liés à l'accompagnement**

- Soumettre la personne à un traitement/parcours de soins sans son adhésion
- Ne pas prendre en compte sa situation globale et son environnement

### **Freins liés à l'orientation**

- Manque de connaissance des structures référentes et des acteurs ressources
  - Qui fait quoi ?
  - A qui faire appel dans tel ou tel cas ?
  - A qui s'adresser ? Qui est la personne référente ?

### **Freins liés au travail en commun**

- Secret professionnel
- Manque de pluridisciplinarité

## Leviers repérés et solutions proposées

### Solutions liées au repérage

- Approfondir le travail et la prévention autour de la responsabilité de l'entourage
- Favoriser le secret partagé

### Solutions liées à l'identification

- Partager et s'informer auprès de différents professionnels pour saisir les nuances et les degrés de la consommation
- Approfondir le travail et la prévention autour de la responsabilité de l'entourage
- Favoriser le secret partagé
- Apprendre à poser la question de la consommation simplement

### Solutions liées à l'accompagnement

- Envisager des consultations délocalisées
- Prendre en compte l'environnement global de la personne
- « Construire avec » la personne suivie et non pas « construire pour »
- Construire autour du processus de cause à effets

### Solutions liées à l'orientation

- Articuler accompagnement social et parcours de soins
- Orienter vers la réduction des risques : l'arrêt total ne doit pas être systématique

### Solutions liées au travail en commun

- Décloisonner les champs disciplinaires (ex : Expérimenter les microstructures d'équipes pluridisciplinaires où le secret partagé y est favorisé)
- Mettre en place des temps de rencontres entre professionnels
- Mettre en place des temps d'échange de pratiques avec coordinateur de réseau

❖ **Territoire : Rouen Sud**

Animateurs de la table ronde

Sandra Leberte (La Boussole)

Véronique Berna (CHU de Rouen)

David Saint-Vincent (La Passerelle)

Maité Guedoit (Aides)

Valentine Monpioux-Duprès (CHI Elbeuf Louviers Val de Reuil)



Fil rouge

Laure Bidaux (IREPS Haute-Normandie)

Pierre Creusé (ASV Saint-Etienne du Rouvray)

### Freins repérés

#### Freins liés au repérage

- La non-demande de la personne
- Accès difficile au domicile de la personne
- Le silence de l'entourage

#### Freins liés à l'identification

- Les conditions de l'entretien ne sont pas favorables (ex : la personne est alcoolisée au moment où se déroule l'entretien)
- La consommation est une réponse à une souffrance
- Les représentations de la personne (ex : La consommation n'est pas perçue comme un danger)
- La banalisation, la minimisation ou le déni de la consommation

#### Freins liés à l'accompagnement

- Les attentes et les priorités de la personne ne sont pas prises en compte
- La proposition de soins ne correspond pas à la demande de la personne
- Pas de prise en compte de l'état global de santé de la personne
- Posture professionnelle non adaptée (pas de respect, pas d'écoute, moralisateur, stéréotypé, borné, pas de relation de confiance, menaces...)
- Pas de communication, pas de dialogue entre la personne et le professionnel
- Le professionnel projette ses représentations

#### Freins liés à l'orientation

- Manque de connaissances des structures référentes et des acteurs ressources
- Manque d'information sur les outils et ressources en prévention

## Leviers repérés et solutions proposées

### Solutions liées au repérage

- Evaluer les risques pour pouvoir les prévenir
- Sensibiliser les professionnels, les personnes et leur entourage

### Solutions liées à l'identification

- Entendre les attentes et les priorités de la personne qui peuvent-être en contradiction avec celles du professionnel (ex : logement, enfant, diabète, emploi, alcool)
- Recueillir les besoins exprimés par la personne

### Solutions liées à l'accompagnement

- Adapter son langage, favoriser les explications, pour mieux communiquer avec la personne
- Prendre en compte l'environnement global de la personne
- Laisser le temps de s'installer la confiance entre la personne et les professionnels, climat propice aux échanges
- S'appuyer sur le cadre législatif (code du travail, lois...), donner des repères, et les bons interlocuteurs (médecin du travail)
- Prendre le temps, ne pas chercher une solution toute faite ou immédiate, y aller par étapes, travailler sur le long terme
- Ne pas se focaliser sur le produit, trouver une autre porte d'entrée
- Travailler sur les CPS, partir des compétences et ressources de la personne
- « Construire avec » la personne suivie et non pas « construire pour », rendre actrice la personne

### Solutions liées à l'orientation

- Identifier les acteurs ressources et partenaires
- Les professionnels doivent apprendre à se connaître pour une meilleure coordination

### Solutions liées au travail en commun

- Créer du lien entre le secteur sanitaire et social
- Faire appel au réseau
- Réfléchir collectivement (échange de pratiques, AAP)

## L'intervention précoce

### 1. L'intervention précoce : une nouvelle approche ? De nouvelles pratiques ?

Jean-Pierre COUTERON  
(Psychologue clinicien, CSAPA Le trait d'Union (92),  
Oppélia – Président de la Fédération Addiction)

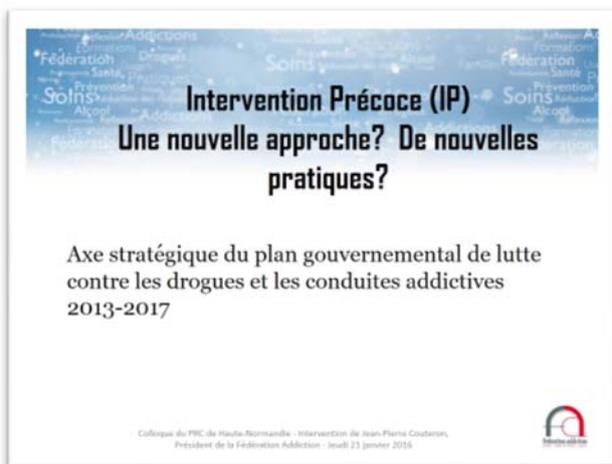


Je voudrais d'abord vous dire que je suis content d'être ici, car je vais vous faire un aveu assez personnel, cela m'a fait vivre un moment de nostalgie absolue. En effet, un an et quelques mois plus tôt, je quittais Mantes-la-Jolie, où j'avais travaillé trente ans dans le quartier du Val Fourré, pour prendre un nouveau poste. Je ne suis pas quelqu'un de très volage. J'étais resté très fidèle à Mantes-la-Jolie et à ce lieu, mais des raisons personnelles m'ont fait postuler pour un poste à Paris, à

Boulogne-Billancourt. Le passage en deux mois d'été de la clientèle de Mantes-la-Jolie, le Val Fourré, à la clientèle de Boulogne-Billancourt, est une expérience formatrice que je vous conseille de faire. C'est assez extraordinaire. Je m'occupe toujours de toxicomanes. Je m'occupe toujours d'addicts. Je suis toujours dans une consultation de jeunes consommateurs, mais j'ai changé d'univers, c'est un point évident. C'est déjà quelque chose de très fort par rapport à ce dont on va parler, car à ce point c'est étonnant.

En début d'après-midi, je suis passé à Montreuil, j'ai vu l'arrêt Mantes-la-Jolie, et j'ai éprouvé une certaine nostalgie. J'ai revérifié que les revendeurs de cannabis sont toujours au même endroit dans la gare. J'ai revérifié qu'une partie de mes patients sont toujours au même endroit, pareil pour la livraison, et ainsi de suite. J'ai revérifié que parfois, le temps passe, mais que tout ne change pas. Ceci dit, dans nos métiers nous avons une certaine passion pour essayer d'accompagner les changements, et ce dont on m'a demandé de vous parler, à savoir l'intervention précoce, se situe dans ce domaine-là.

Je vais vous en parler de l'endroit où je la pratique, donc plutôt sur les jeunes et plutôt sur les questions d'addiction. Je vais essayer de ne pas vous noyer dans des détails. Je vais la présenter avec pour idée ensuite de réfléchir à ce que cette stratégie peut avoir d'utile dans d'autres endroits. Mais également à la manière dont elle peut faire le lien - et c'est l'intérêt pour moi de l'intervention précoce - avec la promotion de la santé, avec l'accès aux soins, avec un certain nombre d'autres outils, d'autres domaines, qu'il est nécessaire d'avoir en tête quand on conduit ce travail.



L'intervention précoce, est-ce une nouvelle approche ? Est-ce que ce sont de nouvelles pratiques ? Il existe un phénomène que vous connaissez tous, c'est le fait d'arriver en disant « Tiens, on va faire quelque chose de nouveau », et toujours d'avoir une personne qui vous répond « Cela fait très longtemps que je fais déjà cela ». C'est humain. Qui ne s'est pas piégé un jour en se disant « Mais ce dont il me parle en me disant que c'est tout nouveau, cela fait vingt ans que je fais cela » ? Et souvent, cela

comporte une part de vrai. Il est vrai que la personne faisait déjà cela. Mais cela comporte également une part de faux car ce n'était peut-être pas suffisamment formalisé, que les liens n'étaient pas suffisamment distingués, et de ce fait, la part de nouveauté, qui consiste non pas à faire du nouveau pour faire du nouveau mais pour mieux accrocher les choses, mieux les faire dynamiser, risque d'être oubliée, quand on dit « Je le fais toujours ».



Est-ce donc une nouvelle approche que l'intervention précoce ? Est-ce que ce sont de bonnes pratiques ? Vous vous ferez votre opinion. Pour moi, il y a un peu des deux. Nous allons essayer de voir ce que cela signifie. J'ai toujours une petite hésitation quand je commence de cette manière car les personnes qui me connaissent savent que ce n'est pas forcément mon réflexe naturel, c'est-à-dire de passer par l'expertise cognitive. Ce n'est pas forcément ma culture, mais j'ai appris à

le faire. J'ai appris à dire qu'il existe dans les expertises cognitives un certain nombre d'outils qu'il est utile de connaître. Aujourd'hui, je le fais sans gêne et sans fausse pudeur, même si je suis de ceux qui peuvent parfois dire : « Attention, gardons un regard un peu clinique, un peu critique et un peu dynamique ». En effet, une expertise cognitive c'est quelque chose qui vient chercher dans la littérature ce qui est scientifiquement validé.

Une première critique que l'on peut émettre, c'est le fait qu'aujourd'hui, les validations scientifiques avantagent un certain nombre de travaux et en désavantagent un certain nombre d'autres. Clairement, ce type de validation avec des études randomisées en double aveugle, désavantage les travaux de prévention et une partie des sciences humaines et sciences sociales par rapport à une expérimentation en double aveugle d'une molécule ou d'un médicament, où là, on est un peu plus sûr. Souvent, les expertises cognitives vont plus pousser en avant un

mode de réponse et vont désavantager un autre mode de réponse. C'est d'ailleurs un aspect sur lequel les commanditaires des expertises sont en train de travailler parce qu'ils l'ont reconnu, ils le reconnaissent, et ils constatent que c'est un peu regrettable.

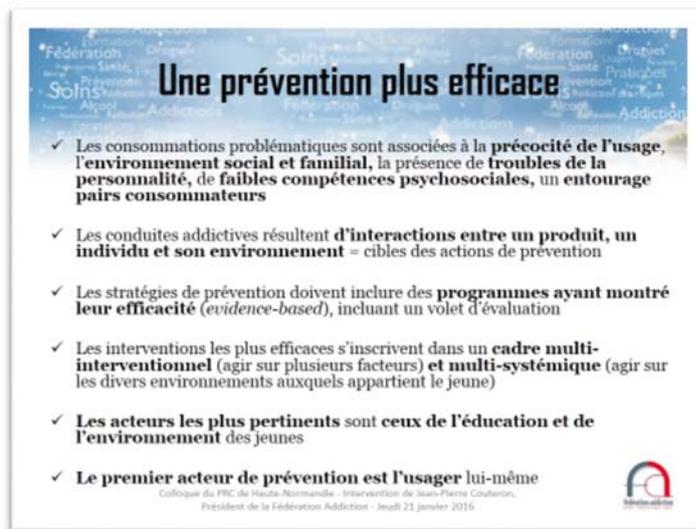
Pourquoi ce petit préalable ? Une partie de ce qui va fonder le travail que nous menons aujourd'hui ce sont des éléments que l'on ne va pas retirer directement de ce travail, mais du regard que l'on porte sur la société d'aujourd'hui. Quand on veut prévenir des comportements dans une société, il faut accepter de regarder la société d'aujourd'hui. Une partie de la société d'aujourd'hui a une pente terriblement addictive, ce qui veut dire qu'une partie des comportements que l'on nous demande d'essayer de combattre sont produits par cette même société, parce qu'elle a une sorte de centre de gravité qui penche de ce côté-là. Pour celles et ceux qui connaissent la réflexion qui peut se mener actuellement en addictologie, vous savez que l'on a identifié quatre paramètres qui produisent une société addictogène. Le premier, c'est la modification du sentiment d'appartenance. Appartenir à une communauté, appartenir à un groupe, appartenir à une entreprise, appartenir à un mode de vie, ce sont des choses qui ont été bouleversées au cours des années 90. Il existe sur ce sujet une littérature absolument extraordinaire. La plupart des villes que j'ai traversées ne sont plus des villes en elles-mêmes. Ce sont des villes où l'on rentre dormir parce que l'on travaille ailleurs. Or, on n'a pas le même attachement à son territoire quand on y rentre que le soir et que l'on en repart le matin que quand on y vit. Donc, que ce soit les lieux de vie, que ce soit les entreprises qui nous demandent d'abord d'être mobiles et de ne plus nous considérer comme ayant des CDI à vie, que ce soit les structures familiales avec la place prise par la famille, la famille recomposée et ses évolutions, vous avez ainsi un sentiment d'appartenance qui a changé. Il a créé une sorte d'individu face à lui-même qui doit s'assumer plus.

Le deuxième thème, c'est le rapport que l'on a à la sensation. La société d'aujourd'hui nous met dans une course à la sensation de plus en plus forte, de plus en plus intense. Le troisième thème, c'est le sentiment de compétition. Nous sommes en compétition permanente avec les autres. Il faut être le meilleur. Il faut être le plus performant. Le quatrième thème, c'est la crise économique dont nous nous sortons. Nous sommes encore dans trente années de crise économique, de chômage endémique et ainsi de suite. Le début du chômage, ce sont les années 70. Vous voyez, maintenant on commence à compter par rapport à cela. Un certain nombre de personnes se posent en permanence la question de la place qu'ils peuvent trouver dans la société. Mais vous savez que certains de nos collègues disent même qu'un certain nombre de personnes ne se posent pas la question de quelle place ils peuvent trouver, mais vont intégrer le fait qu'ils n'auront pas de place dans la société et qu'ils devront trouver une place dans les marges. Donc, cette société avec ces dimensions : faire dix fois plus la fête intensément, être en compétition permanente, être le premier (c'est le dopage), faire plus la fête (c'est du binge drinking), être dans des situations d'exclusion, c'est tout ce que l'on voit avec les économies parallèles, tout cela fabrique de l'addiction.

L'expertise cognitive arrive ensuite et dit : « Quelles sont les pratiques qui marchent ? Qu'est-ce que l'on peut essayer de faire ? ». Elle a fixé trois objectifs :

- prévenir ou retarder l'âge d'initiation,
- éviter les usages réguliers,
- repérer au plus tôt les usages précoces et réguliers.

Or, si vous lisez bien, vous voyez qu'il est un objectif qu'elle n'a pu fixer, c'est celui d'éradiquer les substances. Elle a compris que, dans une société de l'hyperconsommation, éradiquer les substances et les usages, c'est impossible. Donc elle dit « Peut-être moins tôt, peut-être moins souvent, et peut-être de façon moins grave », en gros. Ce sont les objectifs qu'elle donne, et pour cela elle va proposer un certain nombre d'outils qui ont été prouvés comme étant efficaces et ayant fonctionné.



On va partir de ce cadre, et comme c'est une réflexion sur la prévention qui a été demandée à l'expertise cognitive, elle va trouver un certain nombre de paramètres que vous avez déjà tous entendus, même si vous n'êtes pas spécialiste des addictions. Dans l'addiction, par exemple, on parle de la précocité d'usage. Vous connaissez la fameuse théorie, qui a été très popularisée, de l'élagage neuronal. Si je consomme du cannabis trop jeune, si j'ai des consommations de binge-

drinking trop jeune, cela vient sur une personnalité qui n'est pas construite, sur des liens sociaux qui ne sont pas finis. Il se rajoute le fait que cela vient sur une problématique au niveau du système nerveux central et du cerveau, qui peut largement pondérer de façon négative cet usage, alors que le même usage passé 22, 23 voire limite sur les 25 ans, n'aura peut-être pas les mêmes conséquences sur la personne.

Les conduites addictives résultent d'interaction entre un individu et son environnement. Donc, de façon très naïve mais très méthodique, on a ces trois cibles sur lesquelles on peut agir, avec les débats que vous avez actuellement :

- Jusqu'où des nouveaux produits arrivent ? C'est tout ce qui arrive au niveau des nouvelles drogues, c'est tout ce qui arrive avec les drogues de synthèse.
- Toutes les questions sur l'individu : comment est l'individu aujourd'hui ? comment est-il fabriqué ? On retrouvera cela dans le travail.
- Et puis, dans quel environnement est-on ? Est-ce qu'on a un environnement qui favorise ou est-ce qu'on a un environnement qui pondère les usages ?

L'idée va être ensuite d'essayer de regarder ce qui a montré son efficacité. C'est là que cela peut être toujours le plus compliqué parce que pour qu'un programme ait démontré son efficacité, il faut qu'il ait été construit, puis il faut qu'il ait été testé, puis il faut qu'il ait été retesté. Généralement, il a dix ans de retard. Entre le moment où l'on dit que ce programme est efficace, il s'est passé dix ans par rapport au moment où le programme a commencé. Et parfois, dans les dix ans de retard, beaucoup de choses ont changé, notamment sur le terrain des addictions. Cela paraît une anecdote, mais en dix ans, un phénomène qui a explosé, c'est

celui des problématiques d'abus d'écran. Il y a dix ans, vous aviez peu de choses sur les abus d'écran, cela commençait à peine. Aujourd'hui, ils sont devenus majeurs. Dans certaines consultations de jeunes consommateurs, cela devient le premier motif de prise de rendez-vous, alors que ce n'est pas encore considéré comme étant une addiction dans les classifications DSM internationales et les études. Donc c'est tout à fait intéressant d'observer ce phénomène.

Ce matin, je participais à un petit débat à Europe 1 sur les chiffres qui montrent un début d'apaisement de l'expérimentation d'alcool et de cannabis au décours des années collège. Le journaliste Thomas Sotto me disait : « Alors, c'est l'inversion de la courbe ? Voilà, tout compte fait, est-ce qu'on a inversé au moins la courbe du cannabis, de l'alcool, du tabac ? ». Je lui répondais : « Vous rigolez mais moi, quand j'ai commencé dans mon travail, le binge-drinking, personne n'en parlait, c'était absolument inconnu. Cela n'existait pas ». Et je lui rappelais que voici environ quinze ans, je participais à un débat sur la même antenne où l'on s'engueulait entre spécialistes sur la question de savoir si le binge-drinking était une mode construite par quelques fous furieux ou si c'était vraiment un problème qui arrivait. Aujourd'hui, c'est un problème qui est très mesuré. Donc, il faut toujours avoir en tête qu'avec les addictions, on est sur un terrain très mouvant. Ce n'est pas le cas dans tous les domaines. Il y a des problématiques qui sont plus ancrées et des problématiques qui changent beaucoup. Sur ces actions de promotion de la santé, notamment sur l'intervention précoce, cette capacité à rester proche du terrain est une garantie d'efficacité.

Et puis, les interrelations les plus efficaces s'inscrivent dans un cadre multi-interventionnel. On va être obligé d'agir sur plusieurs facteurs et multisystémiques. On va être obligé d'agir sur divers environnements auxquels appartient le jeune, en l'occurrence. C'est toujours agaçant parce que l'on aimerait tous des choses simples, et puis surtout, on aimerait bien se dire : « J'appuie sur ce truc-là, ça marche bien, du coup on dit que c'est grâce à moi que ça va marcher ». La problématique de l'addiction, est qu'elle n'est pas à entrée unique et que de ce fait, on va avoir des systèmes différents. Parfois c'est celui qui agit sur le système là-bas qui va tirer un bénéfice à cet endroit-là, alors que moi qui, comme un malheureux, rame depuis des années en agissant de ce côté-là, je n'obtiens pas quelque chose d'intéressant.

[...] En 2004, dans une salle comme celle-ci, dans une autre région, nous faisons venir une collègue spécialiste du cannabis chez les jeunes. Il y avait tout un aréopage de scientifiques, dont un certain nombre de professeurs d'addictologie que je ne citerai pas, et nous présentions glorieusement combien nous avons lutté contre le cannabis. La personne nous entend et dit : « Rendez-vous dans dix ans, vous serez les plus mauvais en Europe ». Elle est partie, elle a mené ses travaux, et nous l'avons fait revenir en 2014. Je rappelle qu'en 2014, 2015, 2016, les plus mauvais chiffres sur le cannabis, l'alcool et le tabac sont ceux des Français parce que, effectivement, nous avons choisi une stratégie héroïque. Nous avons confié la lutte contre le cannabis aux médecins et aux policiers. Résultat, on s'est fait « enfoncer par le centre » parce que la plupart des utilisateurs ne sont ni des malades ni des délinquants, ce sont des gens x ou y qui ne se sentent concernés ni par une stratégie strictement médicale ou thérapeutique, ni par une stratégie strictement pénale ou judiciaire. Quand elle est revenue, la personne en question a été très courtoise, elle a juste récité son discours, elle a redonné ses arguments, cela prenait trois diapositives. Elle est repartie avec des applaudissements de la salle quand même

un tout petit peu gênés. Mais elle peut vivre sans être réinvitée régulièrement en France, ce n'est pas grave.

Il faut rappeler que dans la prévention, le vrai problème réside dans le fait que la première personne à convaincre, ce n'est pas l'entourage, ce ne sont pas les parents, ce ne sont pas les collègues (parce que souvent, on s'adresse à nous-mêmes quand on décrit comment on va faire), c'est l'utilisateur lui-même. Il faut donc « choper » chez l'utilisateur ce qui le concerne.

**Critères d'inefficacité des actions de prévention**

- ❌ Actions uniquement la transmission d'information (risque de curiosité pour l'expérimentation)
- ❌ Intervenants non crédibles car méconnaissance des pratiques ou ne tenant pas compte de l'expérience des jeunes,
- ❌ Interventions basées sur la peur ou l'exagération des risques
- ❌ Interventions ponctuelles en réponse à crise, sans programme durable

↓

- ✅ Abandonner les catégories de bonnes ou mauvaises drogues
- ✅ Abandonner la focalisation sur le produit
- ✅ S'intéresser aux fonctions de l'usage (plaisir, soulagement, socialisation)
- ✅ Soutenir le pouvoir de la personne sur elle-même et son environnement en renforçant ses ressources propres et celles de son contexte

Colloque du PIC de Haute-Normandie - Intervention de Jean-Pierre Coularon, Président de la Fédération Addiction - Jeudi 21 janvier 2016

Nous allons maintenant aborder les critères d'inefficacité des actions.

Vous les connaissez, toutes ces actions ponctuelles où l'on fait venir le sauveur armé de sa lance sur son fier destrier en train de dire : « Regardez, moi je vais éradiquer la drogue ». Il y a aussi celui qui va en rajouter : « C'est extrêmement dangereux, ça va tous vous coller au mur ! », le fameux éléphant rose. Le discours de l'excès peut faire peur à quelques-uns mais

ne marchera jamais, on le sait. Cela ne signifie pas qu'il ne faut pas nommer les dangers et les risques. Je suis fermement convaincu qu'au fur et à mesure que l'on découvre un certain nombre de dangers, il faut les mettre dans la discussion, il faut communiquer dessus. Mais baser la stratégie sur cela échoue. Vous avez sur ce point un certain nombre de repères qui peuvent nous aider. Le plus vexant, c'est le fait que, ce qu'a isolé cette expertise cognitive, on le sait tous depuis très longtemps. On se demande pourquoi il faut financer de l'expertise pour le rappeler, mais bon, cela a été rappelé. On va voir si on a plus de succès que les autres fois.

**Les adolescents, un public à rencontrer**

Les demandes d'aide n'interviennent pas spontanément même lors d'un usage élevé\* :

- Parmi les usagers réguliers de cannabis : 0,6% de demandes d'aide
- Parmi les usagers quotidiens : 6,3 % de demandes d'aide

↓

**Mobiliser entourage et la communauté adulte, acteurs incontournables pour repérer et accompagner**

**Soutenir la mission d'« aller vers » des CJC**

\* Obradovic et al. 2013 – Usage problématique du cannabis – Revue de littérature internationale – OFDT/Fédération Addiction

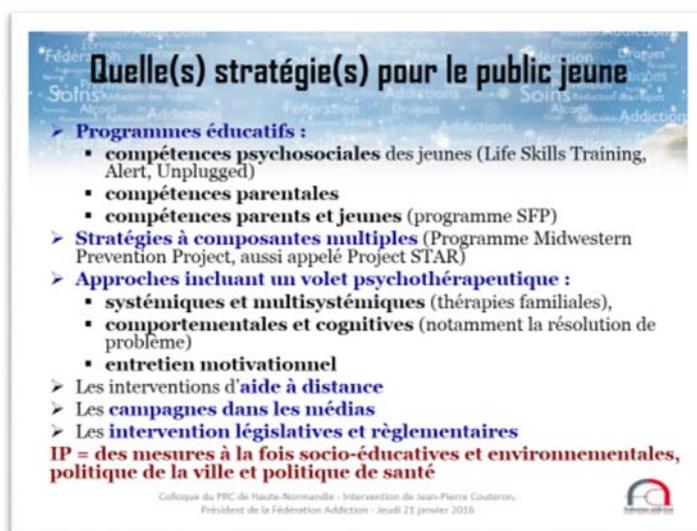
Colloque du PIC de Haute-Normandie - Intervention de Jean-Pierre Coularon, Président de la Fédération Addiction - Jeudi 21 janvier 2016

Un deuxième point important porte sur les publics que vous avez. Je dirais que l'intervention précoce, au départ, ce sont des outils qui ont été appliqués pour travailler sur un certain nombre de situations psychiatriques. Cela a été appliqué sur un certain nombre de publics. Pourquoi est-on allé chercher du côté des adolescents ? Parce que, particulièrement, l'adolescence est un jeu de dupe. S'il y a quelqu'un qui n'a pas envie de consulter et d'être vu par le soignant, a priori, c'est bien

l'adolescent. Les demandes d'aide n'interviennent pas spontanément, même dans les cas

d'usage élevé, cela a été mesuré, et vous voyez que le score est assez terrible. Si l'on considère que notre rôle, c'est d'attendre qu'ils viennent demander d'être aidés, on est dans ces scores-là : 0,6 % viennent demander d'être aidés. Si nous considérons que notre fonction de soignant, c'est d'attendre la demande d'aide, nous passons à côté.

De ce fait, c'est particulièrement sur ces questions d'entourage, des communautés autour, des groupes d'utilisateurs (idée que l'on a trouvée dans une partie de ce qui est la promotion de la santé et dans une partie de ce qui est la réduction de risques) qu'il faut travailler. C'est-à-dire « aller vers », se déplacer, sortir des lieux et rencontrer les personnes au plus près de leur pratique qui est devenu quelque chose d'important. C'est un des chemins qui a conduit à adapter la stratégie d'intervention précoce dans le cadre d'un dispositif public tel que les consultations jeunes consommateurs.



Si je reviens plus tranquillement au contenu de l'expertise cognitive, nous allons retrouver des éléments qui parleront parmi vous aux personnes qui travaillent sur la promotion de la santé, le développement des compétences psychosociales. On a retrouvé un certain nombre d'outils, qui là encore n'ont rien d'original, ne sont pas d'une nouveauté extraordinaire, certains datent même d'un certain temps, mais l'expertise les a valorisés en disant :

« Effectivement, on doit reconnaître qu'ils ont un certain nombre de résultats tout à fait convergents et intéressants. »

A cet égard, je partage avec vous un questionnement. J'ai une blague que j'aime bien raconter aux journalistes, parce que j'ai l'enregistrement de Roselyne Bachelot me promettant de déployer partout en France un de ces points-là, il s'agissait du SFP. Elle nous l'avait enregistré, c'est un disque dur, ce n'est pas encore effacé, donc j'ai l'enregistrement, et cela date de quelques années puisque c'était Roselyne Bachelot qui était ministre de la Santé. Ceux qui suivent ces histoires savent que le programme n'a pas été massivement déployé. Il n'a même pas été hypothétiquement déployé. Le privilège d'être depuis longtemps dans le métier, c'est que j'ai aussi les traces de la journée sur l'adolescent et prévention, organisée par le président précédent de la MILDECA, Etienne Apaire, où là, le programme c'était le triple P ; ce n'était plus le SFP, c'était le triple P. Et le triple P australien allait sauver la France, mais le triple P est resté un petit peu en congé, on ne l'a pas eu. J'ai l'air de me moquer mais au début, on y croit, aux promesses, on se dit : « C'est chouette, on va avoir le SFP. » Après, quand on vous fait la promesse du triple P, on se dit : « Bon, peut-être qu'on aura le triple P. » Et puis, il y a eu ensuite, au moment de l'arrivée de la nouvelle présidence, il y avait F. Faggiano que vous connaissez peut-être, qui est un spécialiste de la prévention, qui avait évalué un certain nombre de

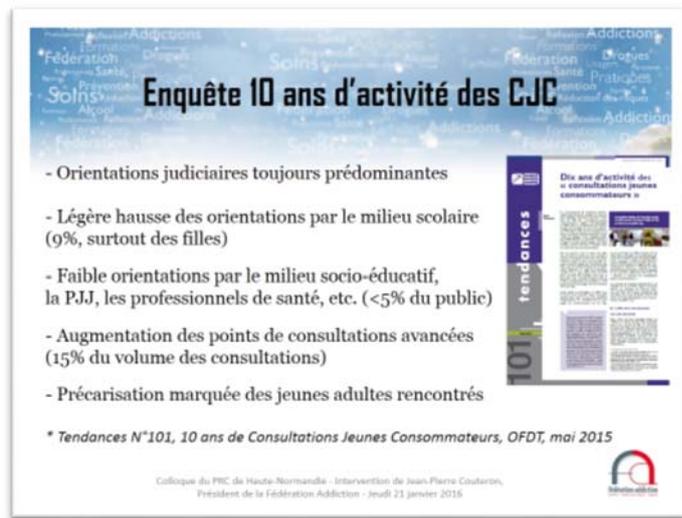
programmes au niveau européen, qui a lui poussé le programme Unplugged. Nous avons donc un certain nombre de pistes sur Unplugged.

Quand on observe, que voit-on ? On voit que ces programmes éducatifs portant notamment sur les compétences psychosociales, vont associer un travail avec les parents et un travail avec les adolescents. Qu'ils s'appellent A, B ou C, à quelques nuances près, ce sont des programmes intéressants. Vraiment, l'idée à retenir, c'est que ces programmes-là sont des programmes intéressants. C'est casse-pied pour certains d'entre nous parce que c'est un peu formalisé ; pour d'autres, au contraire, c'est intéressant parce que c'est bien « méthodologisé », on peut bien suivre. Des expérimentations sur Unplugged ont été menées en France et ont été largement satisfaisantes. Il vient par ailleurs d'y avoir des expérimentations sur le SFP à Mouans-Sartoux, sur lesquelles on commence à communiquer, qui ont été largement satisfaisantes. On serait en droit de dire : « Écoutez, puisque ça a marché, il serait quand même bien que l'on en dise quelque chose. » Après, vous avez un point sur lequel on discutera : les approches SFP ont-elles un volet psychothérapeutique ? Parce qu'on ne peut pas être sur les constats d'épidémiologies que l'on dresse et dire : « X % des jeunes ont expérimenté, x % des jeunes ont un usage régulier ou un usage récent. » On sait maintenant que dans les établissements scolaires, les lieux d'apprentissage, on n'est pas encore en prévention purement primaire, on s'adresse à des publics qui sont expérimentateurs, et pour certains, ce serait bien qu'ils fassent un premier pas non pas du côté du soin mais de quelque chose qui soit un peu plus que simplement de la prévention. Il y a tout un travail qui se fait autour d'ouvrir les portes à ce moment-là, un volet psychothérapeutique.

Et puis, il y a des nouveaux outils. Là, on retombe dans la nouveauté ou pas. Prenons l'exemple des aides à distance. Je vais peut-être en décevoir certains, mais j'aime bien un certain nombre d'applications. Hier, j'ai fait télécharger une application suisse à mon dernier consommateur de cannabis. C'est une application que j'ai testée : elle me félicite car j'ai un certain nombre de mois d'arrêt du cannabis en théorie sur cette application. Maintenant, tous les mois, je reçois un message me disant : « Super, tu viens d'augmenter ta cagnotte de temps ! » Cela fait parfois un peu ridicule, cela m'assure un certain succès lorsque cela s'allume quand j'ai une réunion au ministère parce que je peux leur montrer : « Regardez, je suis sobre depuis tant de temps. » On peut en sourire, mais c'est quelque chose dont on commence à voir des résultats, donc il ne faut pas s'en priver.

C'est quelque chose qui peut jouer un certain rôle pour un certain nombre de jeunes, et vous verrez que l'INPES, peu à peu, va accélérer là-dessus, nous communiquons beaucoup dessus. Ce n'est pas en concurrence du reste. Arrêtons d'avoir peur. C'est en complément du reste, et cela vient renforcer. Sur l'éventail médias, je ne vous en dirai pas davantage car nous sommes encore en réflexion. C'est sur les interventions législatives et réglementaires qu'il y aurait un vrai débat à avoir. L'expertise cognitive renvoyait à ce travail sur l'intervention précoce, c'est-à-dire cette capacité à essayer de faire converger des mesures à la fois socioéducatives, environnementales, à faire travailler la politique de la ville et la politique de la santé à peu près dans les mêmes directions. Au lieu d'enfermer chacun dans des filières, chacun dans des dispositifs, chacun dans des logiques d'opérateur, pensons les choses de façon transversale, mettons-nous à la place de la famille x ou y, et déployons un certain nombre de réponses de

façon étagée, variée, mais pour qu'elles soient lisibles et qu'elles soient compréhensibles pour les personnes auxquelles elles sont censées répondre.



Pour terminer la radiographie, une enquête a été réalisée sur les activités des CJC dans les dix années qui viennent de s'écouler, pour voir où l'on en était : est-ce que cela marche ou pas ? Et qu'avons-nous vu ? Des choses qui ne devraient pas nous réjouir : des soignants boussolés, c'est-à-dire que les orientations judiciaires sont toujours prédominantes. Je n'ai rien contre le fait que les personnes interpellées soient renvoyées vers le soin, mais

qu'un certain nombre de dispositifs qui se veulent des dispositifs faciles d'accès aient majoritairement encore un public contraint, c'est le signe qu'elles ne font pas bien leur travail, ou c'est le signe qu'elles ne le font pas dans des conditions qui leur permettent de le faire correctement. C'est un élément sur lequel il faut que l'on soit capable de parler.

Nous avons vu néanmoins des indices positifs, montrant que les orientations par le milieu scolaire commençaient à augmenter, surtout pour le public féminin. Ce n'est pas inintéressant, puisque les enquêtes publiées montrent que les jeunes filles, en tout cas aux alentours de la 4<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> dans l'enquête HBSC, est le premier public qui a commencé à diminuer ses consommations. C'est chez les jeunes filles que l'on voit les premières baisses de façon très nette pour le tabac, l'alcool (l'alcool aussi chez les garçons), et le cannabis (uniquement chez les filles). Les faibles orientations par le milieu socio-éducatif, c'est un effet filière, c'est dommage, ce n'est pas compréhensible, ce n'est pas logique. Il y a une perte d'efficacité de l'organisation de nos réponses.

Un autre point intéressant réside dans l'augmentation des consultations avancées. Cela veut dire qu'à l'inverse, les acteurs ont fait l'effort de se redéployer au plus près, et cela fonctionne. Ils sont sortis du lieu unique et sont allés mettre des permanences. Il existe maintenant beaucoup de permanences dans certaines régions qui sont ouvertes dans les centres d'apprentissage. Là encore, ce qui est intéressant, ce n'est pas de dire qu'il y a des permanences de A, de B ou C, c'est de dire qu'il y a des permanences des CJC ; peu importe pour moi, sincèrement, qu'elles soient gérées par A, B ou C, c'est le dispositif qui doit l'emporter sur la logique d'opérateur. Il faut que l'on soit capable de se déployer.

Une autre nouvelle qui n'est pas réjouissante mais qui est sans surprise, c'est que l'on observe par ailleurs une précarisation des publics rencontrés. Une partie des jeunes que l'on rencontre sont dans des situations sociales de plus en plus fragiles.



Le raisonnement qui a partagé l'ensemble des spécialistes qui ont débriefé ces études INSERM et qui ont travaillé sur ce que l'on pouvait faire, c'était de simplifier l'accessibilité de la rencontre autour de cette notion d'intervention précoce, et surtout de faire quelque chose sur lequel on divulgue beaucoup en ce moment, c'est-à-dire de penser les parcours de santé au regard des parcours de vie.

[...] Et à partir des parcours de vie, venir greffer les outils dont nous disposons, qui

nous permettront de leur proposer des parcours de santé, dans certains cas des parcours de soins.



Un premier point dont on peut en être fier, parce que c'est une bataille que l'on a collectivement menée avec l'ensemble des acteurs, c'est de faire connaître le dispositif. C'est tout bête, mais ce matin, je recevais une fédération de parents d'élèves, et nous avons pu organiser quatre, cinq réunions d'informations relais par session de prévention, des réunions d'informations dans les établissements scolaires de ce bassin au cours desquelles nous avons

expliqué, présenté la CJC. On est passé d'une consultation qui voyait un nombre pas significatif de jeunes à une consultation pleine tous les après-midi où elle est ouverte. Cela ne pose aucun problème. Ce n'est pas le plus important de l'intervention précoce mais cela en fait partie que d'arrêter de dire : « Ici, c'est la cabane bleue. » C'est très beau, nous avons tous des capacités étonnantes à inventer des mots pour noyer le dispositif. Mais il faut se discipliner et dire : « Ici, c'est la CJC. »

Je ne vous demande pas de jeter vos logos à la poubelle, mais d'utiliser le sigle collectif qui permet à Madame ou Monsieur Michu de ne pas être obligé de se dire : « Alors, la CJC, chez lui, cela s'appelle la cabane bleue, c'est rattaché à une association qui s'appelle Le chemin de verre, et c'est géré par quelqu'un qui avant était... » Ils sont méritants quand ils arrivent à vous trouver. Par exemple, il existe un autre centre qui s'appelle Le trait d'union ; comme c'est l'un des plus vieux en France, il ne faut surtout pas enlever le nom Trait d'union. L'association s'appelle Opepia ; comme elle vient de se créer, qu'elle a quelques ambitions, il faut surtout

mettre Oppelia. Je leur dis : « D'accord, mais on va quand même parler de la CJC, on va donner les numéros de téléphone, et ça suffira. » Si les gens ont envie de déposer une fleur en hommage au fondateur du Trait d'union dans les années 70, je prendrai la fleur. Mais simplifions les choses. L'intervention précoce, c'est aussi parfois ce souci de dire que pour les familles qui sont en difficulté, les jeunes qui sont autour de nous, ici, on doit leur rendre lisibles les acteurs. Parlons du dispositif, arrêtons de parler de nos petites personnes.

Je finis de me répandre là-dessus. De toute façon, chaque année, mes adhérents peuvent choisir de me réélire ou de me jeter à la poubelle. Peut-être qu'un jour, ce sera le cas, mais au moins, je saurai pourquoi.

Sur mes spots vidéo, j'ai une petite anecdote : rappelez-vous que le spot vidéo qui a agacé tout le monde, c'était celui sur les jeux. Le cannabis, tout le monde a trouvé cela normal. L'alcool, tout le monde a trouvé cela normal, mais il n'a pas très bien marché. Mais sur les jeux, les fabricants ont mené une pétition. Ils trouvaient que c'était scandaleux, alors que je vous rappelle que l'addiction aux écrans est l'un des plus grands motifs de prise de rendez-vous aujourd'hui.

Le guide de communication, j'en ai fait sa publicité. Passons à l'annuaire des listes. Je ne résiste pas : allez vérifier que vous êtes bien sur la bonne liste, allez vérifier que c'est lisible, si vous êtes dans ce secteur-là. Si vous êtes dans un autre domaine, rappelez-vous là encore : l'intervention précoce, c'est mettre à disposition du public des informations lisibles, donc une personne doit pouvoir trouver quelque part que si elle a un problème autour du thème, par exemple, du processus de vieillissement, elle peut s'adresser à tel endroit, et si c'est un problème concernant les jeunes, à tel autre. Faites cet effort d'être dans une communication qui n'est pas centrée sur la boutique.



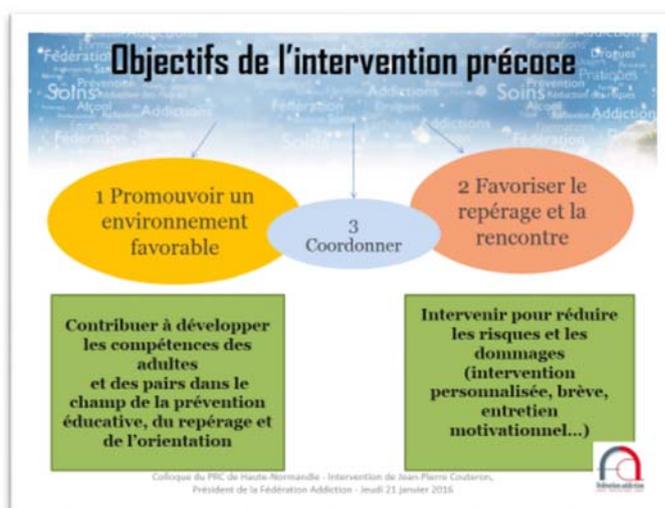
Si l'on rentre dans le « dur » de l'intervention précoce, je dirais que pour une fois, le terme ne cache pas de piège. Intervenir précocement, cela veut dire qu'il y a l'idée de venir entre, d'intervenir, et de le faire avant. Par exemple, on a appelé cela les « consultations jeunes consommateurs », alors que cela ne doit pas être que de la consultation, mais nous avons intitulé cela de cette manière car sinon, nous n'aurions pas eu le budget. C'est toujours très

compliqué de dire que dans les consultations jeunes consommateurs, bien sûr, ils viennent en consultation, mais ce n'est pas que de la consultation. Là, c'est simple, l'intervention précoce, cela dit bien ce que cela veut dire : il s'agit d'essayer de venir avant, et donc de toucher à un des grands tabous de l'organisation, à savoir les rapports entre la prévention et le soin.

Officiellement, tout le monde sait, mais ce sont quand même deux cultures différentes, et parfois deux modes de raisonnements différents.

L'autre problème, c'est l'articulation entre l'individu et le groupe : qu'est-ce qui est de l'individu ? Qu'est-ce qui est du groupe ? Dit de cette manière, cela peut passer. En revanche, si vous me dites : « C'est la santé publique versus la clinique. », vous réouvrez la guerre des chapelles. J'ai travaillé à un moment dans l'addiction où l'on est passé à côté de l'histoire du Sida parce que c'était des cliniciens qui s'occupaient de l'addiction, et que le raisonnement de santé publique au niveau d'une population par rapport au Sida a mis un temps fou à passer dans la tête de ces cliniciens. Donc, derrière ces aspects, il y a des enjeux parfois qui sont plus complexes qu'on ne le croit. Avant les premiers usages, pour certains, avant l'apparition des troubles et des dommages, c'est la problématique importante, et surtout avant la demande d'aide, c'est-à-dire sortir d'un schéma ancien.

Je le dis tranquillement mais je le rappelle, j'ai reconnu dans la salle certains de mes collègues cliniciens : moi j'ai été formé, je suis d'une génération où l'on était dans le bureau, on attendait la demande d'aide. Je n'avais pas l'impression de voler mon salaire en attendant la demande d'aide. En plus, il y a toujours des gens qui viennent demander de l'aide. On pouvait avoir l'impression qu'on avait fait notre travail quand on avait fait cela. Or, par rapport aux problématiques actuelles, on se plante.



Je vais vous donner rapidement les outils concrets de l'intervention précoce, puis nous pourrons débattre. La première étape, c'est de partir du plus large, donc promouvoir un environnement favorable. Rien que cela pourrait constituer un cinquième programme, surtout aujourd'hui, surtout dans un certain nombre de lieux, surtout dans un certain nombre de situations économiques, matérielles, surtout dans un certain nombre de situations culturelles, parfois même familiales.

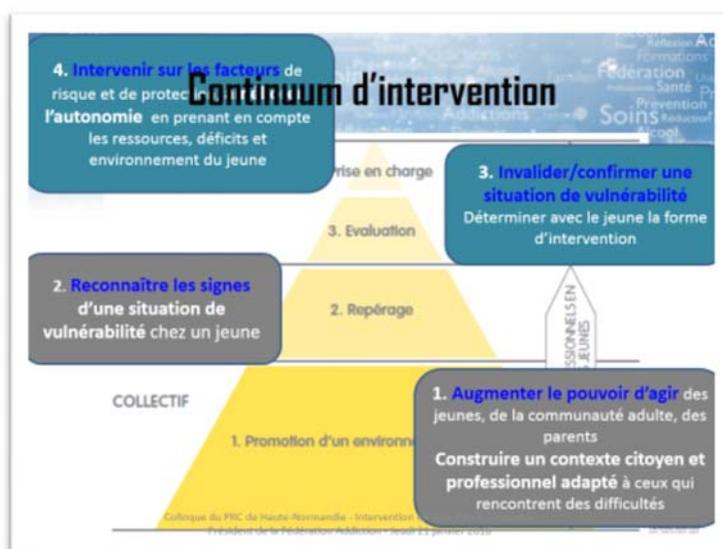
Promouvoir un environnement favorable, c'est parfois un vrai travail, et nous verrons qu'il existe des outils qui peuvent être utilisés, des convergences qui peuvent être faites. On peut aller chercher des compétences, et oui, il faut aller chercher des compétences à l'extérieur de votre champ, contribuer à développer les compétences des adultes et des pairs dans les champs de la prévention éducative, du repérage et de l'orientation. Il y a là tout un travail de fond qui doit être fait.

Favoriser le repérage et la rencontre, c'est un autre débat. Vous avez suivi le débat sur « zéro de conduite », le mot repérage peut faire très peur. Vous avez suivi de l'autre côté toutes les opérations qui ont été réalisées autour du RPIB, qui est un outil tout à fait intéressant, le

Repérage Précoce associé à l'Intervention Brève. On est sur des choses qui ne sont ni complètement l'un ni complètement l'autre. C'est toujours compliqué quand on nuance un petit peu, mais le fait est que l'on n'est pas dans le repérage précoce et l'intervention brève d'un usage installé, on est sur un public potentiellement un peu plus jeune ou un peu plus volatile. On n'est pas dans le repérage de phénomènes de vulnérabilité présents dès la petite enfance, dans la moyenne enfance, qui d'ailleurs peut se discuter si on met en face des outils pour réparer ce que l'on identifie. On est sur quelque chose où l'on va travailler, et vous verrez comment, autour de « l'ici et maintenant » des problèmes. Donc avec des outils comme l'intervention personnalisée, l'intervention brève, notamment, on a réussi là à faire un peu converger un certain nombre de choses.

En ce qui concerne les coordonnées, nous rencontrons parfois des situations frustrantes. Pour vous donner un exemple : nous venons de faire un certain nombre de focus, et une région va travailler là-dessus, c'est l'Aquitaine. Il était quand même très décevant de constater que le nombre relativement conséquent de jeunes qui avaient eu des problèmes de surconsommation d'alcool ou de surconsommation de substances, et qui passaient par les urgences, ressortaient sans jamais savoir qu'il existait des consultations jeunes consommateurs qui pouvaient les aider. Il est regrettable que les équipes qui font de l'intervention la nuit, qui font de la réduction des risques, qui n'ont pas pour but, eux, de faire ce travail, mais qui ont une qualité d'alliance avec un certain nombre de ces jeunes, parce que les jeunes ont pu voir qu'ils étaient là pour les aider et pour les soutenir, n'aient pas le réflexe aussi de dire : « Si tu veux, dans deux, trois jours, au calme, tu peux aller rediscuter avec telle équipe. », et que, de fait, on ne crée pas ces passerelles qui, là encore, amélioreraient l'efficience.

Une partie de l'intervention précoce consiste également à réfléchir aux filières. Parfois, les concurrences interassociatives, ou parfois même les conflits d'histoires entre ceux qui sont plutôt du côté de la réduction des risques, ceux qui ont plutôt une autre approche, etc., font que l'on coupe l'information de l'utilisateur, qu'on ne lui fait pas passer l'information comme on devrait la faire passer. Nous avons collectivement des responsabilités pour arrêter de penser à l'intérieur de notre système et penser dans cette logique d'intervention précoce.

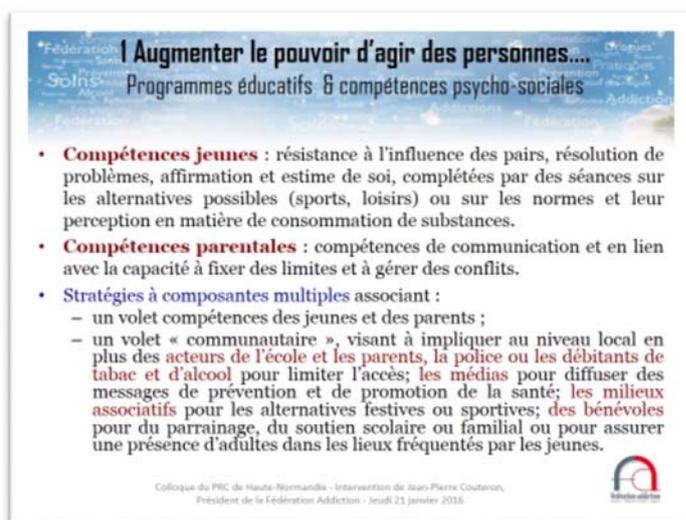


Vous l'avez compris, le but est de recréer un continuum. C'est assez compliqué de se sortir de ces histoires. Notre rôle devrait être d'enlever au moins tous les obstacles administratifs, organisationnels là-dessus. Cela vient de la Suisse. J'adore parce que les Suisses ont quand même une façon d'être tranquilles, apaisants, relativement rassurants. Je vous rappelle, pour ceux qui se moqueraient, l'exception culturelle suisse : c'est le pays en Europe qui, depuis

plusieurs années, réussit l'inversion complète de la courbe des usages chez les jeunes. A tel point que la dernière fois que les statistiques sont sorties, j'étais en Suisse avec mes collègues du GREA, et ils s'ennuyaient parce que le téléphone ne sonnait plus. Ils me disaient : « Jean-Pierre, comme les chiffres sont bons, les journalistes n'appellent plus. ». Puis, ils se sont dit : « On va faire une petite blague. ». Et ils ont fait un communiqué de presse disant que si le cannabis, l'alcool et les drogues baissaient en Suisse chez les jeunes, c'est peut-être parce que les écrans augmentaient, cela pour faire partir une fausse rumeur ! Dans la ½ heure qui a suivi, un journaliste a appelé en disant : « Votre hypothèse que les drogues illicites... ». Ils ont fait un petit canular pour s'amuser, ils n'ont pas communiqué plus... Mais les Suisses ont réussi. Après, s'agissant de la comparaison entre les pays, il faut rester assez prudent.

Une deuxième chose que je veux vous dire à propos de la Suisse, concernant le grand spécialiste actuel de l'intervention précoce, Christophe Kurdi, qui est quelqu'un qui dirige l'un des plus grands programmes d'intervention précoce sur la région de Lausanne. Pour vous donner une idée à quel point ils ne sont pas dans la même culture du clivage et des filières, c'est quelqu'un avec qui j'ai travaillé pendant dix ans parce que c'était le directeur de la salle de consommation à moindres risques, Quai 9 à Genève. Vous n'imaginerez pas en France quelqu'un passer d'une salle de consommation à moindres risques à un programme d'intervention précoce : y compris les familles trouveraient cela scandaleux, trop dangereux. En Suisse, cela leur a paru complètement naturel. Après avoir fait dix ans de réduction des risques les plus pointus, il trouve tout à fait naturel de travailler l'intervention précoce au sens de : éviter aux personnes de rentrer dans ces usages problématiques.

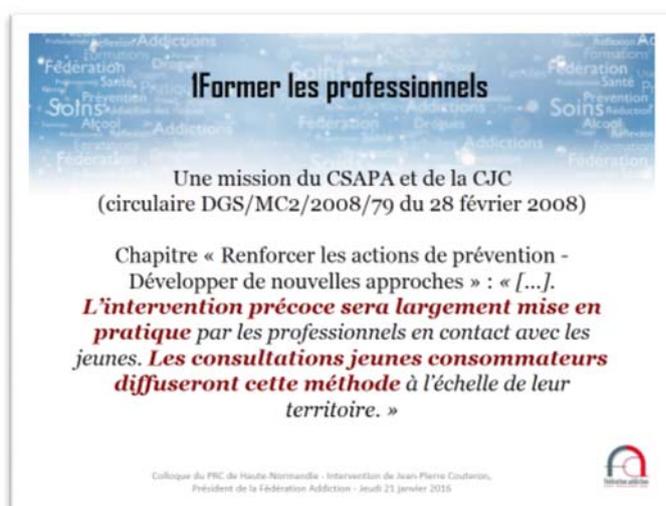
Sur ce continuum d'intervention, on peut aussi trouver des éléments que les acteurs de promotion de la santé connaissent bien mieux que nous : le pouvoir d'agir des jeunes et de la communauté adulte, le contexte citoyen et professionnel adapté à ceux qui rencontrent des difficultés. Et on va retrouver la deuxième étape : améliorer dans l'entourage la capacité à reconnaître les signes d'une situation de vulnérabilité. On va retrouver ce qui est demandé aux professionnels de premier recours : invalider ou confirmer cette situation de vulnérabilité et déterminer avec le jeune et l'entourage de quel côté on va aller : plutôt du côté soins, plutôt du côté éducation, plutôt du côté insertion, et ainsi de suite. Puis, le dernier, dont on n'aura pas à parler ici mais qui est complémentaire et qui a été aussi bien documenté : intervenir sur les facteurs de risques et de protection corrélés à l'autonomie, en prenant en compte les ressources, les déficits, et l'environnement du jeune. Surtout, c'est là que l'on a mis en place les nouvelles approches, comme, par exemple, la thérapie familiale centrée sur les usages problématiques, ou bien le travail que les médias nous avaient commandé avec Olivier Phan et Muriel Lascaux sur le PAACT (Processus d'Accompagnement et d'Alliance pour le Changement Thérapeutique), qui est une procédure d'accompagnement de ces jeunes usagers.



Augmenter le pouvoir d'agir : je ne vais pas reprendre tout mais c'est en particulier les grands programmes dont nous avons parlé. J'insisterai sur le dernier point, le volet communautaire parce qu'il me paraît extrêmement intéressant, notamment s'agissant du travail que, de mon point de vue, nous sommes en train de ne pas savoir faire en France avec les débitants de tabac et d'alcool. On n'est pas bon. Sachant en plus que ce sont les mêmes qui vendent les jeux qu'ils ont droit de

vendre, donc on est dans une espèce de confusion. Le discours sur les médias, cela me rappelle que l'on vient de rater le débat sur la loi Evin. Ce n'est pas glorieux.

Il faut rappeler l'importance de tout ce travail qui se fait, ensuite, autour de l'accompagnement, rappeler l'importance de tous ces mouvements autour des bénévoles qui accompagnent scolairement, et autres, les familles et les jeunes, parce que les choses commencent à ce niveau, et si l'on n'a pas ce socle, tous les outils que l'on va construire en haut ne seront que du vent. Si l'on n'a pas ce socle, il ne faudra pas s'étonner qu'une partie des outils que l'on construira en haut ne marcheront pas. Ce n'est pas ainsi que l'on obtiendra des résultats substantiels. Je ne vais pas passer plus de temps sur ce volet communautaire, mais c'est un sujet qui m'intéresse beaucoup parce que nous aurions des progrès à faire particulièrement sur ce point, et tout un travail à repenser si l'on voulait s'en donner les moyens.



Toujours sur ce premier axe : former les professionnels. Je vous le rappelle : de temps en temps, c'est rare d'en voir, mais il y a eu une circulaire de sortie là-dessus. Mais il y a suffisamment de personnes représentant les différentes administrations pour que je ne me ridiculise pas davantage sur le relatif des circulaires. En tous cas, ce n'est pas parce qu'elle est sortie que les choses vont changer, mais une circulaire, c'est déjà plus près du concret. L'intervention

précoce, je l'ai mis en rouge, sera largement mise en pratique. Ceci dit, c'est la circulaire de 2008, donc on espère que celles de 2014 auront plus de succès.

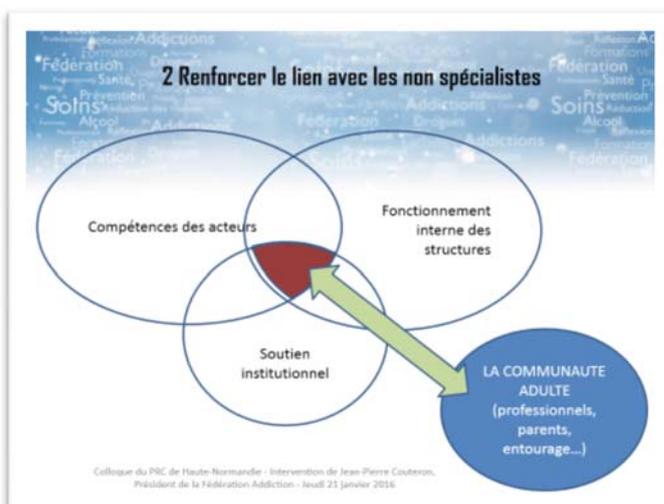


Instaurer le langage commun. C'est au niveau des coordonnées. Je le mets parce que je suis de ceux qui ont, à un moment dans la carrière, croisé le chemin de Nicole Maestracci. On a tous parlé un langage commun. J'adorais parce qu'il y avait des réunions avec les policiers, les magistrats et on se disait : « Il faut parler le langage commun. » C'était presque une blague. Qu'est-ce que le langage commun ? Cela a commencé par : « Ce que tu dis ne

doit pas complètement prendre le contre-pied de ce que je dis. » Alors, avec certains policiers, à l'époque, on parlait de loin, c'est-à-dire entre : « La drogue, c'est de la merde » et « Vive les salles de consommations à moindres risques. » Mais c'étaient des réunions intéressantes. A l'échelle d'un territoire, vous l'avez vécu, vous avez croisé des commissaires, vous avez croisé des substituts, vous avez croisé des responsables de la PJJ avec lesquels il était extrêmement intéressant de travailler le langage commun parce que c'est : « Chacun garde sa logique de travail. Moi, je représente la loi, moi je représente l'éducation spécialisée, moi je représente la santé, et on fait l'effort de dire que l'on a un langage commun. » Le langage commun ne signifie pas que l'on doit tous dire la même chose, mais que nos paroles ne se disqualifient pas et que, collectivement, elles construisent un environnement cohérent par rapport à la problématique.

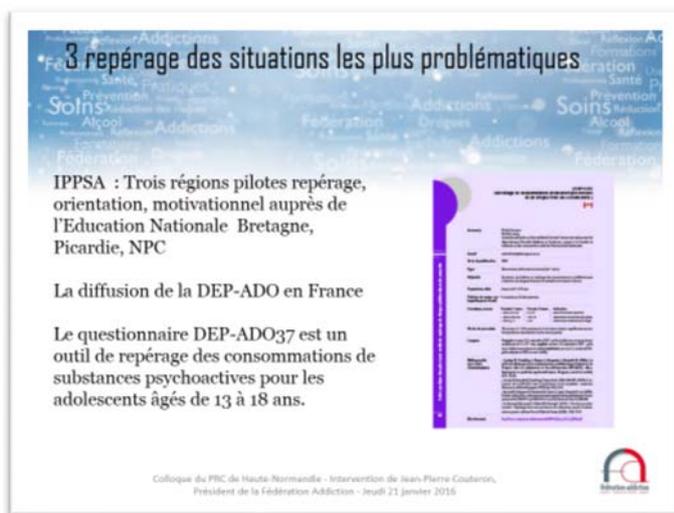
Réfléchir à cela sur un territoire de santé reste un gage de réussite extrêmement intéressant et je me permets de le rappeler parce que je trouve que, trop souvent, on le botte en touche en disant : « Cela fait un peu paroles, paroles. » Ce n'est pas vrai. Si on a construit ce langage commun sur un territoire de santé, cela veut dire que nos interventions porteront cette cohérence et que, de ce fait, les interpellations portées par les uns et les autres auront à la fois cette différence nécessaire, parce qu'il est important qu'elles soient différentes, mais auront cette efficience commune qui leur donnera du sens. Aujourd'hui, le langage commun est

autour de l'addictologie puisque nous sommes tous des addictologues. Enfin, en tout cas dans mon domaine, cela n'a l'air de rien mais cela a été aussi un sacré travail.



On m'a dit qu'il fallait montrer des schémas de temps en temps, donc vous avez un schéma. C'est vrai qu'il y a des visuels et des auditifs. Donc, pour les visuels, vous avez un schéma.

On va passer sur des registres différents, et notamment ce travail que l'on oublie trop souvent en France, sachant que la réponse aux addictions ne peut jamais rester uniquement du côté des professionnels et des spécialistes. Les spécialistes peuvent faire passer un certain nombre d'alertes, et ils vont les faire passer. Mais, par exemple, tout le travail autour des écrans doit alimenter la réflexion des PMI sur la gestion du temps de repos, sur la gestion du sommeil. Nous avons là des informations à faire passer. Ce sont ces échanges-là qui sont importants. J'ai fait trop long, je m'arrête, je m'autodissous dans la seconde qui suit. C'est un rêve : savoir disparaître. C'est une espèce de truc zen sur lequel j'ai travaillé beaucoup et sur lequel je suis très efficace.



La première étape, c'est l'environnement. La deuxième étape tourne autour de la coordination. La troisième étape, c'est le repérage. Je vous ai mis le travail qui a été le plus retenu, c'est le travail de Philippe Michaud, avec le questionnaire DEP-ADO. Je fais juste une petite digression d'une seconde et demi : en Ile-de-France, nous allons peut-être avoir une politique de tests urinaires et salivaires dans les écoles. Il existe un outil qui s'appelle le DEP-ADO, qui

permet d'avoir à peu près le même résultat d'une façon moins coûteuse, et en plus, il enchaîne directement sur : qu'est-ce que je fais et comment je mobilise la communauté adulte autour de ces consommations ? L'intérêt du DEP-ADO, c'est que cela permet de travailler en priorité avec le médecin scolaire, l'infirmier scolaire, l'assistante sociale, la communauté scolaire, de mobiliser ces acteurs autour de : comment on permet au jeune de repérer, de faire le point sur leurs usages ? Et ainsi, on commence à progresser sur le travail motivationnel pour leur donner, à eux, envie de changer quelque chose, sachant que cela reste quand même le point le plus important.



Pour terminer, il nous reste trois ou quatre diapositives. Nous aurons ensuite le temps de débat nécessaire. Dans la construction d'un environnement favorable, ce qui peut nous décourager parfois, c'est de se dire : « C'est tellement la merde aujourd'hui dans notre monde, comment voulez-vous que je construisse un environnement favorable ? » Quand je travaillais au Val Fourré, construire un environnement globalement favorable, on se

disait : « On y va avec nos petits bras, comme ça, on va à nous tout seul rendre un environnement favorable ? » Donc, on peut avoir le sentiment que c'est compliqué. L'environnement favorable, on peut le retravailler, à défaut de le faire sur le quartier, dans le bloc, et à défaut de le faire dans le bloc, essayer de le penser au niveau d'une famille. Il faut essayer de ne pas se noyer mais on peut avoir par moments le sentiment que l'on nous demande, à nous, de faire des choses qui sont quand même, euh... Pourtant, on sait que si on laisse un environnement propice, il y en aura plus qui le feront si on a un environnement favorable. On ne veut pas lâcher là-dessus.

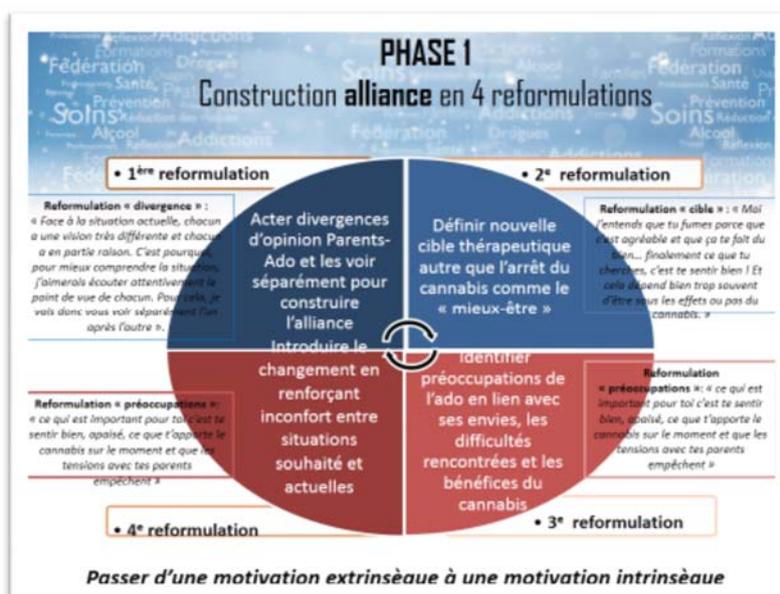
Le repérage, je vous avais dit quels obstacles nous gênaient : repérer pour aider, oui. Repérer pour sanctionner ou pour stigmatiser, non. Quelles garanties, et comment faire pour que mon repérage débouche, non pas sur l'exclusion scolaire, sur la stigmatisation de la famille, sur la pénalisation de telle ou telle pratique, mais sur une accessibilité à des aides ? Je veux bien faire le repérage dès lors que j'aurai les moyens, les garanties des moyens de faire de l'accessibilité à l'aide. Au niveau du repérage, on est plus du côté du professionnel du soin. Or, certains peuvent se dire : « Oui, mais si je me trouve avec un cas compliqué, qu'est-ce que je vais en faire ? »

Je peux vous donner un exemple clinique : avant les vacances de Noël, une infirmière scolaire m'alerte sur un jeune garçon de douze ans qui a des abus d'écrans. On est à une semaine des vacances. Elle me décrit la situation, il y a un petit truc qui est inquiétant chez ce jeune, il n'est pas facile à rencontrer mais il est venu la voir, elle a rencontré la famille, le père a évoqué un certain nombre de colères du gamin autour des écrans. Bon. On se dit : « On se donne rendez-vous après les vacances. » L'infirmière le revoit après les vacances et me dit : « Il joue beaucoup, le père n'arrive pas à faire preuve d'autorité avec son gamin dès 12 ans, c'est quand même n'importe quoi cette histoire et on commence à être un peu préoccupé. » Et je sens qu'elle dit : « C'est bien beau votre histoire, mais en attendant, c'est moi qui l'ait sur les bras ce garçon, et qui ait sur les bras la famille ». Puis, le père va faire un certain nombre de démarches, au cours desquelles il rencontre quelqu'un qui lui dit : « Attendez, vous avez plus de quarante ans, votre gamin a douze ans, vous n'allez pas vous laisser marcher sur les pieds, vous coupez tout, voilà. » Donc, le père a tout coupé et le gamin a tout pétié dans la famille, et a débarqué dans

l'établissement scolaire avec un couteau sur lui, furieux, en faisant une énorme crise. Cela a entraîné un appel des urgences, un appel de la psychiatrie, une mobilisation, et l'infirmière m'a dit : « J'aurais mieux fait de ne pas le voir... » Et je lui ai répondu : « C'est vrai. ». Moi, je comprends tout à fait. Elle se retrouve avec un problème à gérer et elle se dit : « Si je ne l'avais pas vu, ce n'est pas moi que l'on embêterait maintenant. »

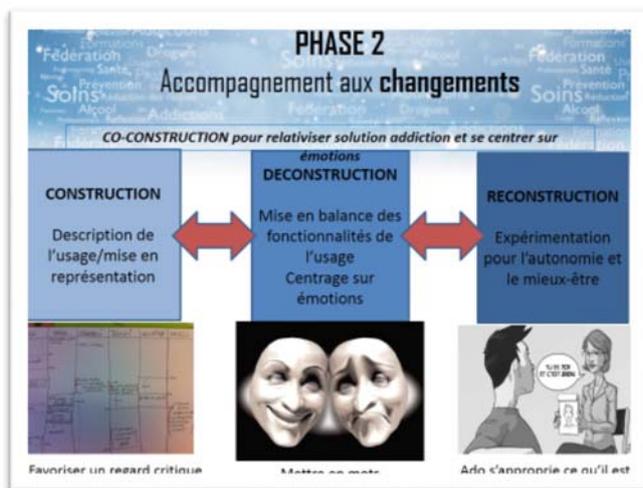
L'important est donc de dire : « Dans le repérage, si on monte sur une échelle de gravité, on assumera. » C'est-à-dire que nous, qui sommes censés être des spécialistes de l'étape d'après, c'est nous qui allons nous mettre à ce moment-là en première ligne. Donc, on est en train de traiter le problème entre personnes qui ont les moyens que ne peut pas avoir une infirmière scolaire ou un médecin scolaire, parce qu'on ne peut pas leur demander de traiter ce type de problèmes. Donc, il faut que là, tout de suite, une infirmière scolaire, par exemple, sache que le travail qu'elle avait commencé à faire, que les vacances ont retardé (elles n'y peuvent pas grand-chose et nous non plus), aura un relais. En effet, nous avons vu en l'occurrence une intervention extérieure mal dosée, qui n'était pas fautive sur le fond, mais mal dosée, parce que celui qui dit, « on va tout lui couper », il aurait dû préparer cela parce qu'on sait que quand on coupe tout, parfois, c'est la réaction que l'on a. Ça, c'est documenté. Donc, s'il y a eu un travail qui a été fait, c'est le rôle de l'intervention précoce de dire : « Si jamais ce que vous avez fait dans les étapes intermédiaires ne suffit pas, vous ne resterez pas avec le problème sur le dos. » Ce n'est pas un engagement facile à prendre parce qu'aujourd'hui, les filières étant ce qu'elles sont, parfois c'est difficile, mais il faut être capable de garantir cela, sinon les personnes qui vont s'engager aux premiers étages du travail, elles vont se dire que c'est angoissant de le faire sans être sûrs qu'un relais sera assuré.

Je vous présente les outils. Il y a bien sûr un manuel pour les acteurs des consultations jeunes consommateurs.



A ce stade-là, ce n'est plus de l'ordre du professionnel ou de l'acteur de prévention. On commence à rentrer dans un type d'acteur qui va être, lui, un peu spécialisé sur la problématique, en l'occurrence les addictions chez les jeunes. Il va recevoir ce jeune individuellement, partir de la situation classique des parents qui vous amènent le jeune avec de gros problèmes, et essayer, petit à petit,

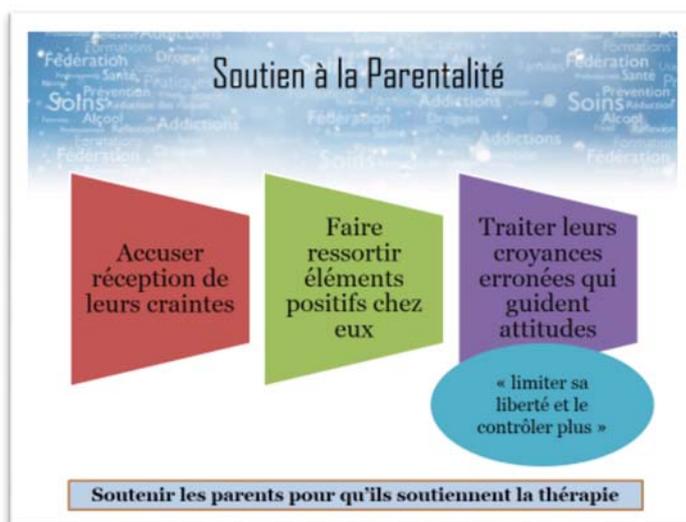
d'impliquer le jeune dans sa propre motivation autour du travail. C'est ce que permet de décrire ce schéma.



La diapositive suivante est due à la créativité de ma collègue Muriel Lascaux. En bas à gauche, c'est le cahier de consommation. Vous ne pouvez pas le lire, mais c'est très drôle : il écrit pourquoi il a consommé et à quel moment. Au milieu, vous avez le fameux effet pharmacologique. Vu du côté du jeune : c'est vachement bien la drogue, du côté de l'adulte : quelle merde, laisse tomber. Pour lui, c'est d'abord une solution, mais il faut d'abord lutter, construire la solution pour qu'il ait envie de changer. Et

puis, la fameuse reconstruction. Je laisserai au graphiste la responsabilité de sa vision de la psychologue. La psychologue est une femme. Vous voyez, comme dirait l'autre, au niveau de la diversité, c'est une femme très typée, très classique. Ça reste une psychologue très sérieuse.

Mais le schéma est toujours la même chose : permettre à l'adolescent de faire un état des lieux tranquille de là où il en est de ses usages. Il n'a pas besoin de se cacher. La deuxième étape, lui dire : une fois que tu as fait ça, est-ce qu'on peut regarder ensemble à quoi ça correspond ? Et ensuite, éventuellement, lui proposer de nouveau.



Je terminerai par ce schéma, qui reviendra au point de départ, tout cela en travaillant l'alliance avec les parents. Du côté des parents, il faut respecter le fait que pour eux, c'est quelque chose qui leur fait craindre un certain nombre de conséquences. La deuxième chose, c'est leur permettre de valoriser les démarches qu'ils ont faites, notamment celle de se mobiliser sur ces usages. Il est étonnant de voir comment, sur ces questions, un certain nombre de

parents ne savent pas quoi penser. Est-ce que c'est bien ou est-ce que c'est mal ? Est-ce qu'ils auraient dû ou pas intervenir ? Est-ce que c'est logique de se mobiliser là-dessus ? Et la troisième : les fameuses croyances erronées qui guident les attitudes. On a tous un certain nombre d'illusions sur un certain nombre de problèmes. C'est vrai qu'il est intéressant de venir voir un certain nombre de professionnels, notamment sur ces questions.

Pour terminer, et vous repasser la parole, pour moi, la stratégie de l'intervention précoce n'est pas complètement nouvelle, pour répondre à la question de départ. Bien évidemment, beaucoup d'entre vous peuvent se dire : je n'en étais pas loin, je le faisais. Bien évidemment,

ce ne sont pas que des pratiques nouvelles. Même si vous voyez qu'il y a un certain nombre de pratiques nouvelles, des choses nouvelles au niveau du soin, des choses nouvelles au niveau de la prévention, des outils nouveaux dans les interventions, au niveau du repérage ; il faut les prendre pour ce qu'ils sont. C'est surtout un effort que l'on fait pour agencer, placer correctement les différents outils et les différentes pratiques, et les placer au regard d'une problématique dont on considère qu'elle est prioritaire, qu'elle est importante. C'est pour cela qu'il est intéressant aujourd'hui de réfléchir sur cette problématique, sur cette façon de travailler, que l'on retrouve sur d'autres questions, et particulièrement sur des questions sociétales majeures.

L'intervention précoce se justifie particulièrement sur ce que l'on pourrait appeler les courants dominants de notre société. Or l'addiction est un courant dominant de notre société, et déployer cette stratégie qui va accompagner les différentes étapes est tout sauf de la perte de temps et de la perte de moyens. La principale difficulté est que cela demande parfois à des univers professionnels, à des logiques professionnelles, à des personnalités professionnelles, de s'articuler, de se coordonner, et quels que soient les efforts que l'on fait, on n'est pas toujours aussi à l'aise que cela quand il s'agit de le faire.



**Merci de votre attention**

Pour aller plus loin :

[www.federationaddiction.fr](http://www.federationaddiction.fr)

[www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)

[www.grea.ch](http://www.grea.ch)

[www.respadd.fr](http://www.respadd.fr)

[www.intervenir-addictions.fr](http://www.intervenir-addictions.fr)

Colloque du PRC de Haute-Normandie - Intervention de Jean-Pierre Couteron,  
Président de la Fédération Addiction - Jeudi 21 janvier 2016



Je termine sur cette note légèrement pessimiste, mais qui, après tout, représente la nature humaine, donc il faut faire avec. Je vous remercie de votre attention. Je vous ai donné quelques sites sur lesquels vous avez des repères au niveau de l'intervention précoce.

Merci.

## 2. L'intervention précoce une nouvelle solution pour nos territoires ?

A partir des synthèses des ateliers du matin et du contenu de l'intervention de Jean-Pierre Couteron, le débat a été relancé avec les participants sur leurs productions et questionnements de la matinée à partir de la question suivante : « Dans la continuité de nos travaux de ce matin, l'intervention précoce offre-t-elle de nouvelles pistes de travail sur nos territoires selon vous ? »

De retour en groupe par territoire, ce deuxième temps de travail a été l'occasion de recueillir le ressenti des participants sur les apports de la journée, les pistes possibles pour les territoires, et leurs pratiques professionnelles, mais des questions restent en suspens...

### Synthèse

#### A. Conclusion des échanges

##### ❖ Ce qu'il faut retenir ...

- La coordination et la pluridisciplinarité entre professionnels est capitale pour assurer un accompagnement complet et adapté à chaque personne. Pour cela, il est nécessaire de bien communiquer et donc de favoriser le secret partagé.
- L'implication de la personne dans la construction de son parcours de soin est un élément incontournable du processus : elle est à considérer de manière globale, en prenant en compte sa personnalité, sa situation sociale et son environnement global.

##### ❖ La prise en charge des personnes souffrantes d'addictions : les étapes de la démarche et les bonnes questions à se poser

#### 1. Repérer, Identifier

- Vous êtes-vous déjà interrogé sur vos représentations ?
- Vous êtes-vous rapproché de professionnels spécialisés afin de bien distinguer les différents stades de consommation ?
- Pouvez-vous poser simplement la question de la consommation ?
- Avez-vous interrogé votre posture professionnelle ?

#### 2. Accompagner

- La personne est-elle prête à suivre une démarche de soin ?
- Avez-vous réfléchi à l'environnement dans lequel vous allez intervenir ?
- Vous êtes-vous interrogé sur les modalités de l'accompagnement ? (Dois-je agir dans l'urgence ou mettre en place un accompagnement sur le long terme ?)
- Quels sont les outils à votre disposition ?
- Avez-vous besoin de l'aide d'autres professionnels du champ médical ou social ?
- Avez-vous pensé à accompagner également l'entourage ?

### 3. Orienter

- Vers qui pouvez-vous orienter la personne ?
- Savez-vous qui contacter dans ce cas précis? Qui pourrait prendre en charge cette personne ? CSAPA, CAARUD, CJC, l'hôpital, le médecin de ville
- Devez-vous accompagner physiquement la personne vers un professionnel spécialisé? Le pouvez-vous ?

### 4. Travailler ensemble

- Vous êtes-vous interrogé sur une base commune de travail avec les structures et éventuels partenaires ?
- Avez-vous pensé à saisir les problématiques de la personne dans sa globalité ?
- Comment associez-vous la personne à la construction de son parcours de soins ?
- Êtes-vous prêt à favoriser le secret partagé ?
- Comment associez-vous l'entourage à la démarche de soin ?

## B. Questions restant en suspens

Territoire	Problématiques en suspens
Le Havre - Dieppe	<p><b>Freins repérés concernant l'intervention précoce</b> La complexité d'avoir un chef de file, un pilote avec des orientations claires sur les territoires et l'articulation avec les politiques._La question des moyens est également évoquée : le temps de travail de coordination.</p> <p><b>Leviers repérés concernant l'intervention précoce</b> La visite des structures et le temps de concertation partenarial.</p> <p><b>Autres questionnements</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• la question des équipes mobiles</li><li>• le positionnement du travailleur social dans la démarche de soin et sa légitimité dans le parcours de santé</li><li>• le secret médical (médecin du travail) s'oppose-t-il au partage d'informations avec le médecin traitant ?</li><li>• le conditionnement de la prise en charge aux résultats d'une prise de sang</li><li>• Échanges très courts entre le professionnel et la personne par manque de temps</li><li>• la question de la santé au sein des dispositifs inter-cesc-inter-degré.</li></ul>

Territoire	Problématiques en suspens
EVREUX	<p><b>Renforcer les partenariats, le décloisonnement et la visibilité des structures</b>  Les CSAPA ne sont pas assez centre de ressources. Le partenariat entre institutions n'est pas assez solide, par exemple entre acteurs spécialisés de l'addiction et les établissements scolaires ou les MJC.  Est-ce que les actions dans les classes produisent vraiment des résultats ? Quoi mettre en place ? Il faudrait vraiment que l'on travaille ensemble. L'intervention précoce c'est une approche globale. Aujourd'hui on parle d'addictions, mais il y a l'obésité, la vie affective et sexuelle, apprendre à dire non. Le travail avec les parents est indispensable. De même, il est important d'identifier les communautés de vie du jeune. Il s'agit de pouvoir décloisonner. Il y a des préalables avec les parents avant d'aborder les addictions.</p> <p><b>Construction des actions : quelles modalités pour quelle efficacité ?</b>  Les actions ponctuelles peuvent aggraver la situation. Les campagnes nationales qui reposent sur la peur disqualifient les méthodes des professionnels. Ne pas oublier le ressenti du parent, l'image qui va lui être renvoyée par son environnement de vie (l'école, la famille, le quartier).</p> <p><b>Le coût des interventions de prévention</b>  Faire intervenir des associations spécialisées a toujours un coût : il existe des possibilités de prise en charge, mais ce n'est jamais gratuit pour tout le monde. Aujourd'hui, si les CSAPA sont financés par l'Assurance maladie pour les missions d'accompagnement et de soins, ce n'est pas le cas pour les actions de prévention. C'est une contrainte majeure pour le développement des actions.</p>
Rouen NORD	<p><b>Questionnements</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles réponses apporter à l'entourage lorsque la consommation reste « cachée » ?</li> <li>• Prise en compte différée des efforts de la personne suivie et son entourage</li> <li>• Comment agir en urgence auprès d'une personne dépendante ?</li> <li>• Comment pallier le manque d'informations et de sensibilisation (notamment sur les droits au travail) ?</li> <li>• Comment agir en cas de refus par certaines structures d'accueillir des personnes dépendantes ?</li> </ul>
Rouen SUD	<p><b>Questionnements</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment agir en urgence ?</li> <li>• Comment identifier collectivement les facteurs de risque et de protection ?</li> <li>• Comment faire en sorte d'avoir un langage commun entre professionnels ?</li> <li>• Quel est l'intérêt/avantage des interventions collectives dans l'accompagnement ?</li> <li>• Question de la responsabilité de l'employeur, liberté individuelle ?</li> </ul>

## Conclusion par l'ARS

Thomas AUVERGNON

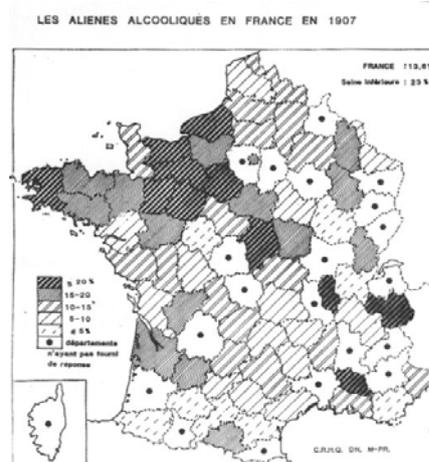
(Chef de projet "pratiques addictives" à l'ARS Normandie)

Pour réussir la 2<sup>ème</sup> journée du contrat local de santé de Rouen et la 7<sup>ème</sup> rencontre des acteurs de l'éducation et de promotion de la santé du Pôle régional de compétence, il fallait un sujet qui parle à tous :

- Une problématique de santé dans sa définition la plus large, celle retenue par l'OMS<sup>1</sup>, celle établie pour la promotion de la santé par la Charte d'Ottawa en 1986<sup>2</sup> ;
- et un sujet qui interpelle tous les acteurs qui interviennent, d'une manière ou d'une autre, dans le « parcours de santé et de vie » des normands.

Les addictions –ou plutôt les « pratiques addictives » pour reprendre la terminologie choisie pour intégrer la dimension sociale de cette problématique- répondent sans difficulté à ce cahier des charges.

Elles font historiquement partie du paysage sanitaire et social normand, notamment concernant l'impact des consommations de tabac et d'alcool. On peut ainsi relire et revoir « La Bête humaine », dont la locomotive circule entre Paris et le Havre (ou pour les ex bas-normands -mais toujours pour les amateurs de Jean Gabin- revoir « Un singe en hiver »). On peut aussi se souvenir que dès la première moitié du 19<sup>ème</sup> siècle, les statistiques établies par « l'asile pour aliénés » de Rouen indiquent qu'une hospitalisation sur 5 est due à l'alcool<sup>3</sup>.



Et dans le contexte, rappelé par notre invité Jean Pierre Couteron, d'une société de plus en plus « addictogène » les différents participants à cette journée ont pu multiplier les témoignages et partager leurs interrogations devant les obstacles soulevés par les pratiques addictives.

Le sujet n'est pas nouveau. Les difficultés non plus. Le défi était alors de ne pas se limiter à un aveu d'impuissance : y-a-t-il encore quelque chose à faire alors « qu'ils ne veulent pas arrêter », « qu'on leur a pourtant dit », « qu'on a fait les démarches pour qu'ils acceptent de se soigner » ?

La thématique de l'intervention précoce avait précisément pour but d'ouvrir de nouveaux espaces de réflexion et de proposer de nouvelles pistes d'action. Bref, de sortir de l'impasse. Et au moment de conclure cette journée, il est temps de faire un aveu : avec l'intervention

<sup>1</sup> Un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

<sup>2</sup> « La promotion de la santé est un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. »

<sup>3</sup> Frédéric Carbonel, « L'asile pour aliénés de Rouen », *Histoire & mesure* [En ligne], XX - 1/2 | 2005, mis en ligne le 22 août 2008. URL : <http://histoiremesure.revues.org/788>

précoce, il ne s'agit pas seulement d'intervenir plus « en amont », mais d'intervenir différemment.

### 1. Sortir du « tout curatif »

Hérité de la lutte contre l'alcoolisme, ce schéma concentre l'attention sur la « maladie » et son « traitement ». Aujourd'hui largement dépassé, il reste cependant très prégnant dans l'imaginaire collectif<sup>4</sup>, y compris chez les professionnels de santé (et même parfois chez des certains acteurs de l'addictologie).

Il a de nombreux effets pervers qui le rendent inefficace et maltraitant :

- il isole et stigmatise des « individus-problèmes » qui portent la culpabilité de leurs comportements et de leur non adhésion aux solutions qui leur sont proposées ;
- il focalise notre attention sur le produit et sa consommation, enfermant l'utilisateur (et les personnes qui l'entourent) dans un face à face avec cette pratique « fautive » ; il élude ainsi les vraies questions : quel est le sens de ces consommations ? à quelles problématiques concrètes répondent-elles ? qu'est-ce qui doit être mis en place pour que l'utilisateur ait la capacité de les réduire voire de les arrêter ?
- il appelle une prise en charge spécialisée (le sevrage en milieu hospitalier), ponctuelle et parfois déconnectée de l'accompagnement global de la personne (sa situation sociale, affective, familiale, ses problèmes de logement, d'emploi...) qui se traduit souvent par une reprise des consommations (parce que les causes et les finalités des pratiques addictives n'ont pas été travaillées, parce que l'objectif de l'abstinence est trop difficile à atteindre pour certains).

Ce modèle part du postulat de la défaillance des individus (de leur volonté, de leurs capacités) et rend l'entourage et les professionnels spectateurs de cette défaillance. Parce qu'elle s'intéresse à un stade où les individus ne sont pas « défaillants », l'intervention précoce nous rappelle qu'il faut :

- ne pas s'imposer et imposer à l'utilisateur un schéma temporel
  - o ne pas attendre la dépendance pour intervenir (ne pas être dans le déni au moment des usagers problématiques mais agir quand il est encore temps) ;
  - o ne pas imposer un séquençage des accompagnements mais s'adapter à chaque situation en progressant là où c'est possible pour la personne (suivant les cas, c'est une avancée sur la question du logement, de l'emploi ou des relations familiales qui permettra de débloquer la problématique addictive, ou l'inverse) ;
- faire le deuil de la solution clef en main à effet immédiat (le « traitement ») :
  - o se placer dans une perspective d'accompagnement de long terme qui inclue les phases de reprises de consommation (bannir la conception de la « rechute » comme un échec alors que ce n'est qu'une étape) ;
  - o et surtout, aider la personne à mettre en place ses propres solutions, la remettre au centre de l'accompagnement en travaillant avec elle sur le renfort de ses capacités à mettre en place des stratégies de réduction voire d'arrêt de ses pratiques addictives.

---

<sup>4</sup> On peut ainsi s'amuser à lire la page « wikipedia » consacré à « l'alcoolisme » : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Alcoolisme#Traitements>

## 2. Intervenir ensemble

Sortir du schéma curatif, cela veut dire renoncer à une solution de facilité : le renvoi vers une autre « case » du dispositif qui apporterait une solution miracle ; cette dernière correspond le plus souvent à une prise en charge sanitaire spécialisée. Le recours à une prise en charge spécialisée en addictologie est bien sûr utile, mais à plusieurs conditions.

Il faut d'abord refuser le mécanisme de « la patate chaude », consistant à renvoyer sèchement une personne vers un autre dispositif. Et en conséquence s'inscrire dans un parcours « de santé » et « de vie » :

- la prise en charge spécialisée ne doit intervenir qu'en complément et en appui d'accompagnements plus globaux : dans le domaine de la santé (comorbidités psychiatriques et somatiques) mais aussi et surtout dans le champ social, permettant de répondre à des problématiques de lien social, de logement, d'emploi...
- Elle doit aussi être préparée en amont (appropriation de la démarche par l'utilisateur, mise en place des conditions matérielles nécessaires à la faisabilité de la démarche...) et en aval (vérification des conditions de vie après la prise en charge et de l'existence des accompagnements sanitaires et sociaux nécessaires).

Un acteur sanitaire spécialisé de l'addictologie ne peut jamais réussir seul : il faut donc maintenir un accompagnement global, ce qui implique la prééminence de l'accompagnement généraliste sur l'accompagnement sanitaire spécialisé.

C'est un véritable changement d'approche qui impose de repenser les articulations entre acteurs de 1<sup>ère</sup> ligne non spécialisés (travailleurs sociaux, professionnels de l'éducation... mais aussi entourage des usagers) et acteurs de l'addictologie. Pour cela, l'intervention précoce nous propose un schéma pour structurer un partenariat local et durable : l'intervention des acteurs de l'addictologie doit d'abord être tournée vers le soutien aux acteurs de première ligne, avant même de prévoir des actions vers le public cible.

Il faut d'abord développer une culture commune minimale, afin de s'assurer de la cohérence des différentes interventions :

- En apportant aux acteurs de premières lignes des clefs de compréhension et d'action face aux pratiques addictives de leurs publics (sensibilisations, formations...)
- En s'assurant que les acteurs de l'addictologie ont compris les spécificités du milieu d'intervention et du public concerné (formation croisée).

On peut ensuite développer les actions de soutien aux acteurs de première ligne par les dispositifs d'addictologie :

- Par des dispositifs de supervision ou de simple discussion des difficultés rencontrées face aux pratiques addictives des publics suivis ;
- En ouvrant les dispositifs d'accompagnement à l'entourage des personnes en difficultés (à l'image du dispositif « Consultation Jeunes Consommateurs » ouvert aux parents).

Enfin, on peut programmer des actions vers le public cible, en définissant clairement :

- ce qui peut être fait par les acteurs de première ligne, qui sont souvent les mieux placés pour agir (c'est eux qui sont présents lorsque des fenêtres d'action se présentent et ils disposent d'une forte légitimité auprès des publics concernés) ;

- ce qui peut être apporté en plus par les acteurs spécialisés en addictologie (par exemple en organisant des consultations avancées) ;
- les modalités d'orientation et d'accompagnement du public vers le dispositif spécialisé.

C'est suivant ces modalités que peuvent être saisis les acteurs de l'addictologie (notamment listés dans l'annuaire régional : [www.ars-normandie.fr](http://www.ars-normandie.fr).)

### **3. Réhabiliter l'utilisateur, sa parole et sa prise de décision**

L'intervention précoce, en rompant avec le schéma du « tout curatif », permet de replacer la personne au centre de l'accompagnement. Elle ne part pas du postulat de sa défaillance mais entend travailler sur ses capacités à adopter des stratégies lui permettant peu à peu de mieux maîtriser ses pratiques addictives (ces stratégies pouvant passer par l'abstinence, mais également pour la réduction des risques).

Elle impose à ceux qui l'accompagnent d'accepter que ces pratiques addictives ne sont pas absurdes mais prennent sens au regard des difficultés que connaît la personne (et même au regard d'avantages concrets que ces pratiques lui apportent : vie sociale, performance au travail ou résistance au stress...). Elle nous demande de penser nos accompagnements comme une pierre apportée à la construction par la personne de ses stratégies et non comme une « prescription » qui vendrait corriger une défaillance de leur volonté.

Ainsi, l'intervention précoce nous permet de construire des réponses qui, libérées du schéma « tout curatif », seront plus pragmatiques et plus respectueuses des personnes. Elles seront donc plus efficaces. Ethique et efficacité : que demander de plus ?

Nous espérons que les discussions de cette journée n'auront été qu'un début et qu'elles se concrétiseront, sur vos territoires respectifs, par l'amélioration concrète des réponses proposées. L'ARS Normandie est à votre disposition pour vous aider à y parvenir.

# Annexe



## 1-Parcours de santé en addiction

Agence régionale de santé (ARS)

**Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers. Lexique de A à Z**

*Agence régionale de santé (ARS), 2012, 33 p.*

La notion de parcours répond à la nécessaire évolution de notre système de santé afin de répondre notamment à la progression des maladies chroniques qui sont responsables de la majorité des dépenses et de leur progression. Leur prise en charge transversale implique de multiples intervenants et réduit la place historiquement majeure des soins aigus curatifs au profit des autres prises en charge. La spécialisation croissante des professionnels de santé amplifie le phénomène. L'optimisation des parcours des patients et des usagers s'impose ainsi progressivement comme un axe transversal structurant des systèmes de santé.

Consulter le document sur le portail des ARS :

[http://www.ars.sante.fr/uploads/media/Lexique\\_parcours\\_def.pdf](http://www.ars.sante.fr/uploads/media/Lexique_parcours_def.pdf)

Agence régionale de santé (ARS) du Limousin

**Coordonner le parcours de santé en addictologie. Programme relatif à la transversalité des parcours de santé**

*Projet régional de santé 2012-2016, 2012, pp. 938-951*

Consulter le document sur le site de l'ARS Limousin :

[http://www.ars.limousin.sante.fr/fileadmin/LIMOUSIN/Documents\\_ARS\\_Limousin/Actualites/2012/PRS\\_valide/PRSL\\_prog\\_transversal.pdf](http://www.ars.limousin.sante.fr/fileadmin/LIMOUSIN/Documents_ARS_Limousin/Actualites/2012/PRS_valide/PRSL_prog_transversal.pdf)

Agence régionale de santé (ARS) Haute-Normandie. Pôle régional de compétences en éducation et promotion de la santé

**Parcours de santé et dynamique territoriale en Haute-Normandie. Guide**

*Agence régionale de santé (ARS) Haute-Normandie, 2015, 45 p.*

Ce guide reprend les différents points à développer : Mieux définir les appellations et contenus du parcours de santé. Asseoir la légitimité du coordonnateur à appréhender et investir cette approche. Centrer la valeur ajoutée de son positionnement à partir de ce qu'il sait déjà faire. Dérouler une méthode à engager sur le territoire. Exploiter de nouvelles pratiques basées sur des exemples issus de la région ou d'ailleurs.

Consulter le document sur le site du Pôle régional de compétences en éducation et promotion de la santé :

<http://www.prceps-hn.fr/IMG/pdf/>

[Parcours de sante et dynamique territoriale LE GUIDE agence LH conseqo.pdf](#)

Coordination des associations régionales en addictologie (CARA) Nord – Pas-de-Calais

### **Parcours de vie, parcours de soins**

*Les cahiers de l'addictologie, n°6, 2014, 15 p.*

Sommaire : Tribunes de l'addictologie. Actualités. Loi de santé et addictions. Véritable volonté de changement ? Parents d'ados. Répressifs ou permissifs ? La charte de la vie nocturne, un rempart contre les addictions ? Dossier. Les usages de substances psychoactives à travers les âges. Les parcours de soins. Entre détermination et singularité. Toxicomanies et errance. Réduire les dommages. Qui ? Quand ? Comment ? Pourquoi ? Parler du mésusage d'alcool : un vrai défi pour les acteurs du champ médico-psycho-social ? Des outils qui marchent.

Consulter le document sur le site [eclat-graa.org](http://eclat-graa.org) :

[https://issuu.com/eclatgraa/docs/cahiers\\_tanghe\\_corriges/1?e=2383756/10476568](https://issuu.com/eclatgraa/docs/cahiers_tanghe_corriges/1?e=2383756/10476568)

Fédération addiction, MOREL Alain, MEUNIER Dominique, TARLEVE Emma (et al.)

### **Parcours de soin : l'usager au coeur de l'articulation des pratiques et des acteurs**

*Actal, n°12, 2013, 71 p.*

Le numéro 12 d'Actal, Cahiers thématiques est consacré à l'articulation des acteurs du soin et de la santé. Le thème de « l'articulation des acteurs du soin » est une nouvelle étape de la réflexion, dans l'histoire des toxicomanies et des addictions.

Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS)

### **Accompagnement santé et addictions**

*Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS), 2016, 9 p.*

Cette fiche rassemble les enjeux et recommandations relatifs à l'accompagnement santé d'un usager, ainsi que les principaux dispositifs et partenaires ressources à mobiliser sur le terrain (liste non exhaustive). Apparaissent aussi des expériences significatives et témoignages pour illustrer au mieux cet accompagnement. La lecture de cette fiche peut être complétée par la consultation du guide co-rédigé par la FNARS et la Fédération Addiction « Guide addictions et lutte contre les exclusions. Travailler ensemble » (2015).

Consulter le document sur le site de la FNARS :

[http://www.fnars.org/images/stories/2\\_les\\_actions/sante/accompagnement\\_sante/Fiches\\_guide\\_accompagnement\\_sante/GuideAccompagnementSant%C3%A9\\_Fiche\\_Addictions.pdf](http://www.fnars.org/images/stories/2_les_actions/sante/accompagnement_sante/Fiches_guide_accompagnement_sante/GuideAccompagnementSant%C3%A9_Fiche_Addictions.pdf)

Haut conseil de santé publique (HCSP), FERY-LEMONNIER Elisabeth, MONNET Elisabeth, PRISSE Nicolas (et al.)

### **Parcours de santé. Enjeux et perspectives**

*Actualité et dossier en santé publique (ADSP), n° 88, 2014-09, pp. 11-56*

La notion de parcours répond à la nécessité de faire évoluer notre système de santé face à l'augmentation des maladies chroniques. La prise en charge de ces pathologies multiplie les intervenants tout au long de la vie du patient : soins curatifs, mais aussi prises en charge médico-sociale et sociale des conditions de vie. L'objectif des parcours est de mieux coordonner l'action de tous ces intervenants pour améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé.

Consulter le document sur le site de l'HCSP : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=145>

MORIN Michel

**Parcours de santé**

*Armand Colin, 2004, 302 p.*

Application de la psychologie sociale de la santé à la compréhension du parcours du malade, de l'origine de sa maladie et de son comportement de santé jusque dans sa relation avec les professions de santé.

SATO Picardie, SOLER Anne

**Addictions et milieu rural. Pratiques de consommations, accès aux soins et perspectives pour une prévention adaptée aux contextes locaux. Une recherche-action en Picardie Verte, Pays Noyonnais et Pays du Valois**

*SATO Picardie, 2013, 114 p.*

L'association SATO-Picardie a noté ces dernières années l'arrivée croissante d'usagers de drogues en provenance de zones les plus rurales de l'Oise. Alertée par les difficultés que ces usagers rencontraient pour accéder aux soins, l'association décide d'engager une recherche-action en milieu rural. Décliné sur trois territoires «pilotes» du département, le projet entend renseigner les pratiques de consommation de produits psycho-actifs et évaluer les besoins en termes de prévention, d'accès aux soins et aux programmes de réduction des risques liés aux addictions en milieu rural. Cet éclairage contextuel vise à orienter les stratégies d'actions en zone rurale, en accord avec les dynamiques territoriales et les demandes des usagers.

Consulter le document sur le site de SATO Picardie :

<http://www.sato.asso.fr/assets/files/milieu%20rural%20enquete.pdf>

VILLEGER P, CHEVALIER C , NGUYEN A

**AddictLim, région Limousin, parcours transversal de santé en addictologie**

*Le courrier des addictions, volume 14, n°3, 2012, pp. 23-26*

Comment envisager et mettre en pratique le parcours de santé en addictologie ? Tel est le thème de travail que l'Agence régionale de santé du Limousin a demandé au réseau régional AddictLim de creuser conjointement avec elle. En effet, la pratique montre qu'il n'existe pas de parcours type. La prise en charge, médicale, sociologique et socio-éducative, est globale. Elle implique un rythme et une chronologie variable d'un sujet à l'autre. La proposition du réseau AddictLim a donc été de concevoir un schéma qui prend en compte un projet personnalisé dans un dispositif "type". Nous avons, par conséquent, envisagé la problématique suivant 2 axes : le parcours type et le parcours personnalisé. Dans le premier cas, l'objectif premier a été de formaliser un schéma le plus lisible possible, adapté au Limousin et pouvant se subdiviser en modules spécifiques. Dans le second, il était de résumer, en un schéma synthétique, le parcours de santé d'une personne "addicte", en en "surlignant" les points sensibles et les leviers prévus. [Résumé d'auteur].

## 2-Intervention précoce

Addiction info suisse, SAVARY Jean-Félix, VOUILLAMOZ Philippe, MANI Christophe

### **Intervention précoce (document suisse)**

*Dépendances*, n°43, 2011-06, 32 p.

Depuis une dizaine d'années, le vocable d'intervention précoce et ses déclinaisons se sont imposés dans notre domaine d'actions. Détection précoce, repérage précoce, dépistage précoce... Mais de quoi s'agit-il au juste ? Sans prétendre à l'exhaustivité sur le champ immense qui s'ouvre à nous, «dépendances» consacre un numéro à quelques enjeux importants liés à cette approche. [Tiré de l'éditorial].

Consulter le document sur le site d'Addiction info suisse :

[http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user\\_upload/DocUpload/43\\_depdependances.pdf](http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/43_depdependances.pdf)

COPPEL Anne

### **Usages de drogues, services de première ligne et politique locale : guide pour les élus locaux**

*Forum européen pour la sécurité urbaine (EFUS)*, 2008, 87 p.

Ce guide est le fruit des échanges du groupe de travail "réseau des villes partenaires" porté par le Forum Européen pour la Sécurité Urbaine (FESU) et implique sept villes européennes. Ces villes ont échangé leurs pratiques concernant les réponses locales et intégrées en matière de drogues, les projets locaux de prévention en milieux festifs, l'intégration des services accueillant les consommateurs de drogues dans les quartiers...

Consulter le document sur le site de l'EFUS :

<http://efus.eu/files/2013/04/drug-use-FRENCH-COMLETE.pdf>

Fédération addiction, SAVARY Félix

### **Le défi de l'intervention précoce. Dossier**

*Actal*, n°14, 2015-04, 71 p.

Le présent numéro d'Actal, revue éditée par la Fédération Addiction, explore les différentes facettes de l'intervention précoce et présente plusieurs expériences en la matière.

Consulter le document sur le site de la Fédération addiction :

<http://www.federationaddiction.fr/wp-content/uploads/2015/04/Actal14OKBDpages.pdf>

MOREL Alain

### **Adolescents et usages de cannabis : plaidoyer pour une intervention précoce**

*La santé de l'homme*, n° 386, 2006, pp. 32-34

Psychiatre et directeur d'un centre de prise en charge des toxicomanes, Alain Morel propose une nouvelle stratégie de prévention des consommations à risque. Partant de son expérience de praticien face aux jeunes ayant une consommation problématique de cannabis, il souligne que le temps est venu de pratiquer le repérage précoce auprès de ces jeunes. Mais cela n'est qu'un aspect d'une stratégie. Il faut avant tout accompagner autrement le jeune usager, mieux former les professionnels, permettre aux parents et aux pairs de jouer un rôle. Et, au final, en faire une priorité politique de prévention.

Consulter le document sur le site de l'INPES : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-386.pdf>

REYNAUD-MAURUPT Catherine

**Intervention précoce et réduction des risques : usage de cocaïne basée, crack free-base. Guide de prévention destiné aux professionnels**

*AIRDSS Bretagne, 2013-12, 82 p.*

Ce guide de prévention, destiné aux professionnels spécialisés en addictologie, a pour objectif de leur ouvrir des pistes pour une meilleure compréhension de l'usage de cocaïne basée, crack et free-base. Réalisé à partir d'une revue de littérature et de travaux de concertation avec un groupe d'expert, il décrit les bonnes pratiques en matière d'intervention précoce auprès des usagers consommateurs de cocaïne basée ou susceptibles de l'expérimenter, fournit les éléments essentiels de connaissance sur les effets et les risques de ce produit et détaille les principes de réduction des risques et les dommages spécifiques à cette pratique.

Consulter le document sur le site du Ministère des affaires sociales et de la santé :

[http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/reduction\\_des\\_risques\\_cocaine\\_basee\\_guide\\_professionnels\\_2013-2.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/reduction_des_risques_cocaine_basee_guide_professionnels_2013-2.pdf)

REYNAUD-MAURUPT Catherine

**Prévention des conduites addictives destinée aux jeunes : structurer et mettre en oeuvre une stratégie territoriale. Processus d'implantation d'un dispositif territorial et pluridisciplinaire dédié à la prévention des conduites addictives et à l'intervention précoce auprès des jeunes consommateurs. Guide méthodologique pour les acteurs des collectivités territoriales**

*Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale (GRVS), 2015-03, 104 p.*

Ce guide méthodologique est principalement destiné aux acteurs des collectivités territoriales souhaitant s'investir dans la mise en oeuvre d'un dispositif multi professionnel de prévention des conduites addictives destiné aux jeunes. Il constitue également un outil pour les acteurs du dispositif spécialisé en addictologie ou pour les acteurs exerçant auprès des jeunes qui souhaitent impulser une stratégie territoriale de prévention des conduites addictives portée par les élus locaux. Après avoir décrit le socle de connaissances indispensables pour s'engager dans la mise en oeuvre d'une stratégie territoriale de prévention et d'intervention précoce en addictologie, le guide détaille la méthodologie de projet spécifique au processus d'implantation d'un dispositif à composantes multiples dédié à la prévention des conduites addictives et à l'intervention précoce en addictologie, structuré sur la base d'une approche territoriale et transdisciplinaire. Ce processus se déroule en 6 étapes : délimiter le périmètre d'intervention ; consulter les acteurs pivots du futur dispositif et monter le comité de pilotage ; réunir les acteurs et mettre en place une formation ; réaliser un diagnostic partagé ; définir les axes prioritaires pour l'action et constituer les groupes de travail et enfin, évaluer l'action.

Consulter le document sur le site du RESPADD :

[http://www.respadd.org/wp-content/uploads/2015/08/Guide-GRVS-src-RESPADD.org\\_.pdf](http://www.respadd.org/wp-content/uploads/2015/08/Guide-GRVS-src-RESPADD.org_.pdf)











**ars** Parlons Santé  
Agence Régionale de Santé  
Haute-Normandie



[www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)  
**inpes**  
Institut national  
de prévention et  
d'éducation pour  
la santé

**ireps**  
Institut régional de prévention  
et d'éducation de la santé  
HAUTE-NORMANDIE